
Государственная социальная политика и здоровье россиян

К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение

Т.Ю. СИДОРИНА, Н.В. СЕРГЕЕВ

Осенью-весной 2000—2001 гг. авторы статьи принимали участие в исследовании «Обзор бюджетных расходов на здравоохранение» в рамках проекта «Техническое содействие реформированию бюджетной системы на региональном уровне», проводившегося институтом Некоммерческое партнерство — Центр экономико-социальных исследований (ЦЭСИ) (рук. проекта — проф., д.мед.н. Денисенко Б.А.) в шести регионах России: Белгородская обл., Вологодская обл., Самарская обл., Челябинская обл., Хабаровский край, Чувашская республика. Цель проекта — оказать техническую помощь администрациям данных регионов и входящим в их состав муниципальным образованиям в разработке программ реформирования здравоохранения и повышения эффективности системы финансирования отрасли. Авторы статьи выполняли социологическую часть проекта, направленную на анализ затрат домохозяйств на медицинские нужды (рук. социологической части проекта — проф., д.и.н. Шкаратан О.И.).

Введение

В условиях недостатка государственного финансирования здравоохранения начинается процесс перераспределения бремени расходов на медицинские нужды: от центра к регионам, от государства к населению и работодателям.

Способно ли сегодня население России справиться с возрастающим гнетом расходов? Насколько своевременны меры по реформированию системы здравоохранения, в том ли направлении эти реформы идут? Насколько оправданы темпы перестройки ставших привычными условий обращения за медицинской помощью, приобретения лекарственных препаратов и т. д.? Перед нами стояла задача - выяснить, как сегодня российские домохозяйства справляются с решением проблем в области медицинского обслуживания, и в том числе - каковы реальные расходы домохозяйств на медицинские нужды с учетом того, что на уровне и администраций регионов, и федерального руководства на сегодняшний день отсутствует ясное представление относительно распределения реальных затрат между бюджетом всех уровней и вкладом самого населения в охрану своего здоровья.

Базой полевых исследований стали шесть указанных выше регионов. Нами был проведен опрос, который в строгом смысле не является представительным. Однако, у нас есть основания предположить, что полученные сведения достаточно надежны.

Подтверждением наших наблюдений относительно 562 домохозяйств были материалы: а) Госкомстата РФ; б) Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (RLMS); в) Института социальных исследований (Москва) и Центра международного здравоохранения Бостонского университета.

Мы полагаем, что результаты социологического исследования (и, в частности, обследования домохозяйств) помогут оценить эффективность проводимой региональными и муниципальными властями регионов политики по реформированию сектора здравоохранения. Это тем более значимо, что по продолжительности жизни и сохранению работоспособности старших рабочих возрастов Россия сегодня оказалась в удручающей ситуации, резко отстав даже от таких стран, как Индия и Китай, которые десятилетиями выступали как пример предельного неблагополучия в сфере здоровья своего населения.

О выборе методов сбора и анализа информации

Спорность и недостаточность данных государственной статистики и официальных документальных источников стимулировали участников исследования к поиску надежных и адекватных современной ситуации методов сбора информации. Таковыми явились панельные полуструктурированные интервью с потребителями медицинских услуг, проводившиеся в домохозяйствах, а также интервью с представителями региональных институтов здравоохранения.

Сама тема исследования предполагает применение широкой гаммы методов и изучение разнообразных источников информации. Как и в советское время, официальные источники, включая государственную статистику, крайне ограниченно представляют данные о социальной действительности. Недостаток заключается в том, что по ним не реконструировать реальных обстоятельств жизни основных слоев населения, особенно критических групп, ускользающих не только из поля зрения статистического учета, но и из наблюдения социологических служб и центров изучения общественного мнения при проведении представительных опросов.

При подготовке социологической части исследования мы попытались продумать возможные пути преодоления объективно заданных трудностей. Следовало принять во внимание специфичность «поля» исследования — финансирование и ресурсное обеспечение медицинских услуг населению в контексте жизнедеятельности социально слабых групп, нуждающихся в социальной поддержке и защите.

Программа исследования предполагала проведение обследования домохозяйств как потребителей услуг здравоохранения. Одна из задач - разобраться в социальной ситуации, где проблемы макро- и мезоуровня (структурная перестройка промышленности, кризис ряда отраслей, разные темпы и методы проведения реформ в различных регионах и т. д.) накладывались на проблемы микроуровня (структура домохозяйств, состояние здоровья их членов и т. п.).

Для проведения обследования в домохозяйствах был подготовлен опросный лист. Большую помощь при его составлении оказали вопросы, разработанные ис-

Государственная социальная политика...

следователем коллективом Института социологии РАН под руководством П.М. Козыревой, М.С. Косолапова и М.С. Сваффорда (Paragon Research International) для проекта «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (RLMS - Russian Longitudinal Monitoring Survey), проводившегося в России совместно с Университетом Северной Каролины в 1992—2000 гг.

Многие из вопросов были взяты из вопросников интервью, которые хорошо себя зарекомендовали в других исследованиях домохозяйств как в плане охвата всех возможных позиций респондентов, так и с точки зрения важности получаемых результатов. В их числе вопросы из инструментариев исследований западных (М. Кон, Р. Роуз, П. Таузенд, и др.) и российских (О. Шкаратан, Н. Тихонова) социологов, а также из мониторинговых опросов РНИСИНП и ВЦИОМ.

Выборка составлялась на основе метода селекционной индукции, когда в состав 100 респондентов - членов домохозяйств включались примерно равные квоты по полу, возрасту (из всех возрастных групп) и по доходу. Мы осознаем, что подобное составление выборки делает получаемые результаты во многом уязвимыми, существует опасность нерепрезентативности. Однако интервьюеры при отборе респондентов ориентировались на среднюю прослойку домохозяйств, т. е. среднего потребителя медицинских услуг, причем выбирался наиболее осведомленный о расходах член домохозяйства. Мы также планировали при получении как пилотных, так и окончательных результатов сопоставить данные нашего обследования с данными обследования RLMS. Пилотное сопоставление дало положительные результаты (выявлена сопоставимость результатов), что будет продемонстрировано в последующих разделах статьи.

Намеченный в исследовании анализ расходов домохозяйств на медицинские нужды предполагал (наряду с обследованием домохозяйств) изучение массива статистической информации по регионам исследования (включая расходы членов домохозяйств на медицинское обслуживание, приобретение лекарств и пр.). Мы также предполагали проанализировать и определить соотношение между частным и государственным секторами в сфере здравоохранения; распределение предоставленных услуг между группами населения с различным уровнем доходов, а также оценить факторы социальной исключенности и относительных лишений в сфере доступа к услугам здравоохранения.

Таким образом, для решения поставленных задач планировалось:

- проведение обследования домохозяйств;
- изучение массива статистической информации;
- сопоставление результатов обследования с данными других обследований по данной теме.

Всего было опрошено 562 человека, среди них 167 мужчин и 397 женщин. Распределение по возрастным квотам относительно равномерное, с преобладанием трех возрастных групп: до 20 лет - 12,5 %; от 21 до 25 лет - 13,1 %; от 26 до 30 лет - 16%; от 31 до 40 лет - 23,6 %; от 41 до 50 лет - 19%; от 51 до 60 лет - 7,4 %; старше 60-ти лет - 7,6 %.

Большинство участников опроса люди семейные (58 % опрошенных), еще 16,8 % ранее состояли в браке. В браке не состояли 22,2 % опрошенных. При этом преобладают семьи из 2-, 3- и 4-х человек: 2 человека - 20,5 %; 3 человека - 29,5 %; 4 человека - 27,2 %. Доля семей, состоящих из 5-ти человек, незначитель-

на и составила 5,8 %. Одиноких людей - 10,6 %. По всем регионам опрошены примерно равные квоты респондентов.

Содержание вопросника для обследования домохозяйств

Вопросник составлялся в расчете на применение в беседе с представителем любой группы потребителей медицинских услуг. Данная методика была выбрана как наиболее соответствующая целям исследования для получения информации о спектре медицинских услуг, предоставляемых респондентам в регионах, их финансовом обеспечении, субъективном восприятии ситуации в здравоохранении и т. д. Вопросник был проверен на пилотной стадии исследования в Москве в октябре 2000 г.

Разработанный под задачи настоящего исследования опросный лист включал 38 вопросов. При его подготовке был использован метод концептуальной компоновки вопросов, предполагающий постепенное вхождение респондента в содержание темы исследования и относительно равномерное распределение вопросов по различным блокам. Опросный лист включает 3 основных блока:

1. Блок «Материальное положение членов домохозяйств» (6 вопросов) в основном посвящен выяснению материального положения членов домохозяйства, их финансовых возможностей для обеспечения полноценного питания, отдыха, занятий спортом, получения необходимого медицинского обслуживания - в целом всего того, что необходимо для поддержания и нормального развития человека. Прежде всего нас интересует, способна ли современная семья обеспечить необходимое медицинское обслуживание своим членам, доступны ли в настоящее время различные формы отдыха и спорта, разнообразное качественное питание, есть ли средства, которые позволяют обращаться в платные медицинские учреждения при недостатке бесплатных медицинских услуг и усилении тенденции к адресной медицинской помощи.

