

## РАЗЛИЧИЯ В ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Шишкин С.В., д. э. н., заместитель директора НИСП  
Бурдяк А.Я., старший научный сотрудник НИСП  
Селезнева Е.В., младший научный сотрудник НИСП

*В статье рассматриваются различия в обращаемости, способах и объемах получения медицинской помощи разных видов (первичной, специализированной амбулаторной, стационарной), а также различия в доступности бесплатной и платной медицинской помощи для групп населения, различающихся по социально-демографическим характеристикам, месту жительства, уровню доходов. Представлены результаты регрессионного анализа влияния различных факторов на обращаемость за разными видами медицинской помощи и за платной медицинской помощью. Выявлены различия в распределении бремени расходов на медицинские услуги и медикаменты среди населения с разным уровнем доходов и проживающего в регионах с разным уровнем экономического развития. Источниками данных для анализа послужили материалы обследований НОБУС и РМЭЗ, а также опроса населения в рамках проекта «Индекс потребительских настроений», проведенного в марте 2006 г.*

### 1. АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как обязательное требование на современном этапе развития общества [ВОЗ, 2002]. Правительство России определило задачу повышения доступности и качества медицинской помощи для всего населения страны в качестве главной задачи политики в области здравоохранения [Правительство РФ, 2006]. В стране существуют значительные различия в возможностях получения медицинской помощи для разных групп населения, которые обусловлены самой историей формирования российской системы здравоохранения (наличие помимо сети общедоступных государственных учреждений здравоохранения параллельных ей систем ведомственного здравоохранения), масштабным сокращением государственного финансирования здравоохранения в 1990-е гг., децентрализацией государственных финансов и существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий, ростом неравенства в распределении доходов между различными социальными и территориальными группами. Начавшийся в России экономический рост характеризуется тенденцией к поляризации регионов по уровню экономического развития [Зубаревич, 2007] и возможностям финансирования здравоохранения и порождает новые вызовы государственной политике обеспечения доступности медицинской помощи.

О неравенстве в оказании медицинской помощи населению России известно уже немало, но достоверные свидетельства имеют весьма ограниченный характер. Государственная статистика фиксирует различия между регионами страны в показателях, характеризующих потребность в медицинской помощи

(заболеваемости), ресурсной обеспеченности здравоохранения, объемами основных видов оказанной помощи (врачебные посещения, вызовы «скорой помощи», госпитализации, койко-дни и т. п.) [Росстат, 2002; Минздравсоцразвития РФ, 2006]. К настоящему времени на основе данных социологических исследований проанализированы различия в обращаемости за медицинской помощью, доступности бесплатной помощи и обращаемости за платными медицинскими услугами для мужчин и женщин, групп с разным уровнем образования и дохода, для населения, проживающего в различных регионах и в разных типах населенных пунктов [Бесстремьяная, Шишкин, 2005; Римашевская, 2007; Щепин, 2006; Суворов, 2004; Blam, Kovalev, 2003]. Однако эти данные дают лишь самое общее представление о существующем неравенстве в доступности медицинской помощи. За интегральными показателями объемов потребления медицинской помощи скрываются различия в составе и качестве услуг системы здравоохранения, доступных для разных групп населения. Существующие базы данных масштабных социологических обследований (РМЭЗ, НОБУС) не используются в полной мере для решения задач анализа этих различий.

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

## 2. ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задачами настоящего исследования являются:

- 1) выявление различий в доступности услуг системы здравоохранения для разных социально-демографических групп населения;
- 2) выявление различий в обращении за платной медицинской помощью для разных социально-демографических групп населения;
- 3) анализ различий в доступности бесплатной медицинской помощи для жителей регионов с разным уровнем экономического развития;
- 4) выявление неравенства в бремени расходов на лечение для групп населения, различающихся по уровню доходов и месту жительства.

Исследование выполнено по заказу Европейского бюро ВОЗ.

## 3. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

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

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

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

- способы госпитализации;
- оценки населением качества оказываемой амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

В качестве источников информации для проведения анализа различий в обращаемости за разными видами медицинской помощи использованы данные трех социологических исследований: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ). Опрос проводится ежегодно в 36 регионах России, размеры выборки составляют около 4 тыс. домохозяйств (12,6 тыс. респондентов). Были использованы последние доступные данные 13-й волны данного обследования (сентябрь-декабрь 2004 г.); Национальное обследование благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС), которое было проведено в апреле-мае 2003 г.; объем выборки составляет 44,5 тыс. домашних хозяйств (117,2 тыс. респондентов) из 79 регионов России. Выборка является репрезентативной для страны в целом и отдельно для 46 регионов; Индекс потребительских настроений в России (ИПН), проводимого в рамках одноименного долгосрочного проекта, который в настоящее время реализуется на базе Независимого института социальной политики. Опросы проводятся аналитическим центром Юрия Левады один раз в три месяца по выборке 2,5 тыс. респондентов, репрезентирующей мнение взрослого (старше 16 лет) населения страны. В марте 2006 г. в анкету, помимо стандартного блока вопросов, был включен специализированный блок вопросов по доступности медицинской помощи.

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

3. Различия в обращении за платной медицинской помощью анализировались путем сравнения доли лиц, имевших расходы на медицинские услуги и на лекарства для лечения в стационаре<sup>1</sup>, в группах населения, различающихся по социально-демографическим и экономическим характеристикам. Источниками информации послужили данные РМЭЗ, НОБУС.

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

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

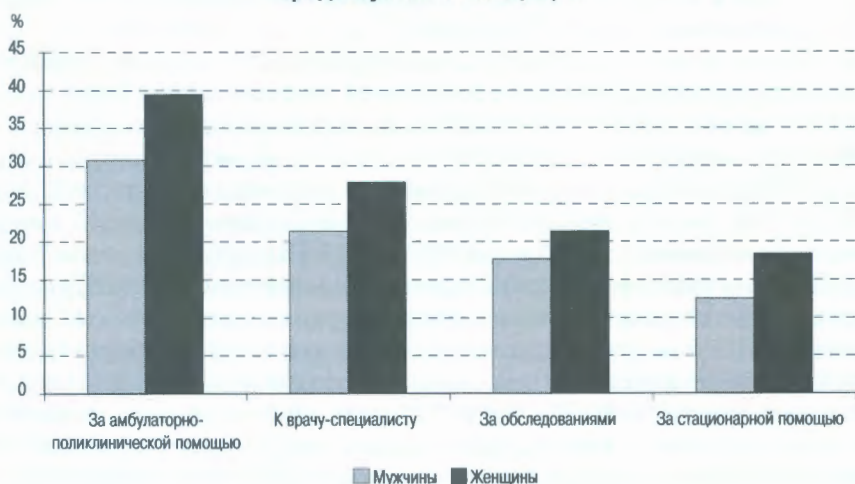
## **4. РАЗЛИЧИЯ В ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

Данные опроса ИПН, относящиеся к самому недавнему времени (март 2006 г.), подтвердили существование различий [Бесстремьянная, Шишкин, 2005; Рима-