2. Блок «Состояние медицинского обслуживания в регионе и расходы домохозяйства на медицинское обслуживание» (24 вопроса) является центральным блоком вопросов и посвящен получению информации о состоянии медицинского обслуживания в регионе, его уровне, доступности для населения. Значительная часть вопросов позволяет оценить распространенность форм платного медицинского обслуживания: насколько доступны эти формы медицинских услуг членам обследуемых домохозяйств; востребованы ли они населением; дополняет ли платная медицина систему государственного бесплатного медицинского обслуживания или реально замещает последнюю; произошли ли за последние 5 лет существенные изменения в системе предоставления медицинских услуг и их востребованности населением. В центре внимания - вопрос о соотношении государственного финансирования (обеспечения государственных гарантий в сфере предоставления медицинских услуг) и оплаты медицинских услуг из бюджетов домохозяйств. Качественную картину состояния здоровья и уровня жизни населения рассматриваемых регионов позволили нам представить ответы на следующие вопросы: «Как Вы себя чувствуете?», «Как Вы питаетесь?», «Каковы Ваши жилищные условия?», «Оцените свое материальное положение по сравнению с окружающими людьми», «Можете ли Вы позволить себе приобретать дорогостоящие качественные продукты питания и напитки?» и т. д. Анализ расходов домо-

Государственная социальная политика...

хозяйств на медицину строился на ответах на вопросы: «Есть ли у Вас работа?», «Сколько денег Вы получили за последний месяц?», «Каков доход в Вашей семье на одного человека?», «Какой процент Вашего дохода идет на оплату медицинских услуг и лекарств?», «Платили ли Вы за визит к врачу?», «Сколько Вы заплатили за лекарства?», «Сколько Вы заплатили за дополнительное обследование?», «Сколько Вы заплатили за профилактическое обследование?» и т. д.

3. Блок «Сведения о респондентах» (8 вопросов) позволяет получить информацию о социально-демографическом портрете респондента: пол, возраст, семейное положение, состав семьи, состояние здоровья, регион проживания, профессия, положение на рынке труда (наличие оплачиваемой работы). Вопросы этого блока традиционны для проведения опроса и позволяют сделать выводы о возможности и характере адаптации к новым социально-экономическим условиям различных социально-демографических групп.

Если раскрыть содержание этих блоков, то получается, что опросный лист охватывал следующий круг общественно значимых вопросов:

- наличие и распространенность системы медицинского страхования, его доступность для населения;
- состояние здоровья населения как элемент самовосприятия;
- уровень материального благосостояния домохозяйств;
- наличие развитой системы медицинских услуг и их доступность для широких слоев населения;
- востребованность медицинских услуг членами домохозяйств;
- оценка качества предоставляемых медицинских услуг;
- соотношение платных и бесплатных медицинских услуг;
- распространенность платного медицинского обслуживания;
- востребованность платного медицинского обслуживания;
- характер платного медицинского обслуживания;
- возможности домохозяйств пользоваться платными медицинскими услугами;
- теневые формы платного медицинского обслуживания;
- приоритеты в выборе формы медицинского обслуживания;
- оценка населением характера и уровня медицинского обслуживания;
- финансовые возможности домохозяйств в обеспечении необходимого медицинского обслуживания;
- финансовые возможности домохозяйств в обеспечении нормального уровня воспроизводства человеческого капитала;
- доступность лекарственных препаратов (их наличие, стоимость).

Построение индексов расходов домохозяйств на медицинские нужды

Для того, чтобы получить качественную картину состояния здоровья населения, не ограничиваясь рассмотрением отдельных сторон, нами были разработаны специальные индексы расходов домохозяйств или индивидов на лекарства, медицинские услуги, здравоохранение в целом, которые рассчитывались как отношение соответствующих расходов к доходам индивида или домохозяйства. Эта процеду-

ра позволила рассчитать, сколько процентов от своего дохода индивид или домохозяйство тратит на лекарства и медицинские услуги.

В данном исследовании при расчете названных индексов в качестве знаменателя индекса берется доход индивида за последний месяц. Это гораздо удобнее, чем считать индекс, исходя из трат и доходов домохозяйства как целого, потому что в последнем случае пришлось бы пересчитывать полученные индексы в расчете на одного члена домохозяйства, что сопряжено со значительными расчетными проблемами. Индексы расходов индивидов на лекарства, медицинские услуги, здравоохранение рассчитывались по следующим формулам:

где I_m , I_t , I_{ph} - индексы расходов индивида на лекарства, лечение и здраво-

$$I_m = \frac{E_m \cdot 100\%}{R},$$

$$I_t = \frac{E_t \cdot 100\%}{R},$$

$$I_{ph} = \frac{E_{ph} \cdot 100\%}{R},$$

охранение, соответственно; E_m , E_t , E_{ph} - расходы индивида на лекарства, лечение и здравоохранение; R - доходы индивида за последний месяц.

Рассчитанные индексы могут служить основой для сравнения с другими исследованиями.

Отметим, что составление подобных индексов делает возможным сопоставление данных, полученных из разных обследований, независимо от того, в какой валюте измеряются доходы и расходы. Например, в нашем обследовании мы не переводили расходы и доходы в условные единицы, однако индексы, которые мы рассчитали, можно сопоставить с индексами, рассчитанными по данным RLMS.

При расчете индексов следует учесть одну методологическую особенность - нельзя складывать данные о расходах на лекарства и о расходах на лечение. Необходимо суммировать данные по переменным в пакете программ для обработки данных (в нашем случае использовался пакет SPSS 8.0 for Windows), а потом уже исчислять среднее и стандартное отклонения. Средние правомерно складывать только тогда, когда на вопросы о расходах на лекарства и лечение отвечают все респонденты. В нашем исследовании, например, за лекарства платили 33,5 % респондентов, а за визит к врачу - лишь 14,6 % респондентов. Поэтому не стоит удивляться, что «Расходы на здравоохранение» не является суммой «Расходов индивида на медицинские услуги» и «Расходов на лекарства».

Так, например, были созданы две переменные, которые позволяют сопоставить данные нашего обследования с обследованием Госкомстата:

1. «расход индивида на медицинские услуги», включает затраты респондента на дорогу в медицинское учреждение, плату за визит к врачу, расходы на дополнительное и профилактическое обследование, лечение в больнице;
2. «расходы на здравоохранение» включают, кроме вышеперечисленных, затраты на лекарства.

Рассмотрим способ формирования двух сложносоставных переменных «Расход индивида на медицинские услуги» и «Расходы на здравоохранение». Так, для создания переменной «Расход индивида на медицинские услуги» данные по всем

Государственная социальная политика...

вопросам-составляющим суммируются для каждого из респондентов, давшего какой-либо ответ. Если респондент ответил хотя бы на один из этих вопросов, то в итоговой переменной для этого респондента будет записано некоторое значение, обозначающее его расходы на медицинские услуги. Если же респондент не ответил ни на один из вопросов-составляющих, то ему в итоговой переменной ставится пропущенное значение. Затем вычисляется среднее значение итоговой переменной. Точно так же рассчитывается переменная «Расходы на здравоохранение». Количество пропущенных значений (респондентов, не ответивших ни на один вопрос) в двух создаваемых нами переменных, а также в переменной «Расходы на лекарства» может быть разным. Причем, в две описанные выше сложно-составные переменные входит меньше респондентов, не ответивших ни на один вопрос, чем в простую (не сложносоставную) переменную «Расходы на лекарства».

Анализировались данные как по всему массиву информации, так и по каждому из регионов в отдельности. Данные по всему массиву были разбиты по группам доходов, исходя из принятого в Госкомстате распределения (табл. 1).

Обследование домохозяйств на предмет расходов на здравоохранение позволило нам выделить соответствующие группы по доходности с учетом распределения, приведенного в табл. 1 (табл. 2).

Анализ и обработка данных обследования бюджетов домохозяйств по расходам населения на здравоохранение.

Результаты исследования

Материальное положение членов домохозяйств

Ответы на вопрос «Как бы Вы оценили материальное положение своей семьи?» дали следующее распределение: значительно лучше окружающих - 1,6 %; несколько лучше, чем у окружающих - 11,1%; примерно так же, как у окружающих - 48 %; несколько хуже, чем у окружающих - 22 %; значительно хуже, чем у окружающих - 11,8 % опрошенных.

Распределения ответов о собственной материальной обеспеченности респондентов выявило скорее негативную оценку благосостояния домохозяйств. Равно распределились ответы «плохо» и «удовлетворительно»: 39 % и 48 %, соответственно. Хорошо обеспеченными себя ощущают лишь 9,3 % опрошенных.

Большинство опрошенных (66,7 %) имеют работу, у 25 % опрошенных работы нет, 6,5 % находится в отпусках.

Уровень заработной платы и доходов на одного члена семьи при этом колеблется в достаточно широких пределах. Так, при ответе на вопрос «Сколько денег Вы получили за последние 30 дней?» назывались суммы до 12 000 руб. Среднее значение при этом 1 755 руб. (табл. 3).

Жилищные условия

Свои жилищные условия большинство респондентов оценили как «удовлетворительные» (45,9 %) и «хорошие» (32,6 %), 18,9 % не удовлетворены своим жилищными условиями.

Таблица 1. *Распределение домохозяйств по уровню среднедушевых располагаемых ресурсов (в процентах)*

		2000 год		Справочно 1999 год	
		I кв.	II кв.	I кв.	II кв.
Все домашние хозяйства		100	100	100	100
В том числе со среднедушевыми располагаемыми ресурсами в месяц, руб.					
Группа 1	до 600,0	30,8	25,0	46,9	40,0
Группа 2	от 600,1 до 1200,0	33,3	32,7	31,0	31,6
Группа 3	от 1200,1 до 1800,0	16,6	17,6	12,1	15,0
Группа 4	от 1800,1 до 2400,0	8,5	10,0	4,9	6,1
Группа 5	от 2400,1 до 3000,0	4,0	6,1	1,7	3,0
Группа 6	от 3000,1 до 3600,0	2,0	2,8	1,0	1,8
Группа 7	свыше 3600,0	4,8	5,8	2,4	2,5

См.: Государственный комитет Российской Федерации по статистике. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в I-II кварталах 2000 г. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). М, 2000. Декабрь.

Таблица 2. *Распределение среднедушевого дохода членов домохозяйств по 7 группам доходов*

Группа	I	II		III		IV	
	Доход индивида за последний месяц	Расходы на лекарства		Расходы на мед услуги		Расходы на здравоохранение	
		Сумма	В % к I	Сумма	В % к I	Сумма	В % к I
Группа 1	390	156	40	169	43,3	255	65,4
Группа 2	932	181	19,4	223	23,9	322	34,5
Группа 3	1509	213	14,1	266	17,6	414	27,4
Группа 4	2084	94	4,5	232	11,1	304	14,6
Группа 5	2770	154	5,6	268	9,7	371	13,4
Группа 7	5076	157	3,1	214	4,2	343	6,8
Весь массив	1755	164	9,3	224	12,8	330	18,8

Примечание: Группа 6 опущена из-за непредставительности.

Многие респонденты проживают в отдельных двухкомнатных и трехкомнатных квартирах (соответственно, 30,5 % и 21,2 %); вполнину меньше владельцев однокомнатных квартир (10,6 %). Примерно равное число ответивших живут в отдельной многокомнатной квартире или отдельном доме (6,9 % и 5,8 %), частью дома владеют 2,8 % домохозяйств. Негативные самооценки жилищных условий респондентами во многом объясняет значительный процент проживающих в общежитиях, 1-й комнате в коммунальной квартире, снимающих квартиру или ком-

Государственная социальная политика...

Таблица 3. *Индексы трат членов домохозяйств на здравоохранение. По всему массиву*

Регион	I	II		III		IV	
	Доход индивида за последний месяц	Расходы на лекарства		Расходы на мед. услуги		Расходы на здравоохранение	
		Сумма	В % к I	Сумма	В % к I	Сумма	В % к I
Хабаровская обл.	2175	154	7,07	165	7,57	281	12,94
Белгородская обл.	1351	124	9,18	242	17,91	331	24,51
Вологодская обл.	1920	177	9,2	277	14,4	365	19,0
Чувашская респ.	1093	124	11,3	190	17,4	222	20,3
Челябинская обл.	1551	249	16,0	302	19,5	484	31,2
Самарская обл.	2264	149	6,6	198	8,7	336	14,8
Весь массив	1755	164	9,3	224	12,8	330	18,8

нату (соответственно, 5,1 %, 4,6 % и 7,6 %, что совокупно составляет 17,3 % опрошенных).

Состояние здоровья членов домохозяйств

При сравнении ответов на вопросы «Ваше состояние здоровья?» и серии более конкретных вопросов выяснилась достаточно интересная картина. Если на общий вопрос о самочувствии большинство отвечало «удовлетворительно» и даже «хорошо», то при более детальном рассмотрении оказывалось, что те же люди, которые удовлетворительно оценивали свое здоровье, при этом плохо спали по ночам, часто бывали «не в форме», страдали от головной боли и т. д. Следует отметить, что в опросе участвовали в основном представители средней возрастной группы, в возрасте, предполагающем расцвет сил и здоровья.

При оценке состояния здоровья большинство голосов склонилось к оценке «удовлетворительно» (60,7 % опрошенных). Оценивает состояние своего здоровья как «хорошее» тоже значительное число респондентов (21,2 %). Оценивают здоровье как «плохое» 15,3 %. Если же объединить удовлетворительные и негативные оценки (поскольку оценка собственного здоровья респондента как «удовлетворительного» свидетельствует скорее о наличии определенных проблем, не позволяющих признать здоровье «хорошим»), то в сумме оценки «удовлетворительно» и «плохо» даны 76 % опрошенных.

Сравнение оценок по регионам позволяет сделать вывод о высокой однородности полученного результата. Почти во всех регионах респонденты чаще всего оценивали свое здоровье как «удовлетворительное», некоторое исключение представляет Самарская область, в которой треть респондентов оценили его как «хорошее». Однако, процент самооценки здоровья как «плохого» там достаточно велик: 17,1 %. Молодежь Самарской области представительна - возрастная группа до 40 лет составляет также более трети участников опроса, что в целом нивелирует перевес положительных оценок, усредняя результат к общей оценке по массиву.

Ответы на вопрос «Как Вы себя чувствовали в последнее время?» повышают рейтинг негативной оценки самочувствия членов домохозяйств.

В целом распределение ответов на данный комплекс вопросов определяет четкую тенденцию: за негативными оценками - явное большинство. Нет ни одного вопроса, при ответе на который мы получили бы перевес позитивных ответов. В итоге складывается следующая картина: большинство участников опроса чувствуют себя скорее больными, чем "здоровыми"; чувствуют себя «не в форме»; ощущают возникновение какой-то болезни; испытывают головные боли; плохо спят; переживают, что также сказывается на сне; чувствуют напряжение и пребывают в нервном состоянии; вынуждены принимать стимулирующие и успокоительные препараты.

Структура питания

Тенденция, намечившаяся при ответе респондентов на предыдущие вопросы, подтверждается в ответах на вопрос «Как Вы питаетесь?». Большинство респондентов (52,8 %) ответили «удовлетворительно»; оценивают свое питание как «плохое» 17,6 % опрошенных; хорошо питаются 27,7 %. По аналогии с предыдущим распределением ответов мы склоняемся к восприятию ответа «удовлетворительно» скорее как тяготеющего к ответу «плохо». Ответ «удовлетворительно», по-видимому, подразумевает присутствие в рационе питания семьи основных продовольственных продуктов и их достаточное количество. В то время, как полноценное и качественное питание, способствующее полноценному развитию человека, поддержанию его здоровья на должном уровне требует включения широкого спектра компонентов.

Характерны ответы на вопросы «Оцените свое материальное положение» и «Как Вы питаетесь?» по сравнению с ответами на вопросы из серии «Можете ли Вы позволить себе приобретать дорогие и качественные продукты питания?». На первые два вопроса основной процент респондентов отвечал «удовлетворительно», реже «плохо» и «хорошо». Такое преобладающее восприятие своего существования в среднем диапазоне ответов позволяло оценивать ситуацию как достаточно спокойную: люди удовлетворены своим положением (или притерпелись), иначе большинство ответило бы «плохо».

На вопрос «Как часто Ваша семья приобретает свежее мясо?» было получено следующее распределение ответов: «изредка я могу позволить себе на это потратиться» - 54,3 % ответивших; «раньше я тратил на это деньги, но сейчас я уже не могу себе этого позволить» - 13,9 %; 27,8 % ответили «регулярно». Т. е. две трети респондентов подобной возможности практически не имеют, следовательно, покупают, скорее всего, либо импортные мороженые мясные продукты, либо вообще их не покупают.

Обратимся к сопоставлению по регионам, поскольку мясо - один из основных продуктов в структуре питания российского жителя. Оказалось, что независимо от региона свежее мясо могут приобретать лишь 20-30 % российских семей.

Подтверждает тенденцию к ограничению потребления ответ на вопрос «Как часто Ваша семья приобретает шоколад и конфеты?». Так, 50,5 % от числа ответивших сказали, что изредка могут себе это позволить, а 17,6 % этого уже делать не могут (что составляет в сумме 68,1 % от числа ответивших на этот вопрос). Регулярно покупают сладости 20,3 % процента опрошенных. В то же время 47 человек ответили, что не нуждаются в этом, что обусловлено, на наш взгляд, не столько вкусом и предпочтениями, сколько состоянием здоровья и ограниченностью материальных ресурсов.

Государственная социальная политика...