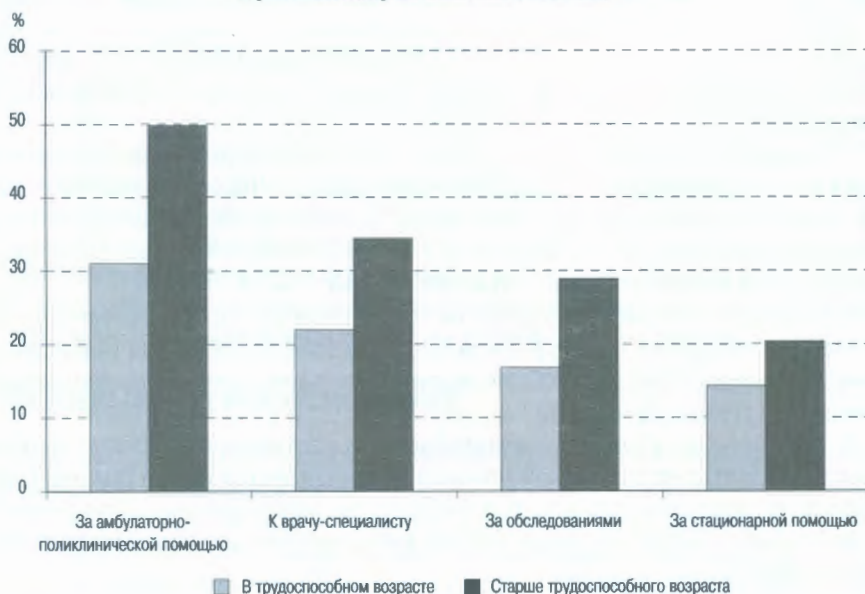
<sup>1</sup> Лекарственное обеспечение больных при стационарном лечении в государственных и муниципальных медицинских учреждениях входит в государственные гарантии бесплатной медицинской помощи.

Рис. 1. Доля обратившихся за амбулаторной и стационарной помощью среди мужчин и женщин, %



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

Рис. 2. Доля обратившихся за амбулаторной и стационарной помощью в разных возрастных категориях, %



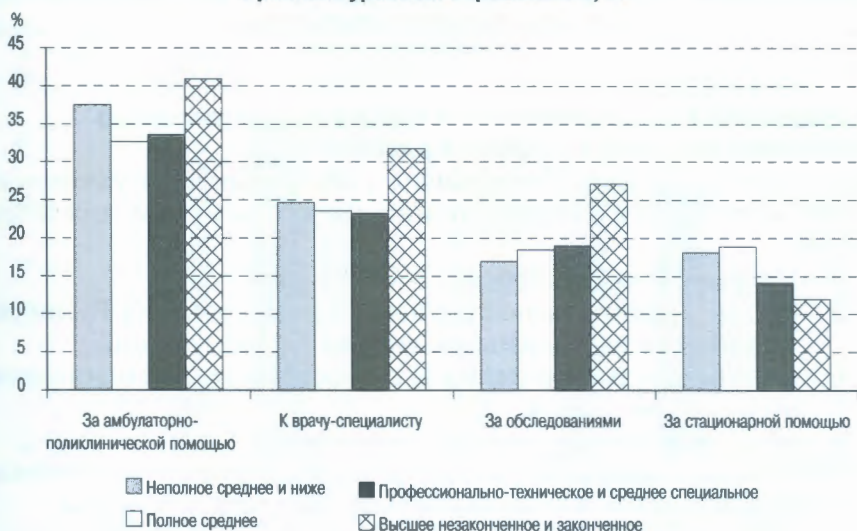
Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006 г.).

шевская, 2007; Щепин, 2006] в обращаемости за медицинской помощью<sup>2</sup> между мужчинами и женщинами (женщины чаще обращаются за амбулаторной и стационарной помощью (рис. 1)), людьми в трудоспособном возрасте и старше трудоспособного возраста<sup>3</sup> (первые реже посещают врачей и лежат в больницах (рис. 2)) и лицами с разным уровнем образования (лица с высшим образованием чаще обращаются за амбулаторной помощью и реже за стационарной (рис. 3)).

<sup>2</sup> Здесь и далее при использовании данных опроса ИПН приводятся показатели обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью в течение 3 месяцев до момента опроса, за стационарной помощью — в течение 12 месяцев до момента опроса.

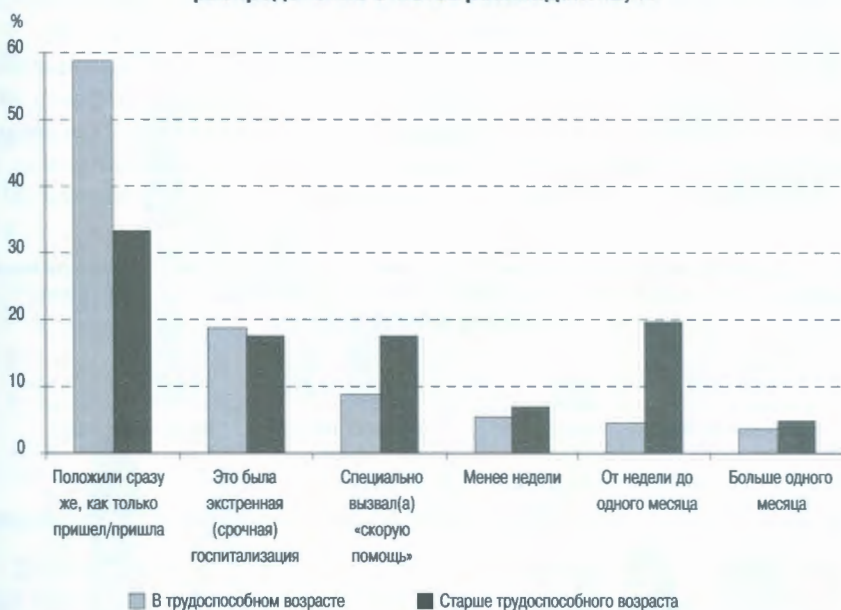
<sup>3</sup> Женщины в возрасте 55 лет и старше, мужчины — 60 лет и старше.

**Рис. 3. Доля обратившихся за амбулаторной помощью в группах населения с разным уровнем образования, %**



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

**Рис. 4. Длительность ожидания госпитализации для разных возрастных категорий, распределение ответов респондентов, %**



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

Выявлены различия в сроках ожидания и способах госпитализации лиц разных возрастных категорий. Пациентов трудоспособного возраста чаще госпитализируют сразу после обращения в медицинское учреждение. Людям старше трудоспособного возраста приходится ждать госпитализации дольше, и они чаще специально вызывают «скорую помощь», чтобы попасть в больницу (рис. 4). Эти различия могут иметь двойные причины. Во-первых, люди в трудоспособном возрасте, вероятнее всего, уделяют меньше внимания своему здоровью и обращаются за медицинской помощью уже тогда, когда

лечение невозможно без госпитализации. Во-вторых, полученные данные могут свидетельствовать о некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста в пользу трудоспособных при направлении на стационарное лечение.

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

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

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

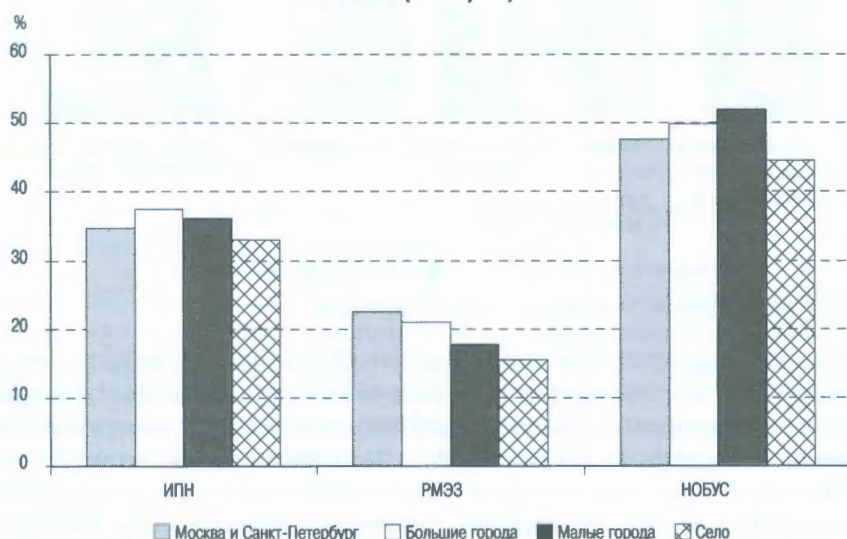
Полученные данные свидетельствуют о существенно разных профилях доступности медицинской помощи для указанных групп населения.