Следующий вопрос очень важен для понимания возможных перспектив состояния здоровья населения России. Во всем мире одним из гарантов здоровья людей является присутствие в структуре питания фруктов, овощей, соков. Мы также включили в наш опросный лист вопрос о регулярности приобретения и потребления фруктов и соков. Анализ ответов выявил следующее распределение: 55,1 % ответивших делают это изредка, а 13,5 % более неспособны оплачивать эти продукты. Совокупно это составило 68,6 % ответивших. Процент регулярно покупающих фрукты - 29 %, и они не нужны 2,4 % респондентов.

Таким образом, лишь треть участников опроса регулярно покупают свежее мясо и фрукты, остальные относят эти продукты к числу мало доступных для повседневного потребления.

При ответе на вопрос «Как часто Ваша семья приобретает мясные и рыбные деликатесы?» также выяснилось, что большинство не может себе это позволить или делает это крайне редко. 40,8 % ответило, что «раньше я тратил на это деньги, но сейчас я не могу этого себе позволить»; 38,6 % - «изредка я могу себе позволить на это потратиться». (Итого 79,4 %.) Регулярно приобретают эти продукты только 9,2 % ответивших, они не нужны 11,4 % ответивших.

Характерное распределение ответов мы получили и при анализе вопроса «Как часто Ваша семья приобретает качественные алкогольные напитки?». Лишь 7,5 % респондентов ответили: «регулярно». 58,5 % не могут себе этого позволить или покупают их лишь изредка; 34 % ответили, что им это не нужно. Следовательно (притом, что в России покупали и продолжают покупать значительное число алкогольной продукции), качественные алкогольные напитки практически не покупают, просто не могут себе позволить, особенно с учетом высокого уровня цен.

Итак, распределение ответов в данном блоке выявило следующую картину: большинство опрошенных не покупают свежего мяса, мясных и рыбных деликатесов, шоколадных конфет, соков и фруктов, качественных алкогольных напитков. По остаточному принципу можно представить реальную структуру питания рядового российского жителя. И вместе с тем этот рядовой российский житель оценивает свое существование удовлетворительно и старается приспособиться к сложившимся условиям.

Состояние медицинского обслуживания в регионе и расходы домохозяйства на медицинское обслуживание

Медицинская страховка имеется у 66 % опрошенных, остальные 173 человека дали отрицательный ответ на этот вопрос.

Сопоставление по регионам показывает, что медицинским страхованием в наибольшей мере охвачены Белгородская и Самарская области (соответственно 85,1 % и 89,3 % опрошенных). Меньше всего утвердительных ответов в Вологодской области (42,3 %).

Медицинская страховка, в основном, оплачивается из двух источников: предприятием (31 % опрошенных и 48,5 % ответивших) и государством (27,2 % опрошенных и 42,4 % ответивших). Таким образом, медицинское страхование в регионах исследования в большей мере финансируется на средства предприятий. Государство, по мнению опрошенных, обеспечивает менее трети расходов по страхованию здоровья. Самостоятельно страховку оплачивает лишь 7,4 % ответивших. 192 человека не дали ответа на данный вопрос - видимо, не располагают информацией, не считают это важным, никогда не придавали значения.

Опрос в Самарской области показал, что только в этом регионе медицинская страховка, со слов респондентов, в большинстве своем оплачивается государством (54,7 % от числа ответивших). При этом следует учесть, что Самарская область - один из двух регионов исследования, где было получено большинство ответов, подтвердивших наличие медицинской страховки у членов домохозяйств. Во всех остальных регионах приоритет - за предприятием. Так, в Белгородской области, где 85,1 % опрошенных имеет страховку, государством оплачивается, со слов респондентов, 33,8 % страховых полисов, остальные - предприятиями.

На вопрос о сумме медицинской страховки практически никто из опрошенных не ответил. Респонденты не знают размеров медицинского страхования. Явное и преобладающее большинство опрошенных не участвует в системе добровольного медицинского страхования, эта форма практически не распространена среди участников опроса, что позволяет делать выводы о ситуации в целом.

Отдельная группа вопросов касалась непосредственно медицинского обслуживания семей. Опрос показал, что большинство членов домохозяйств достаточно активно пользуется медицинской помощью. Так, 66,7 % опрошенных за последние 30 дней обращались в медицинские учреждения: на прием к врачу ходили 50,3 % опрошенных (75,4 % ответивших); вызывали на дом 16,4 % опрошенных (24,6 % ответивших).

Интересное процентное распределение дали ответы на вопрос «Какая доля Ваших семейных доходов уходит на медицинские нужды?»: свыше 20 % расходуют 17,3 % ответивших; от 10 % до 20 % - 17,9 %; от 5 % до 10 % - 31,9 %; менее 5 % расходуют 32,9 % респондентов.

На вопрос «Пользовалась ли Ваша семья за последние три года за счет собственных средств услугами платных медицинских учреждений, платных оздоровительных учреждений (санатории, дома отдыха, клубы здоровья, спортивные и оздоровительные секции и т. д.)?» 40,6 % опрошенных ответили, что пользовались услугами платных поликлиник, 8,1 % проходили лечение в платном стационаре; 16 % пользовались услугами платных оздоровительных учреждений.

Таким образом, в последние годы значительное число респондентов пользовалось услугами платных медицинских учреждений. Для сопоставления отметим, что при небольшом числе обращений в платные поликлиники в Самарской области (по сравнению с другими регионами: 33,3 % против 55 % в Хабаровском крае), в этом регионе имеет место наибольшая заинтересованность в услугах платных оздоровительных учреждений (20,5 % опрошенных). Эта цифра представляется достаточно высокой, поскольку оплата оздоровительных учреждений может быть отнесена к сфере факультативных расходов.

В опросе учитывалось обращение членов домохозяйств как в государственные, так и в платные медицинские учреждения за последний месяц на момент опроса. Большинство воспользовавшихся медицинской помощью обращались к услугам бесплатной медицины (78,6 % ответивших): 66,8 % обращались в районную, городскую, ведомственную либо сельскую поликлинику; 11,8 % - в соответствующие больницы. Платной медицинской помощью воспользовалось 21,3 % ответивших (соответственно, 15 % - платная поликлиника; 1,4 % - платная больница; 4,9 % - услуги частного врача). При этом 15,2 % опрошенных платили за свой визит к врачу. При сопоставлении с предыдущим распределением мы можем обнаружить несоответствие в процентном отношении расходов на платные меди-

Государственная социальная политика...

цинские учреждения с расходами на оплату визита к врачу. Разница невелика, но она может быть оценена как зона «теневой» оплаты медицинских работников.

Следует отметить, что эти вопросы оказались одними из тех, на которые респонденты часто вообще не отвечали, несмотря на ответы по другим направлениям опроса. Это можно трактовать двояко: во-первых, тема платной медицины, либо дополнительной «теневой» оплаты лечения, представляется респондентам опасной в свете недавних советских мифологем, и они не решаются идти на обсуждение таких вопросов; либо уровень их возможностей настолько невысок, что разговоры об оплате каких-либо услуг сверх предоставляемых бесплатно просто неактуальны.

Анализ ответов, содержащих суммы оплаты визита к врачу (ответило 86 человек) показал, что оплата визита к врачу достигает 4 000 руб. Среднее значение составляет 84 руб.

Посещение медицинского учреждения для многих из опрошенных повлекло за собой дополнительное обследование и процедуры. Так, 30,9 % опрошенных посещали дополнительные процедуры. Соответственно, 35,6 % ответивших (18,2 % опрошенных) платили за это лечение отдельно. Расходы на дополнительное обследование и дополнительные процедуры достигали 3 000 руб. Среднее значение - 50 руб. Рекордсменами в оплате дополнительного медицинского лечения являются в нашем обследовании респонденты Самарской области и республики Чувашия (57,9 % и 60,3 % ответивших подтвердили факт оплаты дополнительного лечения). Однако и в других регионах эта статья расходов домохозяйств также весьма ощутима.

Следует учесть, что часть семейных доходов уходит на оплату транспортных услуг по дороге в медицинские учреждения. Так, 59,9 % ответивших потратили определенные суммы на дорогу в медицинские учреждения и обратно: расходы достигали 1 000 руб. Среднее значение - 28 руб.

В течение последних трех месяцев до момента опроса в больнице лежало 13,6 % опрошенных (20,2 % ответивших). При этом 47,8 % из них платили за свое пребывание в больнице, медицинскую помощь, лечение и лекарства. 4,2 % опрошенных отказались отвечать на данный вопрос. Оплата пребывания в больнице достигает 3 150 руб. Средняя сумма - 114 руб.

Для профилактического обследования в медицинские учреждения обращались 31,4 % ответивших (20,5 % опрошенных); в основном обращались в районные, городские, ведомственные и сельские поликлиники и больницы 78,6 % ответивших; в платные медицинские учреждения по поводу профилактического обследования обращались 21,3 % ответивших (7,8 % опрошенных): в платную поликлинику, платную больницу и к частному врачу, соответственно, 27, 5 и 12 человек.

Профилактическое обследование оплатили 27,1 % ответивших (11,3 % опрошенных). Сопоставление с предыдущим вопросом также показывает процентное превышение числа плативших за оказанное профилактическое обслуживание по сравнению с посещением только платных медицинских учреждений. Расходы за профилактическое обследование достигали 1 000 руб. А в среднем - 23 руб.