##### 4.2.1. Различия в обращаемости за амбулаторной помощью

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

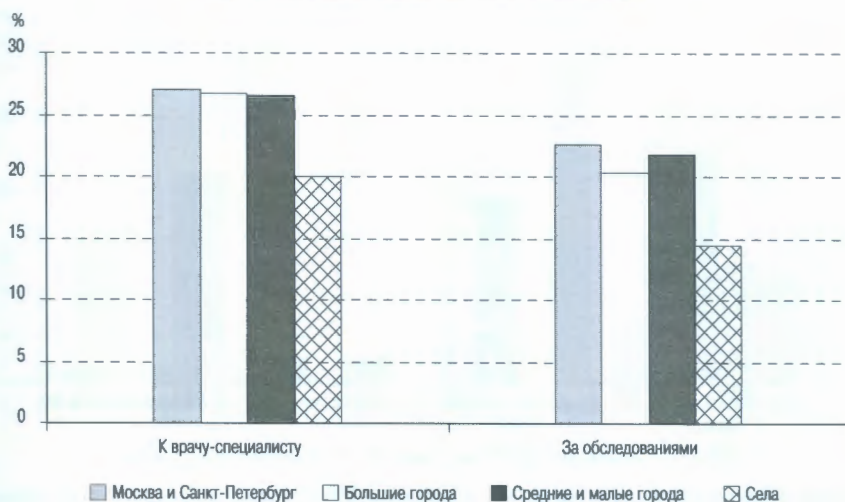
Данные опроса ИГН позволяют сравнить показатели обращаемости к врачу-специалисту и за диагностическими обследованиями. Здесь четко видны различия между жителями города и села, а в отношении обследований прослеживается тенденция: чем меньше размеры населенного пункта, тем реже число жителей, получающих специализированную помощь (рис. 6).

Рис. 5. Доля обратившихся за амбулаторной помощью среди жителей разных типов населенных пунктов, по данным опросов ИГН (2006)\*, РЭМЗ (2004)\*\*, НОБУС (2003)\*\*\*, %



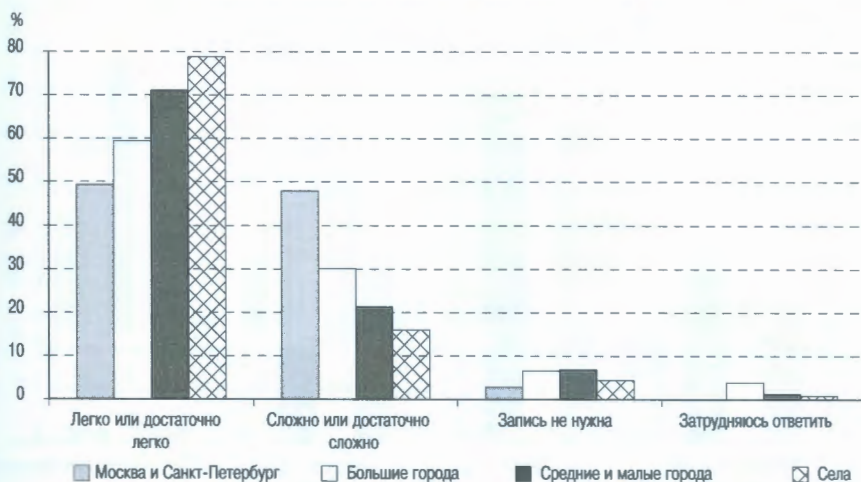
Примечания: \* — в течение трех месяцев, \*\* — в течение месяца, \*\*\* — в течение года.  
Источник: рассчитано по данным опроса ИГН (март 2006 г.).

Рис. 6. Доля обращающихся за диагностическими обследованиями и к врачам-специалистам среди обращающихся за амбулаторной помощью для жителей разных типов населенных пунктов, %



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

Рис. 7. Сложность записи на прием к участковому врачу, распределение ответов респондентов, %

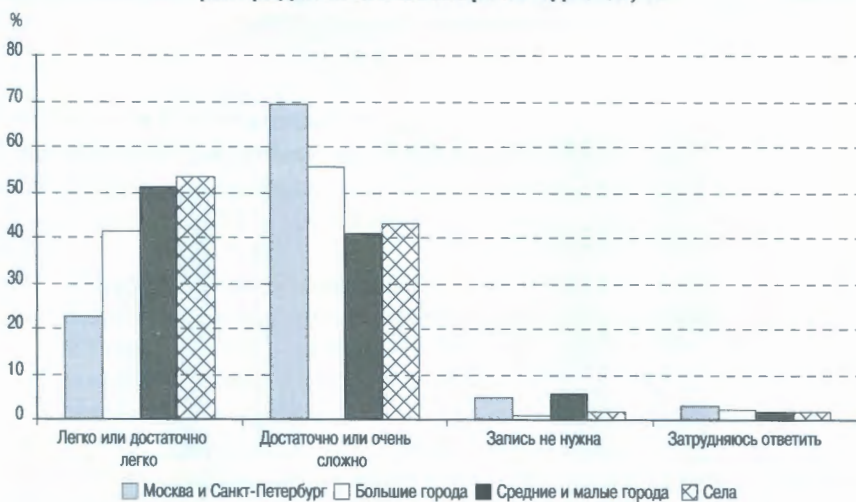


Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006 г.).

По данным опроса ИПН, чем больше размер населенного пункта, тем чаще респонденты отмечают сложности с записью на прием к участковому врачу и к врачу-специалисту (рис. 7, 8). Среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга более 43% указывают, что им приходится очень долго ждать приема участковых терапевтов и специалистов. Жители других типов поселений отмечают это в 2 и более раз реже. При больших масштабах потребления амбулаторной медицинской помощи в городах, особенно в крупнейших и больших, она воспринимается их жителями как менее доступная.

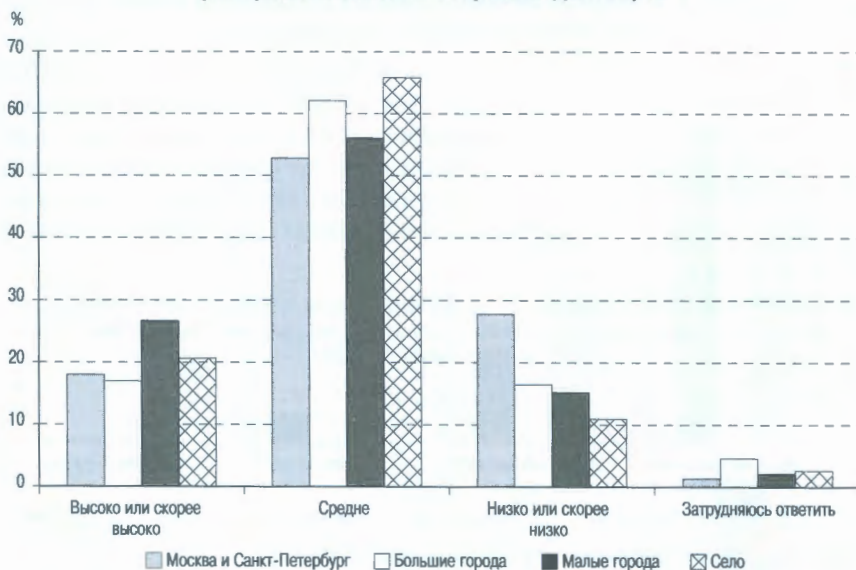
Следует также обратить внимание на существенные различия в оценках сложности записи на прием к участковым терапевтам и к врачам-специалистам. В восприятии жителей всех типов населенных пунктов доступность специализированной амбулаторной помощи оказывается заметно ниже.