Профилактическое обследование - один из важнейших факторов предотвращения заболеваний. В течение многих десятилетий в бывшем СССР широко распространялась практика так называемых диспансеризаций в учебных заведениях, на предприятиях и т. д. Проводились широкомасштабные акции вакцинации в пе-

риоды обострения инфекционных заболеваний. Сегодня профилактика собственного здоровья - дело самого россиянина. И как мы могли увидеть, профилактические процедуры и осмотры также влекут за собой дополнительные расходы домохозяйств.

Большинству обратившихся в медицинские учреждения были рекомендованы и выписаны лекарства (38,1 % опрошенных и 63,9 % ответивших на этот вопрос). Соответственно, 39,9 % от числа опрошенных (73,9 % ответивших) платили за лекарства. Расходы на лекарства достигают 3 500 руб. Средняя сумма - 163 руб.

Региональные особенности

Некоторые особенности регионов были показаны выше. Можно обобщить, что в Самарской области уровень оценки здоровья населением несколько выше, нежели в остальных регионах исследования; медицинским страхованием в большей мере охвачены Белгородская и Самарская области, а в наименьшей степени - жители Вологодской области; только в Самарской области медицинская страховка, со слов респондентов, в большинстве своем оплачивается государством, в остальных регионах страховка оплачивается предприятием; в Самарской области имеет место наибольшая заинтересованность в услугах платных оздоровительных учреждений, несмотря на то, что население реже обращается в платные поликлиники; на фоне довольно значительных расходов в регионах на дополнительное обследование при посещении врача несколько выделяются жители Самарской области и республики Чувашия.

Региональные особенности в сфере здравоохранения демонстрируют табл. 3-5. Так, при самом низком среднем уровне доходов членов домохозяйств в респ. Чувашия, этот регион находится на втором месте по расходам на лекарства, на третьем - по расходу на медицинские услуги и на здравоохранение в целом. Самара же, напротив, при самом высоком среднем уровне доходов, наименьшую их долю расходует на лекарства, превосходя лишь Хабаровск в тратах на медицинские услуги и здравоохранение в целом.

В Хабаровском крае и Самарской обл. наиболее благоприятная ситуация с малообеспеченными группами населения, наименее благоприятная ситуация - в республике Чувашия и Белгородской обл. По данным обследования, в респ. Чувашия 89,2 % населения живет на доходы ниже 1 800 руб., а в Белгородской обл. - 76,4 %, в то время как в Хабаровском крае и Самарской обл. - 48 % и 54,7 %, соответственно.

Подведем итоги анализа расходов домохозяйств на здравоохранение. Рассмотрим распределение индексов расходов на здравоохранение в зависимости от дохода члена домохозяйства за последний месяц. Среднее значение дохода члена домохозяйства в целом по массиву за последние тридцать дней составило 1 755 руб. Как показывают результаты опроса, среди респондентов выделились две практически равные в численном отношении группы: первая - те, кто, по их расчетам, тратит на здравоохранение от 5 % до 10 % доходов; вторая - менее 5 % доходов. Сопоставление ответов на вопрос о доле расходов на здравоохранение с ответами на вопросы о расходах на медицинское обслуживание и на лекарства выявило некоторую недооценку респондентами расходов на медицину по сравнению с реальными тратами домохозяйств. Так, при средней заработной плате 1 755 руб. расходы на лекарства составили 9,3 %, что вписывается в общие предположения

Государственная социальная политика...

опрашиваемых, однако, расходы на медицинские услуги составляют в среднем 12,8 %. В сумме расходы на медицинские нужды составили 18,8 %. И это при условии, что респонденты в возрасте до 30 лет представлены в выборке по всему массиву численностью 236 человек из 562 опрошенных, что составляет 51,6 %. Т. е. больше половины участников опроса по определению молодые люди. При этом как минимум десятая часть дохода идет не на оплату спорта, досуга и пр., а на медицинские нужды.

Распределение расходов респондентов на здравоохранение по 7 группам доходов приведены в табл. 2.

Табл. 4-6 представляют региональное распределение респондентов по группам доходов, региональное распределение заявленных расходов семьи на медицину и распределение заявленных расходов семьи на медицину по группам доходов (см. также рис. 1).

Сопоставляя данные, представленные в табл. 2 и 4, можно сделать следующие выводы. Несмотря на то, что в среднем по массиву заработная плата составляет 1 755 руб., три низших группы зарабатывают ниже этой суммы (см. табл. 2). Между тем, согласно табл. 4, эти три группы составляют 66,5 % выборки массива, на основании чего с некоторыми оговорками можно сделать вывод о том, что две трети населения России живут в условиях, сходных с теми, в которых проживают респонденты из трех нижних групп. Цифры табл. 2 показывают неоднозначную зависимость расходов на медицину от групп доходности: достигая максимума в 3-й группе, расходы на здравоохранение резко снижаются у 4-й группы, затем снова возрастают и снова убывают у 5-й и 7-й групп.

Из табл. 2 также можно увидеть, что больше, чем в среднем по массиву, на здравоохранение расходуют группы 3, 5 и 7. На лекарства больше, чем в среднем по массиву, расходуют 2-я и 3-я группы. Также, наряду с 5-й группой, можно отметить все ту же 3-ю группу в превышении средних по массиву расходов на медицинские услуги.

Если рассматривать данные об индексах расходов на лечение, медицинские услуги и здравоохранение, рассчитанных в процентах относительно доходов индивида за последний месяц, то можно увидеть, что все три индекса почти линейно уменьшаются от низшей по доходности группе к высшей. Этот вывод чрезвычайно важен, хотя и был вполне предсказуем. Он свидетельствует о необходимости пересмотра социальной политики государства в области здравоохранения, особенно в контексте помощи малообеспеченным группам граждан. Действительно, 3-я группа расходует на здравоохранение 27,4 % своего дохода, 2-я - 34,5%, а 1-я - 65,4%!

Однако, как свидетельствуют данные табл. 6, респонденты при ответе на прямой вопрос о расходах семьи на медицинские нужды склонны преуменьшать свои траты. Так, при анализе ответов большинства из групп (1-я, 3-я, 4-я, 5-я) на первом месте присутствует категория «Менее 5%». Возможно, это связано с тем, что респонденты не учитывают дорогу, оплату визита к врачу, а в категорию «медицинские нужды» относят лишь лекарства.

Распределение ответов по вопросам относительно обращения к услугам платной медицины дают табл. 7 и 8: «Пользовались или не пользовались респонденты платной медициной за последние 3 года?».

Таблица 4. *Распределение респондентов по регионам по группам доходов (в процентах). Сумма по столбцу составляет 100 %*

	Хабаровский край	Белгородская обл	Чувашская респ	Вологодская обл	Челябинская обл	Самарская обл	Весь массив
Группа 1	14	33,8	26,4	12,8	16,2	18,8	20,3
Группа 2	17	33,8	46,3	25,6	31,1	21,4	29,5
Группа 3	17	8,8	16,5	20,5	23,0	14,5	16,7
Группа 4	18	10,3	5,8	17,9	8,1	8,5	11,0
Группа 5	13	7,4	4,1	11,5	14,9	11,1	10,1
Группа 6	4	2,9	-	1,3	-	3,4	2,0
Группа 7	15	2,9	0,8	10,3	6,8	22,2	10,4

Таблица 5. *Распределение заявленных расходов семьи на медицину по регионам (в процентах). Сумма по столбцу составляет 100%*

	Хабаровский край	Белгородская обл	Чувашская респ	Вологодская обл	Челябинская обл	Самарская обл	Весь массив
Менее 5%	31,5	23,7	23,1	31,3	40,6	46,7	33,2
5-10%	38,2	30,5	30,6	35,8	14,5	38,1	32,0
10-20%	19,1	22,0	26,9	14,9	17,4	8,6	18,1
свыше 20%	11,2	23,7	19,4	17,9	27,5	6,7	16,7

Таблица 6. *Распределение заявленных расходов семьи на медицину по группам доходов (в процентах). Сумма по столбцу составляет 100 %*

	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 7	Весь массив
Менее 5%	32,3	28,4	32,1	38,9	41,2	36,2	33,2
5-10%	22,9	30,5	29,8	35,2	37,3	44,8	32,0
10-20%	21,9	21,3	16,7	16,7	11,8	12,1	18,1
свыше 20%	22,9	19,9	21,4	9,3	9,8	6,9	16,7

Примечание: Группа 6 опущена из-за неrepresentatивности.

При рассмотрении табл. 8 можно увидеть, что существует почти линейная зависимость пользования платной медициной за последние 3 года от группы доходов респондентов. Единственное исключение составляет группа 4.

Государственная социальная политика...