Рис. 8. Сложность записи на прием к врачу-специалисту, распределение ответов респондентов, %



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

Рис. 9. Субъективная оценка качества услуг участкового врача, распределение ответов респондентов, %



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

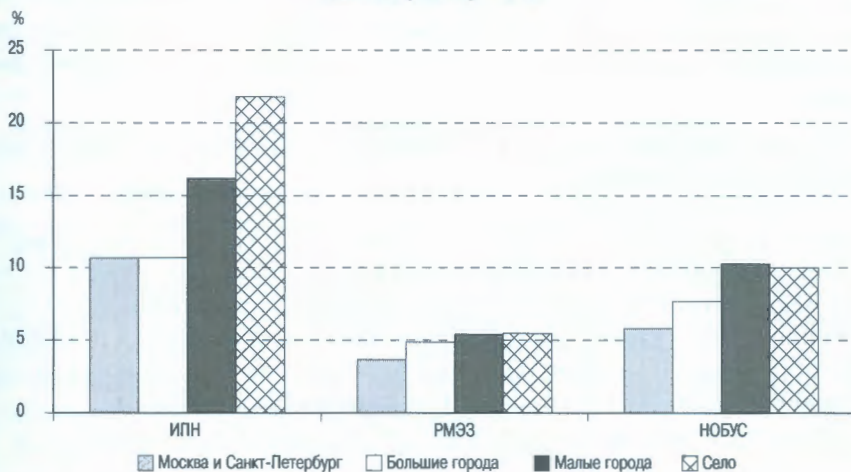
Интересно отметить различия в оценках качества амбулаторной помощи, которые дают жители населенных пунктов разного типа. Качество работы участковых терапевтов несколько выше оценивают в небольших городах и на селе (где испытывают меньшие затруднения с записью на прием) и ниже — в больших городах, Москве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

#### 4.2.2. Различия в обращаемости за стационарной помощью

Ситуация с обращаемостью за стационарной помощью прямо противоположная по сравнению с оказанием амбулаторной помощи: данные всех опросов свидетельствуют, что жители села, средних и малых городов чаще лежат

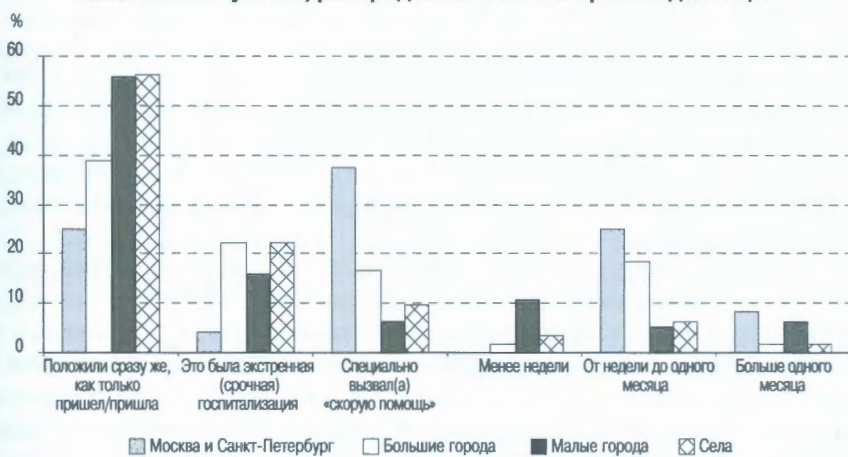


Рис. 10. Доля обращающихся за стационарной помощью среди жителей разных типов населенных пунктов, по данным опросов ИПН (2006)\*, РЭМЗ (2004)\*\*, НОБУС (2003)\*\*\*, %



Примечания: \* — в течение года, \*\* — в течение трех месяцев, \*\*\* — в течение года.  
Источник: рассчитано по данным опроса ИПН (март 2006 г.).

Рис. 11. Длительность ожидания госпитализации для жителей разных типов населенных пунктов, распределение ответов респондентов, %



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

в больницах, чем жители больших и крупнейших городов<sup>4</sup> (рис. 10). По всей видимости, это является следствием меньшей обращаемости за первичной помощью, невысоким качеством диагностики и более ограниченными возможностями амбулаторного лечения на селе и в небольших городах. Можно предположить, что у их жителей позже выявляются болезни, лечение которых уже требует госпитализации.

По данным опроса ИПН, жителей села, средних и малых городов чаще госпитализируют сразу после обращения непосредственно в медицинское учреждение, а жители Москвы, Санкт-Петербурга и больших городов чаще попадают в больницу после вызова «скорой помощи» и чаще ждут госпитализации (рис. 11). Эти различия допускают двойное объяснение. Во-первых,

<sup>4</sup> Аналогичные различия в обращаемости городского и сельского населения за амбулаторной и стационарной помощью были описаны на примере в Воронежской области [Щепин, 2006].

это следствие, очевидно, большей доступности скорой медицинской помощи для жителей больших и в особенности крупнейших городов. Во-вторых, эти различия свидетельствуют о, вероятно, большей запущенности болезней у жителей села и небольших городов: они обращаются в медицинские учреждения уже тогда, когда лечение заболеваний возможно только в стационарных условиях.

### 4.3. Регрессионный анализ влияния факторов обращаемости за медицинской помощью

#### 4.3.1. Описание моделей

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

Применяли бинарную логистическую регрессионную модель:

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

где  $P$  — вероятность обращения респондентов за определенными видами медицинской помощи;

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

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

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

Оценивали три модели, в которых зависимые переменные характеризовали шанс обращения за тремя видами медицинской помощи, соответственно: обращение к медицинским работникам, прохождение дополнительных обследований и процедур, лечение в стационаре.

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

#### 4.3.2. Факторы обращаемости к медицинским работникам

Первую модель — шанс обращения к медицинским работникам — оценивали для респондентов, имевших в последний месяц проблемы со здоровьем. Их чис-

ло составило 6780 из 12641 респондентов. Из них 34% обратились за медицинской помощью, другие по тем или иным причинам лечились самостоятельно.

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

Уровень дохода является следующим по значимости фактором обращаемости после состояния здоровья. С ростом благосостояния увеличивается вероятность обращения за медицинской помощью: богатые (пятый квинтиль) обращаются к медицинским работникам на 37% чаще, чем бедные (первый квинтиль).

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

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

Интересно также, что вероятность обращения к медицинским работникам отрицательно зависит и от количества алкоголя<sup>5</sup>, которое употребляет респондент.

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

#### *4.3.3. Факторы обращаемости за дополнительными обследованиями и процедурами*

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

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

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

Значимым является влияние типа населенного пункта: жители городов проходят дополнительные обследования и процедуры примерно на 30% чаще, чем жители села.

Согласно результатам регрессионного анализа, фактор принадлежности к категории лиц старше трудоспособного возраста и детей обуславливает

<sup>5</sup> Объем выпитых каждым человеком алкогольных напитков с учетом крепости был переведен в граммы абсолютного алкоголя.

меньшую обращаемость за дополнительными обследованиями и процедурами, чем лиц в трудоспособном возрасте, — на 20 и 35% соответственно. Этот результат свидетельствует в пользу справедливости сформулированной выше гипотезы о некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста по сравнению с трудоспособным населением.