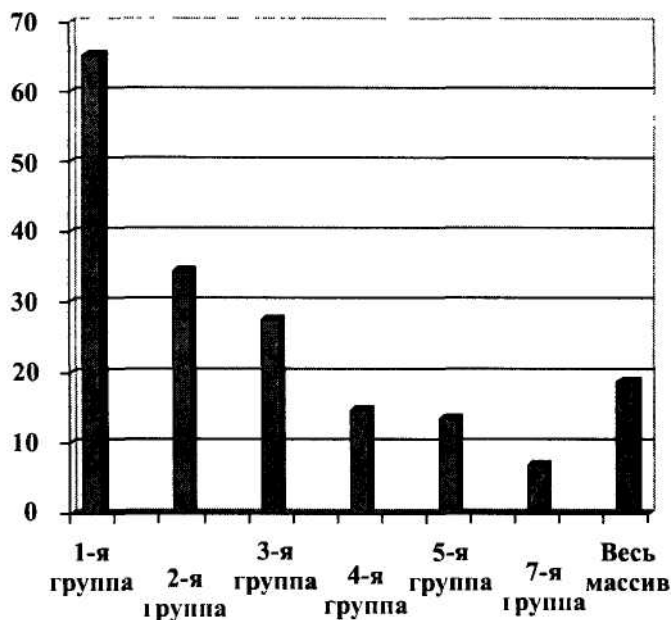


Рисунок 1. Индекс расходов на здравоохранение в целом (в процентах относительно доходов респондента)

Таблица 7. Пользовались или не пользовались респонденты платной медицинской за последние 3 года? По регионам (в процентах)

	Хабаровский край	Белгородская обл	Чувашская респ	Вологодская обл	Челябинская обл	Самарская обл	Весь массив
Да	69,0	61,8	53,6	66,7	45,6	47,0	56,8
Нет	31,0	38,2	46,4	33,3	54,1	53,0	43,2

Таблица 8. Пользовались или не пользовались респонденты платной медицинской за последние 3 года? По группам (в процентах)

	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 7	Весь массив
Да	51,3	54,3	54,8	67,2	57,1	65,5	56,8
Нет	48,7	45,7	45,2	32,8	42,9	34,5	43,2

Примечание: Группа 6 опущена из-за непредставительности.

Сопоставление с результатами других обследований расходов домохозяйств на медицинские нужды

В данном разделе мы приводим сопоставление с материалами Госкомстата России; Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (RLMS); Института социальных исследований (Москва) и Центра международного здравоохранения Бостонского университета.

Таблица 9. Структура расходов на покупку медицинских товаров в 1998, 1999 и 2000 гг. (в % от расходов на покупку непродовольственных товаров в среднем на члена домохозяйства) *

	Расходы на покупку непродовольственных товаров, в среднем на члена домохозяйства, в месяц, рублей			Расходы на медицинские товары, предметы гигиены в % от расходов на непродовольственные товары, в среднем на члена домохозяйства		
	1998 г.	1999 г.	1 квартал 2000 г.	1998 г.	1999 г.	1 квартал 2000 г.
Белгородская обл.	130,6	229,8	199,2	12,8	10,9	14,8
Вологодская обл.	157,0	236,6	432,6	11,3	12,6	9,0
Самарская обл.	218,8	309,5	357,1	12,0	15,0	13,3
Челябинская обл.	129,9	226,2	294,5	15,0	14,9	15,1
Хабаровский край	223,0	342,4	320,7	12,6	11,5	16,5
Чувашская респ.	73,1	112,3	150,1	14,1	14,3	13,6

* Государственный комитет Российской Федерации по статистике. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств. 1998 г., 1999 г., I квартал 2000 г. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). М., 2000. Декабрь.

Обследование Госкомстата Российской Федерации

Широкомасштабное обследование бюджетов домашних хозяйств проводится органами государственной статистики в соответствии с Федеральной программой статистических работ, ежегодно утверждаемой Госкомстатом России по согласованию с Правительством Российской Федерации.

В соответствии с задачами нашего исследования мы проанализировали данные Госкомстата России о структуре расходов домохозяйств. Так, в таблице «Структура расходов на покупку непродовольственных товаров» можно выделить следующие статьи расходов: 1) расходы на медицинские товары, предметы гигиены (в расчете на члена домохозяйства) и 2) расходы на медицинские услуги (в расчете на члена домохозяйства). (См.: табл. 9 и табл. 10.) Данные по регионам Российской Федерации позволяют соотнести официальную статистику с результатами нашего исследования.

Существенный интерес представляют также статистические данные о структуре расходов на покупку продуктов питания членами домохозяйств. Как известно, изменения в структуре питания непосредственно связаны с состоянием здоровья населения. В последние годы структура питания и приоритеты в потреблении продовольственных товаров в России претерпели серьезные изменения.

По данным Госкомстата Российской Федерации, структура питания членов домохозяйств демонстрирует приоритетное распределение расходов между четырьмя группами продуктов питания: хлебные продукты, мясо и мясопродукты, молоко и молочные продукты, сахар (табл. 11). Доля расходов на приобретение, например, фруктов крайне низка. Подобная структура расходов на продукты питания (так же, как и распределение средств на оплату медицинских услуг) явно свидетельствует о границах возможностей современного россиянина поддерживать здоровый образ жизни, обеспечивать полноценное питание и, соответственно, демонстрирует долгосрочную перспективу дефицита необходимых про-

Государственная социальная политика...

Таблица 10. Структура расходов на оплату медицинских услуг в 1998, 1999 и 2000 г. (в % от расходов на оплату услуг в среднем на члена домохозяйства) *

	Расходы на оплату услуг, в среднем на члена домохозяйства, в месяц, рублей			Расходы на оплату медицинских услуг в % от расходов на оплату услуг, в среднем на члена домохозяйства		
	1998 г	1999 г	1 квартал 2000 г	1998 г	1999 г	1 квартал 2000 г
Белгородская обл	63,1	83,1	111,8	3,3	4,3	4,7
Вологодская обл	84,9	102,2	124,2	5,9	5,1	3,2
Самарская обл	103,0	182,6	140,7	5,9	13,2	8,5
Челябинская обл	79,6	127,3	160,0	2,7	2,9	2,4
Хабаровский край	102,1	135,1	152,8	3,6	4,5	3,7
Чувашская респ	38,3	58,3	72,6	27	2,9	5,3

* Государственный комитет Российской Федерации по статистике. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств. 1998 г., 1999 г., I квартал 2000 г. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). М, 2000. Декабрь.

Таблица 11. Структура расходов на покупку продуктов питания членами домохозяйств в I квартале 1999 г. и в I квартале 2000 г.

	Расходы на покупку продуктов питания, в среднем на члена домохозяйства, в месяц руб		в том числе (в процентах)											
			хлебные продукты		картофель		овощи и бахчевые		фрукты и ягоды		мясо и мясо-продукты		рыбу и рыбо-продукты	
			1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Белгородская обл	332,7	427,6	17,8	24,3	0,7	0,5	2,5	2,4	3,3	4,6	25,3	22,0	8,4	7,4
Вологодская обл	416,9	527,6	19,6	21,3	1,3	1,1	2,6	2,4	3,9	4,8	22,9	24,2	5,1	5,8
Чувашская респ	165,1	282,9	21,3	32,8	1,1	0,7	2,2	1,6	2,7	2,9	18,5	20,1	4,8	6,7
Самарская обл	323,2	462,0	12,8	15,2	1,4	2,2	3,6	2,9	6,1	5,5	29,3	30,4	5,1	5,5
Челябинская обл	319,1	438,2	13,8	15,6	1,9	1,0	3,9	2,5	5,0	6,3	28,5	30,1	5,0	5,0
Хабаровский край	424,2	491,8	15,4	18,9	1,2	1,5	4,6	4,3	4,6	5,7	24,3	25,1	4,7	5,1

дуктов питания и их составляющих для поддержания здоровья населения России. Эти данные вполне могут быть оценены в качестве факторов социальной исключенности и относительных лишений в сфере доступа к нормальным, полноценным условиям жизни, предполагающим в том числе и услуги здравоохранения. Поскольку низкая доля трат на медицину прежде всего свидетельствует не столько о высоком уровне состояния здоровья населения и/или всеобщей обеспеченности населения бесплатными медицинскими услугами и лекарствами, сколько о финансовой недоступности этих услуг и лекарств. Стоимость последних общеиз-

Продолж. табл. 11.

	Расходы на покупку продуктов питания, в среднем на члена домохозяйства, в месяц руб.		в том числе (в процентах)									
			молоко и молочные продукты		сахар и кондитерские изделия		яйца		масло растительное и другие жиры		чай, кофе, безалкогольные напитки	
			1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Белгородская обл.	332,7	427,6	14,6	14,2	15,5	13,1	2,7	2,7	2,9	2,3	6,3	6,5
Вологодская обл.	416,9	527,6	11,9	13,6	17,3	12,5	3,2	3,2	5,4	4,3	6,8	6,8
Чувашская респ.	165,1	282,9	10,2	10,0	25,8	13,3	3,5	2,9	4,9	3,6	6,0	5,4
Самарская обл.	323,2	462,0	16,2	14,8	12,6	12,2	2,9	2,7	2,6	2,4	7,4	6,2
Челябинская обл.	319,1	438,2	14,3	15,7	14,1	11,1	3,0	2,6	4,4	3,5	6,1	6,6
Хабаровский край	424,2	491,8	13,5	14,4	13,8	10,1	4,0	3,0	7,3	5,3	6,6	6,6

вестна, рост цен на лекарственные препараты сегодня опережает рост пенсий и заработной платы среднего россиянина, далеко превышая реальные возможности в приобретении и оплате. На рынке лекарственных препаратов иностранная продукция вытесняет дешевые отечественные лекарства, что также ведет к снижению расходов на те же лекарства и средства гигиены (но отнюдь не потребность в них), поскольку отсутствие дешевых отечественных аналогов обуславливает снижение покупательных возможностей населения.