#### 4.3.4. Факторы обращаемости за стационарной помощью

По данным РМЭЗ, лишь 5,1% опрошенных лечились в стационаре в течение трех месяцев до момента опроса. Отношение шансов наступления такого события с помощью бинарной логистической регрессии оценивать некорректно. Поэтому совокупность респондентов для тестирования модели была сокращена до тех, кто лежал в больнице, а также тех, кто не получал стационарную помощь, но имел проблемы со здоровьем в последние 30 дней. Таким образом, регрессионный анализ проводили на подвыборке в 6886 человек, в которой доля обратившихся в стационар составила 9,1%.

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

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

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

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

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

## 5. РАЗЛИЧИЯ В ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

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

В России происходит интенсивное замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами. О темпах этого процесса можно судить по данным разных раундов панельного опроса РМЭЗ (рис. 12). Доля пациентов, плативших за амбулаторную помощь, увеличилась за 1994–2004 гг. в 3,1 раза, доля плативших за дополнительные обследования

Таблица 1. Результаты регрессионного анализа: модели обращаемости за различными видами медицинской помощи

Независимые переменные	Вероятность обращения к медработникам		Вероятность обращения за дополнительными обследованиями и процедурами		Вероятность обращения за стационарной помощью	
	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)
Самооценка здоровья (контрольная группа – «среднее, не хорошее и не плохое»)						
«хорошее»	-0,413**	0,662				
«очень хорошее»						
«плохое»	0,752**	2,122			0,896**	2,45
«очень плохое»	1,207**	3,345			1,548**	4,701
Наличие хронического заболевания (хотя бы одного)	0,357**	1,43	0,427**	1,533	0,415**	1,514
Пол (1 – женский, 0 – мужской)			0,214**	1,239	-0,196*	0,822
Возраст (контрольная группа – трудоспособный)						
Старше трудоспособного	-0,031	0,97	-0,228*	0,796	-0,439**	0,645
Дети	0,851**	2,343	-0,432**	0,649	0,057	1,059
Тип населенного пункта (контрольная группа – село)						
Москва и Санкт-Петербург	-0,528*	0,59	0,205	1,228	-1,279**	0,278
большие города (более 300 тыс. чел.)	0,202**	1,223	0,301*	1,351	-0,298*	0,742
средние и малые города	0,06	1,062	0,283*	1,327	-0,119	0,888
Доход*** (Контрольная группа – первый квинтиль)						
2 квинтиль	0,195*	1,215				
3 квинтиль	0,248**	1,281				
4 квинтиль	0,246**	1,279				
5 квинтиль	0,312**	1,366				
Грамм алкоголя, выпиваемого в среднем в день в последние 30 дней (в г абсолютного алкоголя)	-0,002**	0,998			-0,002**	0,998
Наличие детей до 17 лет, проживающих совместно с родителями					0,209	1,233
Размер государственного финансирования здравоохранения**** в регионе в 2004 г.	0**	1			0	1
Число врачей на 10000 чел. в регионе в 2004 г.	0,009*	1,009			0,013*	1,013
Константа	-2,365**	0,094	-0,78**	0,458	-3,284**	0,037
Количество респондентов, для которых оценивалась регрессионная модель	6780		2299		6886	
Объяснительная сила модели (процент случаев, в которых модель предсказывает значение зависимой переменной)	68		57,80		90,90	
Log-likelihood	8214,243		3067,93		4026,87	

Примечание: \* — 5-процентный уровень значимости; \*\* — 1-процентный уровень значимости.  
 \*\*\* — Подушевой максимум располагаемых ресурсов (по расходам) и доходов домохозяйства.  
 \*\*\*\* — Размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (с учетом региональных коэффициентов удорожания затрат).

Источник : рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

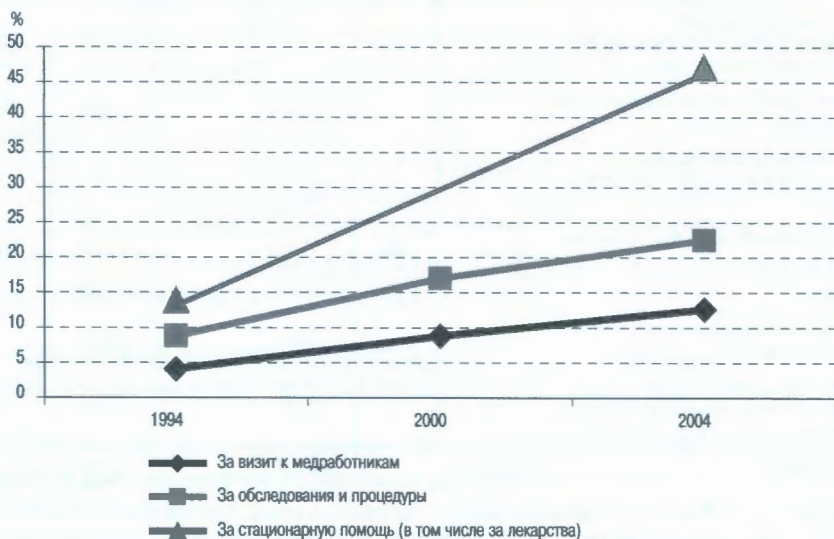
и процедуры — в 2,5 раза, а за лечение в стационарах — в 3,4 раза. Чаще всего население платит за медицинскую помощь в стационаре, и именно по этому виду услуг наблюдается самое значительное увеличение доли плативших. Для большей части домохозяйств оплата лечения из собственных средств стала условием получения медицинской помощи в нужном объеме нужного качества.

Однако группы с разным уровнем доходов имеют разные возможности прибегать к платной медицинской помощи. По данным РМЭЗ, в 2004 г. самые состоятельные платили за визит к медработникам почти в 2,5 раза чаще, чем представители групп с более низким доходом (рис. 13). С ростом доходов увеличивается доля пациентов, которые платят за лечение в больницах (рис. 14). Сравнивая эти результаты, стоит обратить внимание на то, что доля плативших за амбулаторную помощь скачкообразно увеличивается при переходе от четвертого к пятому доходному квинтилю, в то время как доля плативших за стационарную помощь резко возрастает при переходе от первого квинтиля ко второму. Это можно объяснить как отражение большей распространенности практик принуждения к оплате медицинских услуг в стационарах по сравнению с поликлиниками. За платной амбулаторной помощью чаще обращается наиболее богатая часть населения по собственному желанию.

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

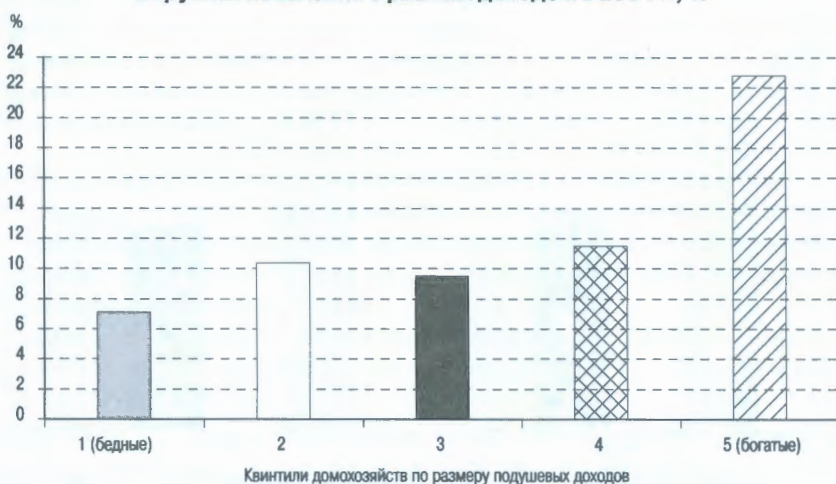
Данные и РМЭЗ, и обследования НОБУС свидетельствуют о различиях в возможностях жителей населенных пунктов разных типов лечиться за плату. Жители крупнейших и больших городов чаще прибегают к оплате амбулаторной помощи, чем жители средних и малых городов и села (рис. 15).