Изучение состояния здоровья населения в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения

Наряду с выборочным обследованием, проводящимся Государственным комитетом Российской Федерации по статистике, следует отметить многолетние исследования в области изучения состояния здоровья населения в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения - РМЭЗ (The Russian Longitudinal Monitoring Survey - RLMS).

Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения - обследование, проводимое одновременно для домохозяйств и индивидов и охватывающее различные аспекты их материального благосостояния и здоровья. Это обследование проводится с 1992 г. (за исключением 1997 и 1999 гг.). Оно также может быть использовано в качестве панельного обследования, позволяющего проследить судьбу конкретных домохозяйств и индивидов в условиях переходной экономики*.

Целесообразность сопоставления результатов обследования домохозяйств с данными RLMS обусловлена, по крайней мере, тремя причинами. Во-первых, в анкете RLMS представлен значительный массив вопросов (214), связанных с оценкой здоровья респондента и расходами домохозяйств на здравоохранение,

* Подробное описание методики RLMS представлено в статье [Сваффорд, Косолапов, Козырева].

Государственная социальная политика...

Таблица 12. Динамика трат индивидов на здравоохранение. RLMS. (в у.е.)

Год		I	II		III		IV	
		Доход респондента за последний месяц (е у.е)	Расходы на лекарства (в у.е)		Расходы на мед услуги (в у.е)		Расходы на здравоохранение (в у.е)	
			Сумма	В % к I	Сумма	В % к I	Сумма	В % к I
1995	Сред	81,31	1,13	1,39	1,11	1,36	2,24	2,75
1996	Сред	81,26	1,31	1,61	1,51	1,85	2,81	3,46
1998	Сред	33,23	0,86	2,59	1,20	3,61	2,06	6,20

Таблица 13. Расходы индивидов на здравоохранение. RLMS. (Чувашия)

I	II		III		IV	
	Расходы на лекарства		Расходы на мед услуги		Расходы на здравоохранение	
	в руб	в % к I	в руб	в % к I	в руб	в % к I
274,93	7,41	2,69	2,91	1,06	10,32	3,75

Таблица 14. Расходы индивидов на здравоохранение. RLMS. (Челябинская обл.)

I	II		III		IV	
	Расходы на лекарства		Расходы на мед услуги		Расходы на здравоохранение	
	в руб	в % к I	в руб	в % к I	в руб	в % к I
284 50	5,29	1,86	6,09	2,14	11,37	4,00

что само по себе представляет важную информацию в динамике. Во-вторых, как уже было отмечено, при составлении вопросника для домохозяйств мы опирались на анкету RLMS, апробированную в течение многих лет проведения мониторинга.

В-третьих, выборка респондентов в RLMS является достаточно обширной и составляет более 10 тысяч человек, что позволяет получить более точные данные, чем на выборке нашего обследования, по объективным причинам численно ограниченной. Кроме того, 38 регионов, отобранных для RLMS, более полно представляют географию Российской Федерации и позволяют в случае необходимости провести сопоставление с близкими в экономическом и демографическом отношении регионами.

Важно, что в RLMS также представлены Челябинская область и Чувашская республика, и мы можем непосредственно сопоставить наши результаты с результатами RLMS по этим регионам.

Поскольку после 1995 г., и особенно августа 1998 г., произошли существенные изменения в стоимости услуг (в том числе медицинских), то представляется обоснованным сопоставить данные по отношению к курсу доллара США в соответствующий период времени. В связи с этим все доходы и расходы домохозяйств в рассматриваемом периоде представлялись в условных единицах (1 у.е. = 1 долл. США). RLMS проводилось несколько лет на одной и той же выборке, что позволяет рассмотреть расходы на здравоохранение в динамике (табл. 12-14 и рис. 2-3).

Т.Ю. Сидорина, Н.В. Сергеев

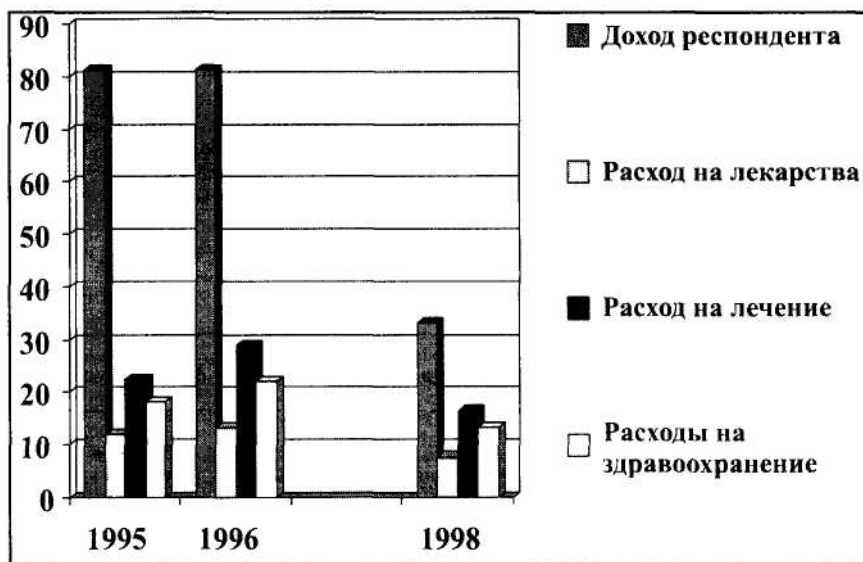


Рисунок 2. Динамика средних доходов и расходов индивидов на лекарства, медицинские услуги и здравоохранение (по материалам RLMS). Данные представлены в у.е. (1 у.е.=1 долл. США)

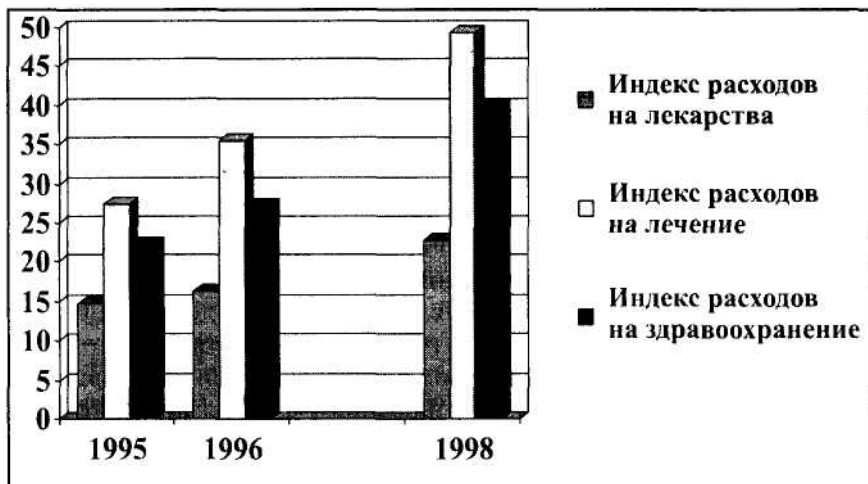


Рисунок 3. Динамика роста индексов расходов на лекарства, медицинские услуги и здравоохранение (по данным RLMS, в процентах). Исчислено, исходя из средних величин

Сопоставление результатов нашего обследования с данными RLMS позволило сделать следующие выводы. Так, сопоставляя табл. 12 и 3, можно увидеть, что хотя по сравнению с 1998 г. средние и медианные доходы населения несколько выросли (с 33 до 60 у.е. - в средних величинах и с 21 до 45 у.е. - в медианных), индексы расходов на лекарства, медицинские услуги и здравоохранение в целом выросли катастрофически. Так, расходы на лекарства выросли с 2,59 % до 9,3 %;

Государственная социальная политика...

расходы на медицинские услуги - с 3,61 % до 12,8 %; расходы на здравоохранение - с 6,2 % до 18,8 %, т. е. более чем в 3 раза!

Динамика данных показателей демонстрирует, что с каждым годом государство все более освобождается от расходов на здравоохранение, перекладывая их на плечи населения. Так, на примере индекса расходов на здравоохранение можно увидеть, что по сравнению с 1995 г., в 1996 г. этот индекс вырос в 1,26 раза, в 1998 г. - в 2,25 раза, в 2001 г. - в 6,84 раза. Это было бы справедливым, если бы сходными или опережающими темпами росли и доходы населения.