Рис. 12. Доля плативших за различные виды медицинской помощи в 1994, 2000\* и 2004 гг., %



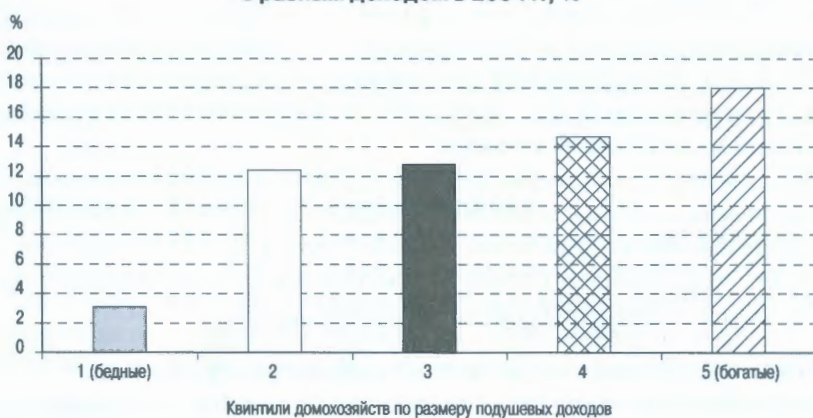
Примечание: \* — данные о плативших за стационарную помощь в 2000 г. исключены из сравнения, поскольку не позволяют учесть плативших за лекарства при лечении в стационаре. Источник: рассчитано по данным РМЭЗ пятого (1994 г.), девятого (2000 г.), тринадцатого (2004 г.) раундов.

Рис. 13. Доля плативших за визит к медработникам в группах населения с разным доходом в 2004 г., %



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

Рис. 14. Доля плативших за стационарную помощь в группах населения с разным доходом в 2004 г., %



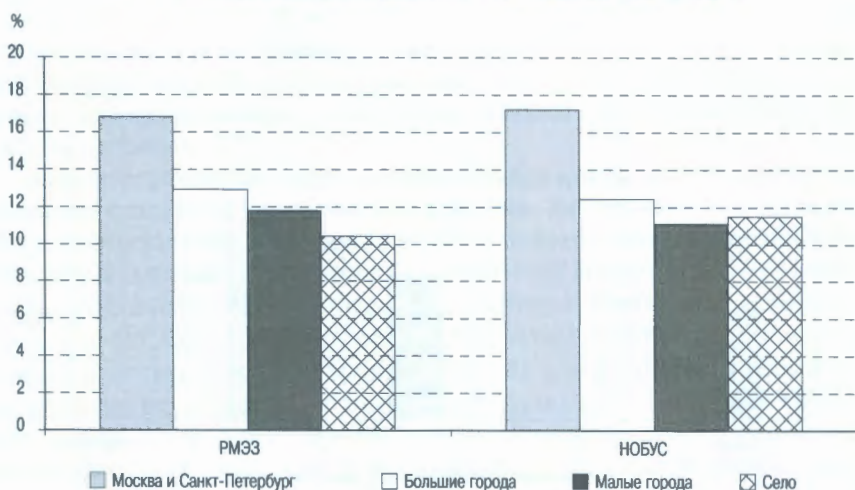
Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

### 5.3. Регрессионный анализ влияния факторов обращения за платной медицинской помощью

#### 5.3.1. Описание моделей

Для оценки влияния разных факторов на обращение к платным медицинским услугам был проведен регрессионный анализ по данным РМЭЗ (2004 г.). Применяли бинарную логистическую регрессионную модель того же вида, что и при анализе факторов обращаемости за медицинской помощью (см. раздел 4.3.1). Оценивали три модели, в которых зависимые переменные характеризовали шанс воспользоваться платной медицинской помощью следующих видов: визит к медицинскому работнику, прохождение дополнительных обследований и процедур, лечение в стационаре. В качестве независимых переменных рассматривались социально-демографические и экономические характеристики респондентов (пол, возраст, образование, тип населенного пункта, наличие детей, размер подушевого дохода домохозяйства, количество потребляемого алкоголя),

Рис. 15. Доля пациентов среди жителей разных типов населенных пунктов, плативших за амбулаторную помощь в 2003–2004 гг., %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г. и РМЭЗ, 2004 г.

состояния здоровья (самооценка здоровья, наличие хронического заболевания) и индикаторов уровня развитости системы здравоохранения в регионе, где проживает респондент (обеспеченность населения врачами, больничными койками, размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи).

Методом пошаговой регрессии были отобраны независимые переменные, которые значимым образом влияют на шанс респондентов, обратившихся за рассматриваемыми видами медицинской помощи, затратить средства на их получение. Регрессионные оценки параметров логистических уравнений для трех зависимых переменных приведены в *таблице 2*.

### 5.3.2. Факторы обращения за платной амбулаторной помощью

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

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

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

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

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



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

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

### 5.3.3. Факторы оплаты дополнительных обследований и процедур

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

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

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

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

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

### 5.3.4. Факторы оплаты стационарной помощи

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

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

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

## 6. РАЗЛИЧИЯ В ДОСТУПНОСТИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Анализ межрегиональных различий в доступности бесплатной медицинской помощи был проведен по данным обследования НОБУС. Регионы, для которых выборка НОБУС была репрезентативной (46 регионов), были разбиты на

Таблица 2. Результаты регрессионного анализа: модели оплаты услуг медработников, дополнительных обследований и процедур, лечения в стационаре

Независимые переменные	Доля плативших медработникам		Доля плативших за обследования и процедуры		Доля плативших в стационаре	
	B	Exp (B)	B	Exp (B)	B	Exp (B)
Наличие хронического заболевания (хотя бы одного)					0,559	1,749
Пол (1 – женский, 0 – мужской)	0,275*	1,316	0,405*	1,5		
Возраст (контрольная группа – трудоспособный)						
Возраст: старше трудоспособного	-1,168**	0,311	-0,683**	0,505		
Возраст: дети	-1,043**	0,353	-0,752**	0,472		
Образование (контрольная группа – высшее законченное и незаконченное)						
Образование: неполное среднее и ниже (респонденты, закончившие 9 и менее классов + дети до 14 лет)	-0,659**	0,517				
Образование: полное среднее (закончившие 10 и более классов)	-0,614*	0,541				
Образование: среднее специальное и профессионально-техническое (диплом ПТУ, ФЗУ, ФЗО, техникума, училища)	-0,516**	0,597				
Тип населенного пункта (контрольная группа – село)						
Москва и Санкт-Петербург	1,417**	4,125	1,124	3,077	1,289	3,631
Большие города (более 300 тыс. чел.)	0,033	1,033	-0,419	0,658	1,184**	3,266
Средние и малые города	0,08	1,083	0,078	1,081	0,904*	2,469
Доход*** (контрольная группа – первый квинтиль)						
2 квинтиль	0,391	1,478				
3 квинтиль	0,182	1,199				
4 квинтиль	0,279	1,322				
5 квинтиль	1,028**	2,796				
Размер государственного финансирования здравоохранения**** в регионе в 2004 г.	-0,001**	0,999	-0,001**	0,999	-0,001**	0,999
Число больничных коек на 1000 чел. в регионе в 2004 г.					-0,041**	0,96
Константа	-0,544	0,58	0,618	1,855	2,279	9,771
Количество респондентов, для которого оценивалась регрессионная модель	2296		972		636	
Объяснительная сила модели (процент случаев, в которых модель предсказывает значение зависимой переменной)	87,60		77,60		87,90	
Log-likelihood	1539,027		981,939		443,016	

Примечания: \* – 5-процентный уровень значимости, \*\* – 1-процентный уровень значимости. \*\*\* – Подушевой максимум располагаемых ресурсов (по расходам) и доходов домохозяйства. \*\*\*\* – Размер подушевого государственного финансирования территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (с учетом региональных коэффициентов удорожания затрат).

Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2007 г.

четыре группы по уровню социально-экономического развития, предложенной в проекте «Социальный атлас российских регионов»<sup>6</sup>:

- 1) лидеры и развитые в освоенной зоне;
- 2) развитые в слабоосвоенной зоне;
- 3) «середина»;
- 4) аутсайдеры.

Значения показателя доли пациентов, получавших бесплатную медицинскую помощь (всех видов), оказались достаточно близки для указанных групп регионов: они находятся в интервале от 87,6 до 90,1%. Более выражены различия в доле пациентов, лечившихся бесплатно в стационарах (рис. 16). Этот показатель достигает максимального значения в развитых ресурсодобывающих регионах (74,2%), а минимального — в регионах из группы аутсайдеров (55,7%).

Интересны различия в причинах обращения за платными медицинскими услугами, отмеченные респондентами из разных групп регионов (рис. 17). Неудовлетворенность качеством бесплатной медицинской помощи чаще высказывают жители наименее и наиболее развитых регионов. На отсутствие врачей нужного профиля, у которых можно получить бесплатную помощь, несколько чаще указывают жители регионов второй и третьей групп. Затруднения в том, чтобы попасть на прием к бесплатному врачу как причины обращения за платной помощью ослабевают с переходом от более развитой группы регионов к менее развитой.

## 7. НЕРАВЕНСТВО В РАСПРЕДЕЛЕНИИ БРЕМЕНИ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

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

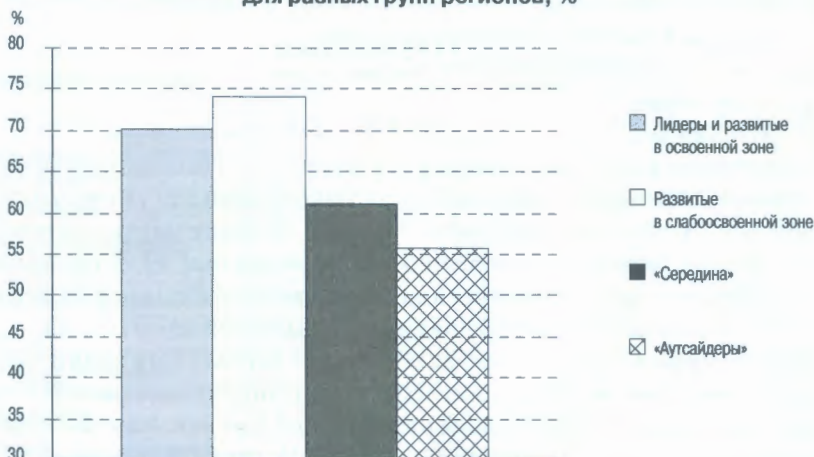
Данные РМЭЗ позволяют сравнить распределение бремени расходов домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства, выписываемые врачом, в 1994 и 2004 гг. (рис. 18). За эти десять лет бремя расходов на медицинскую помощь усилилось для всех доходных групп, но неравенство в его распределении уменьшилось, хотя и остается весьма значительным: у бедных оно вдвое больше.

Приведенные данные РМЭЗ о расходах домохозяйств на лечение не включают затрат на приобретение лекарств не по рекомендации врача. Для анализа распределения бремени полных расходов домохозяйств на лечение воспользуемся данными обследования НОБУС. Они также свидетельствуют о наличии неравенства по этому показателю между группами домохозяйств

<sup>6</sup> [http://atlas.socpol.ru/typology/table\\_types.shtml](http://atlas.socpol.ru/typology/table_types.shtml). В проведенном нами анализе использовались данные НОБУС по следующим регионам:

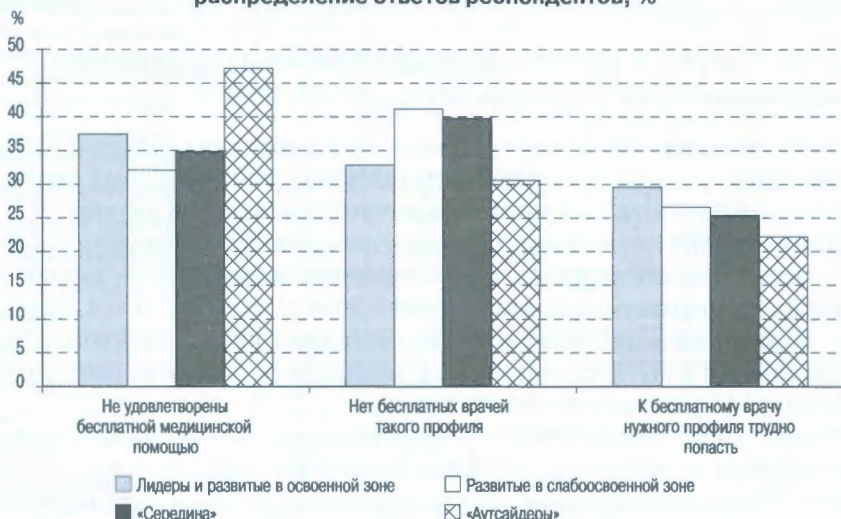
- 1) лидеры и развитые в освоенной зоне: Москва, Липецкая область, Республика Татарстан, Санкт-Петербург, Самарская область, Ярославская область, Республика Башкортостан, Челябинская область, Свердловская область;
- 2) развитые в слабоосвоенной зоне: Тюменская область, Республика Саха (Якутия), Республика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

Рис. 16. Доля пациентов, не плативших за стационарную помощь, для разных групп регионов, %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г.

Рис. 17. Причины обращения за платной медицинской помощью, распределение ответов респондентов, %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г.

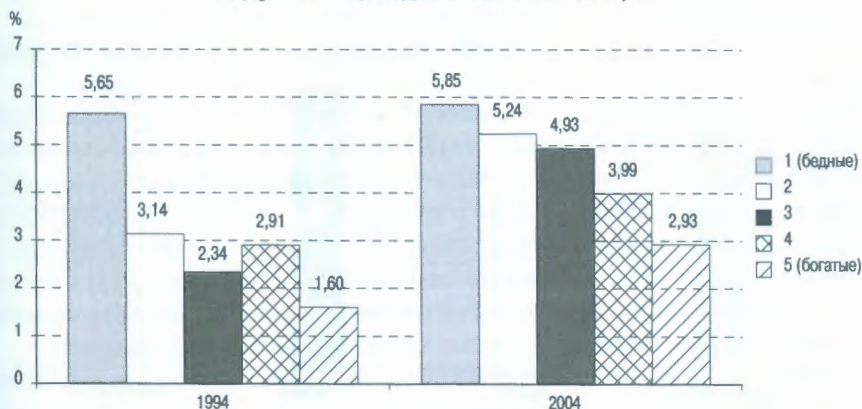
с разным уровнем подушевых доходов (рис. 19). Значение этого показателя для домохозяйств из первых двух квинтильных групп (т. е. для бедных) в 1,5 раза больше, чем для домохозяйств из пятой группы (богатых).

Аналогичный расчет был выполнен для домохозяйств, проживающих в регионах с разным уровнем экономического развития (см. раздел 6). Согласно полученным данным, бремя несения расходов на лечение выше для домохозяйств, проживающих в регионах с более низким уровнем экономического развития (рис. 20).