Мы сопоставили данные нашего исследования и RLMS по двум регионам: Челябинской обл. и республике Чувашия. Так, доходы населения в исследуемый период (1998-2001 гг.) выросли в 5,45 раза в Челябинской обл. и в 3,97 раза - в респ. Чувашия. В то же время расходы на лекарства выросли в 8,6 раза в Челябинской обл. и в 4,2 раза - в респ. Чувашия; расходы на медицинские услуги выросли в 9,11 раза в Челябинской обл. и в 16,41 раза в Чувашии; расходы на здравоохранение выросли в 7,8 раза в Челябинской обл. и в 5,41 раза в Чувашии. Эти данные свидетельствуют о региональных особенностях изменения расходов на здравоохранение.

Сопоставление данных RLMS и нашего исследования позволяет сделать следующий вывод. В то время как доходы населения, сильно уменьшившиеся после кризиса 1998 г., к 2001 г. постепенно росли и достигли уровня 74,5 % от докризисных, расходы населения только на здравоохранение сильно возросли, составив 303,2 % от докризисных. Это говорит о недостаточной эффективности мер федеральной и региональной социальной политики в области здравоохранения и необходимости проведения реформ в этой сфере.

Анализ расходов населения на медицинскую помощь и лекарственные средства в исследованиях Института социальных исследований (Москва) и Центра международного здравоохранения Бостонского университета

Подробные данные о размерах и структуре расходов семей на медицинские нужды были получены в ходе мониторингового исследования расходов населения России на медицинские услуги и лекарства, выполненного в 1998-1999 гг. Институтом социальных исследований (Москва) и Центром международного здравоохранения Бостонского университета в рамках Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения в России, реализуемого при финансовой поддержке Агентства международного развития США [Шишкин; Бойков, Фили, Шейман, Шишкин 1998; Бойков, Фили, Шейман, Шишкин 2000а; Бойков, Фили, Шейман, Шишкин 2000б; Дмитриев, Шишкин, Потанин, Соловьева, Салахутдинова; Шейман 1998; Шейман 2000].

Согласно результатам опросов, расходы в среднем на одно домохозяйство на медицинские услуги и лекарства составили в декабре 1997 г. 232,1 руб.*, а в декабре 1998 г. - 300,0 руб. В расчете на одного человека это равняется соответственно 72,9 руб. и 97,4 руб. в месяц. В сопоставимом выражении подушевые расходы на лекарства и медикаменты уменьшились за год на 35%, а расходы на медицинские услуги - на 25 %. Причиной такого сокращения расходов был, очевид-

* В данном разделе статьи данные на декабрь 1997 г. приводятся в денонмированных рублях.

Таблица 15. Объемы медицинской помощи в расчете на одного человека в месяце

	Декабрь 1997 г (опрос)	1997г (отчет*)	гр.1/ гр.2	Декабрь 1998 г (опрос)	1998 г (отчет*)	гр.4/ гр.5
Количество врачебных посещений	0,68	0,76	0,9	0,65	0,76	0,9
Количество дней госпитализации	0,68	0,28	2,3	0,62	0,28	2,2

Примечание: * Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году (статистические материалы). М: Министерство здравоохранения, 1999. С. 113, 120, 130.

но, финансовый кризис августа 1998 г., повлекший рост потребительских цен и снижение реальных доходов населения.

Данные мониторингового исследования 1998-1999 гг. позволяют более подробно проанализировать структуру расходов населения на медицинские нужды: сколько тратится на оплату услуг в государственных и частных медицинских учреждениях, за что платят пациенты, каковы масштабы и доля «теневых выплат» и т. п. Было выявлено, что и в государственных, и в негосударственных медицинских учреждениях используются разные формы оплаты: за лечение в целом, отдельно за лекарства, за лабораторные анализы, за услуги врачей и другого медицинского персонала. Оплата производится как через кассу, так и минуя ее - прямо «в руки».

Государственная статистика не собирает помесечных данных об объемах предоставляемых медицинских услуг. Для оценки того, в какой мере данные, относящиеся к декабрю, отличаются от среднегодовых показателей, можно сравнить объем потребления медицинской помощи, зафиксированный в опросе, с данными государственной статистики о годовом объеме медицинской помощи, пересчитанными в месячном выражении (т. е. со среднемесячными показателями объемов медицинской помощи).

Из данных, представленных в табл. 15, видно, что объемы потребления стационарной медицинской помощи, указанные респондентами в мониторинговом исследовании, более чем вдвое превышают соответствующие данные государственной статистики. Значения показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи, выявленные в опросах, оказались близкими к официальным данным.

Результаты мониторингового исследования показывают, что население вынуждено компенсировать сокращение расходов государства на здравоохранение за счет личных средств. Нагрузка по финансированию здравоохранения в значительной мере легла на бюджеты домохозяйств. Расходы государства, выраженные в процентах к ВВП, сократились за год с 3,8 % до 3,1 %. В то же время расходы населения, по оценке исследователей, увеличились за год с 2,1 % ВВП до 2,6 % ВВП.

Вместе с тем домохозяйства проявили вполне рыночную реакцию на изменение экономических условий, ответив на рост цен сокращением потребления лекарственных средств и медицинской помощи в натуральном выражении. А это означает, что исчерпываются возможности переноса нагрузки по финансированию существующей системы здравоохранения с государства на население без ущерба для состояния здоровья.

Заключение

Обследование бюджетов домохозяйств по расходам населения на медицинские нужды, проведенное осенью-весной 2000-2001 гг. позволяет сделать следующие выводы.

Расходы населения на медицинские нужды составляют значительную долю (от 10 до 30%) семейных доходов, стабильную на протяжении последних 5 лет. Анализ ответов респондентов показал, что для большинства дальнейший рост доли затрат на медицинские нужды невозможен, т. к. в этом случае снижаются затраты на другие жизнеобеспечивающие статьи семейного бюджета, либо прекращаются траты на медицинские нужды.

Расчет индексов трат на здравоохранение, в том числе на медицинские услуги и лекарства и сопоставление семей по доходам позволили сделать следующий вывод: все три индекса линейно уменьшаются от низшей по доходности группе к высшей, что свидетельствует о неблагоприятной и социально несправедливой ситуации в обществе, когда в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи из низкодоходных групп.

Система обязательного медицинского страхования не охватывает всего населения России; значительное число опрошенных не имеют страховки, не знают о сумме страхового взноса; самостоятельно оплачивает медицинскую страховку совсем немногие члены домохозяйств (до 5 %).

В оплате медицинских услуг и лекарств существует «теневой сектор», имеющий место между расходами на платную медицину и расходами на медицинские нужды в целом (включая лечение в государственных медицинских учреждениях, не предполагающее оплаты).

Одним из следствий значительных расходов на медицинские нужды является сокращение потребления качественных продуктов питания, а также спектра приобретаемых продуктов питания. Следствием такого перераспределения материальных ресурсов домохозяйств является сокращение финансовых возможностей для организации полноценного отдыха, проведения досуга. Образовалась замкнутая система: индивид и домохозяйство в целом не могут себе позволить приобретать качественную и здоровую пищу, что провоцирует (наряду с другими факторами) ухудшение состояния здоровья членов домохозяйств и, в свою очередь, повышает нагрузку на сферу здравоохранения.

Бесплатные медицинские учреждения не обеспечивают всего спектра необходимых медицинских услуг, востребованных населением в нынешней обострившейся социально-экономической ситуации. Налицо факт перекалывания нагрузки по финансированию здравоохранения на население. Сокращение государственного финансирования здравоохранения компенсируется неформальными платежами пациентов. Бесплатная, по закону, медицинская помощь на деле все в большей мере становится платной.

Таким образом, результаты обследования бюджетов домохозяйств показали, что в нынешней социально-экономической ситуации общество предьявляет серьезный и настоятельный социальный заказ относительно пересмотра социальной политики государства в области финансирования здравоохранения.

Библиография

- Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С.* Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // Вопросы экономики. 1998. № 10. С. 101-117.
- Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С.* Расходы населения на медицинские услуги и лекарства // Здравоохранение. 2000а. № 2. С. 32-46.
- Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С.* Участие населения в финансировании здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2000б. № 7. С. 45-50.
- Государственный комитет Российской Федерации по статистике. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в I—II кварталах 2000 г. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). М., 2000. Декабрь.
- Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Т., Салахутдинова С.К.* Создание системы обязательного медико-социального страхования // Здравоохранение. 1998. №4. С. 5-18.
- Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году (статистические материалы). М: Министерство здравоохранения, 1999.
- Российский статистический ежегодник, 1999. М: Госкомстат России. 2000.
- Россия в цифрах: Кратк. стат. сб. М.: Госкомстат России. 2001.
- Сваффорд М.С., Косолапов М.С., Козырева П.М.* Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ): измерение благосостояния россиян в 90-е годы // Мир России. 1999. №2-3.
- Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М., 1997.
- Социально-экономическое положение России, январь-апрель 1999 г. М.: Госкомстат России. 1999.
- Социально-экономическое положение России, 1998 г. М.: Госкомстат России. 1998.
- Социально-экономическое положение России, 1998 г. М.: Госкомстат России. 1999.
- Шейман ИМ.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, Издатцентр, 1998.
- Шейман ИМ.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5,6/45. С.47—55.
- Шишкин СВ.* Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ТЕИС, 2000.