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

Доля тех, кто тратил на лечение более 50% своих годовых доходов примерно одинакова: для трех средних по доходам групп домохозяйств — 2,3%, чуть выше

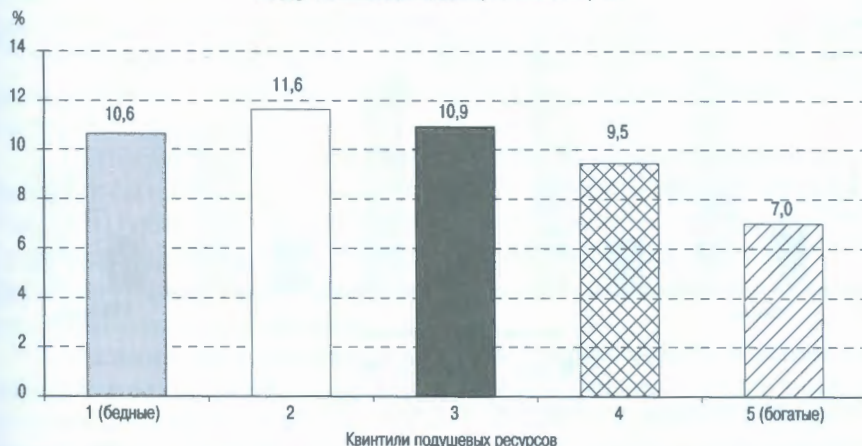
**Рис. 18. Средние доли расходов на лечение\* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов в 1994 и 2004 г., %**



Примечание: \* — расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства, выписываемые врачом.

Источник: расчеты по данным РЭМЗ 1994 и 2004 гг.

**Рис. 19. Средние доли расходов на лечение\* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов, в 2003 г., %**



Примечание: \* — расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства.

Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г.

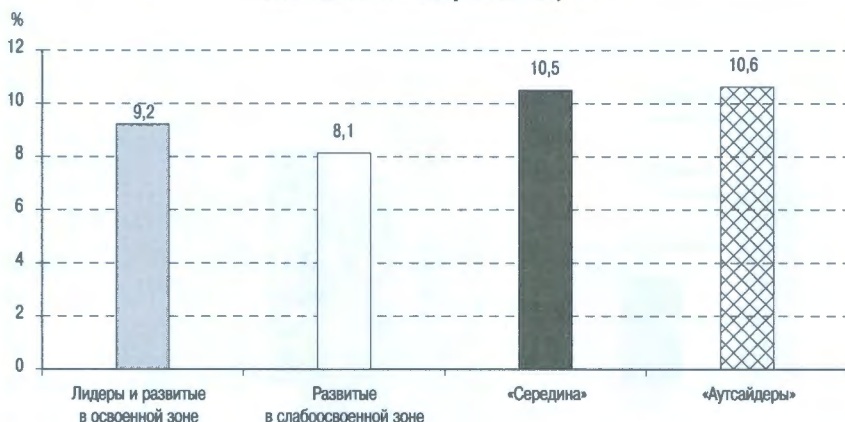
у самых богатых — 2,4% и достигает максимума для самой бедной группы — 2,7% (рис. 21). Домохозяйства, тратившие на лечение более 30% годовых доходов, распределены по доходным группам уже неравномерно: в двух бедных группах их доля составляет 9,5%, в то время как в группе богатых — всего 5,1%.

## 8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать следующие выводы.

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

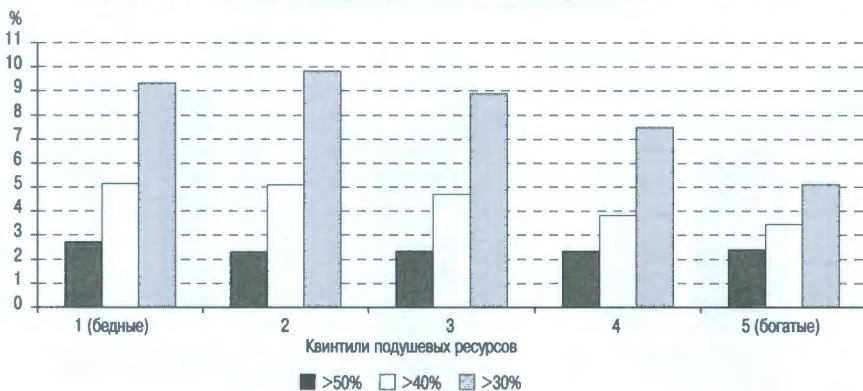
Рис. 20. Средние доли расходов на лечение\* в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, для регионов с разным уровнем экономического развития, %



Примечание: \* — расходы домохозяйств на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и на лекарства.

Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г.

Рис. 21. Доля домохозяйств, для которых расходы на лечение превысили 50, 40 и 30% в годовых доходах за вычетом расходов на питание



Источник: расчеты по данным обследования НОБУС, 2003 г.

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

Полученные данные свидетельствуют о наличии некоторой дискриминации лиц старше трудоспособного возраста в пользу трудоспособных при

получении специализированной амбулаторной помощи и при направлении на стационарное лечение.

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

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

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

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

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

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

6. Масштабы выявленного неравенства в обращаемости за медицинской помощью и ее доступности для жителей разных регионов, различных типов населенных пунктов, с неодинаковым уровнем доходов требуют пересмотра приоритетов государственной политики в организации и финансировании здравоохранения. Необходимо создание системы мониторинга неравенства в доступности медицинской помощи для разных категорий населения.

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

- анализ влияния факторов различий в образе жизни и отношении к своему здоровью и факторов организации оказания медицинской помощи и информирования населения на различия в обращаемости за различными видами медицинской помощи жителями населенных пунктов разных типов и лицами с разным уровнем образования;
- изучение влияния региональных различий в организации оказания специализированной медицинской помощи населению на различия в ее доступности для жителей разных типов населенных пунктов в различных регионах;

- углубленный анализ причин существующих различий в уровне госпитализации жителей разных типов населенных пунктов и различий в доступности специализированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи для населения в трудоспособном возрасте и старше;
- анализ различий в составе медицинских услуг, в степени соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам лечения заболеваний, в клинической результативности оказанной медицинской помощи категориям населения, различающимся по месту жительства, возрасту, уровню образования и уровню доходов;
- выявление различий в доступности бесплатной медицинской помощи и в бремени несения расходов на лечение для больных разными видами заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

- Бесстремянная Г. Е., Шишкин С. В.* Доступность медицинской помощи / Г. Е. Бесстремянная, А. Я. Бурдяк, А. С. Заборовская и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова // Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. — М.: НИСП, 2005. <http://www.socpol.ru/publications/#dohody&uslugi>.
- Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. — Копенгаген, 2002. ЕРБ ВОЗ, Региональная публикация ВОЗ, Европейская серия № 97.
- Зубаревич Н. В.* Социальное развитие и социальная политика российских регионов: Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х гг. / Под ред. Т. М. Малевой. — М.: НИСП, 2007. С. 388–424.
- Суворов А. В.* Структура денежных доходов и расходов населения в современной России. Проблемы прогнозирования. — М., 2004.
- Щепин О. П.* Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. — М., 2006.
- Здравоохранение в России: Стат. сб. Росстат. — М.: Росстат, 2005.
- Индекс потребительских настроений в России (ИПН). <http://ipn.socpol.ru>.
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития РФ): Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. — М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2006.
- Национальное обследование благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС). <http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/NOBUS.pdf>
- Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 гг.). Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.01.2006. № 38-р.
- Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под ред. Н. М. Римашевской. — М.: Агентство «Социальный проект», 2007.
- Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ). <http://www.cpc.unc.edu/rfms>.
- Blam I., Kovalev S.* Commercialization of medical care and household behavior in transitional Russia. RUIG/UNRISD project. 2003.