

Научная статья

УДК 316.44, 304.3, 308

doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019

Доступность платных медицинских услуг и особенности социально-демографического портрета их пользователей

Александра Анатольевна Шабунова¹, Лейла Натиговна Нацун²

^{1,2}Вологодский научный центр РАН (ФГБУН ВолНЦ РАН), г. Вологда, Российская Федерация

¹aas@vscs.ac.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3467-0921>

²leyla.natsun@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9829-8866>

Аннотация. Неравенство в возможностях получения медицинских услуг прямо влияет на здоровье населения и является одной из наиболее значимых социальных проблем. Источниками её формирования выступают не только значительный разрыв в величине денежных доходов населения, но и существенные территориальные неравенства в обеспеченности населения городов и сельских населённых пунктов медицинскими организациями и их услугами. Платная медицина остаётся практически недоступной для низкодоходных групп населения, что ещё больше усугубляет неравенство в доступе к медицинским услугам, особенно в сельской местности. Данная работа нацелена на выявление особенностей социально-демографического портрета пользователей платных медицинских услуг и их поведенческих стратегий в отношении своего здоровья. На примере Вологодской области, на данных репрезентативного регионального социологического опроса показано, что основной удельный вес среди пользователей услуг частных клиник составляют жители городов в возрасте 30–60 лет со средним уровнем доходов и только 8% составляют жители сельских населённых пунктов. При этом поведение в отношении своего здоровья среди респондентов, пользующихся платными и бесплатными медицинскими услугами, имеет ряд особенностей. Это позволяет предполагать, что поведение выделенных групп респондентов наряду с социально-экономическими факторами вносят вклад в формирование неравенства в их здоровье.

Ключевые слова: здоровье населения, неравенство в доступе к медицинским услугам, поведенческие стратегии в отношении здоровья.

Для цитирования: Шабунова А. А., Нацун Л. Н. Доступность платных медицинских услуг для населения: дифференциация в разрезе доходных групп // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2023. № 4. С. 115–122. doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019.

Original article

Availability of paid medical services and features of the socio-demographic portrait of their users

Alexandra A. Shabunova¹, Leila N. Natsun²

^{1,2}Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (VolRC RAS), Vologda, Russian Federation

¹aas@vscs.ac.ru, <http://orcid.org/0000-0002-3467-0921>

²leyla.natsun@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-9829-8866>

Annotation. Inequality in access to medical services directly affects the health of the population and is one of the most significant social problems. The sources of its formation are not only a significant gap in the amount of monetary incomes of the population, but also significant territorial inequalities in the provision of the population of cities and rural settlements with medical organizations and their services. Paid medicine remains virtually inaccessible to low-income groups of the population, which further exacerbates inequality in access to medical services, especially in rural areas. This work is aimed at identifying the features of the socio-demographic portrait of users of paid medical services and their behavioral strategies regarding their health. On the example of the Vologda region, based on the data of a representative regional sociological survey, it is shown that the main proportion among users of private clinic services are urban residents aged 30–60 years with an average income level and only 8% are residents of rural settlements. At the same time, the behavior regarding their health among respondents using paid and free medical services has a number of features. This suggests that the behavior of the selected groups of respondents, along with socio-economic factors, contribute to the formation of inequality in their health.

Key words: population health, inequality in access to health services, behavioral strategies in relation to health.

For citation: Shabunova A. A., Natsun L. N. Availability of paid medical services for the population: differentiation by income groups. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2023;(4):115–122. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2023.04.019.

Введение

Несмотря на то, что неравенство считают «вечной проблемой» в социологических исследованиях и рассматривают как неотъемлемый атрибут обществ на всех исторических этапах их развития [1], продолжается поиск подходов к снижению остроты данной проблемы. Выдвигаются различные гипоте-

зы об истоках формирования неравенств, обсуждаются их последствия для демографического и социально-экономического развития государств. Так, именно с преодолением избыточного социально-экономического неравенства исследователи связывают перспективы дальнейшей эволюции социального государства в России [2].

Неравенства в обществах принимают различные формы. Одной из них выступает неравенство по здоровью, источниками которого в рамках гипотезы социальной причинности называют материальные, психосоциальные и поведенческие факторы [3]. При этом дискуссионным остаётся вопрос о том, какие факторы вносят более весомый вклад в формирование неравенства по здоровью. Есть данные, указывающие на то, что материальные и психосоциальные факторы действуют друг через друга, что усложняет задачу по оценке статистической значимости вклада каждого из механизмов в формирование неравенства по здоровью [4]. Обоснована важная роль социального государства в сглаживании неравенства по здоровью в старших возрастных группах населения [5], подтверждено наличие и показана дифференциация медиативного эффекта социального капитала и межличностного доверия в отношении неравенства по здоровью в европейских странах с разными типами социальной политики [6]. Поиск первопричин различий в поведении индивидов в отношении собственного здоровья приводит исследователей к необходимости углублённого изучения ценностей и установок населения. Так в рамках масштабного социологического проекта было показано, что установки населения в отношении продолжительности жизни влияют на характеристики самосохранительного поведения, в том числе, на медицинскую активность [7].

Одним из аспектов изучения неравенства по здоровью выступает оценка перспектив достижения равенства возможностей различных групп населения в доступе к качественным услугам здравоохранения [8]. Этот вопрос рассматривается как одно из условий обеспечения социальной справедливости [9]. Более широкий доступ обеспеченных слоёв населения к медицинской помощи лучшего качества воспринимается в российском обществе как несправедливость. При этом установлено, что более остро реагируют на подобные проявления лица с низким уровнем дохода, имеющие плохое состояние здоровья, воспитывающие несовершеннолетних детей, считающие недостаточным покрытие по обязательному медицинскому страхованию [10].

В работах отечественных авторов нашли отражение представления населения и экспертного сообщества о способах выравнивания возможностей сельского и городского населения разных регионов в получении качественной и своевременной медицинской помощи [11]. При этом отмечены заметные расхождения в восприятии населением и медицинским сообществом проблем финансирования медицинских организаций, а также путей дальнейшего развития сектора платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения [12].

В то же время, очевидно, что в России уже сформировался рынок платных медицинских услуг, динамика которого отражает растущий спрос со стороны населения [13]. Исключение низкодходных групп населения из числа потребителей платных медицинских услуг в таком случае некорректно рассматривать как одно из проявлений социальной не-

справедливости. Речь идёт скорее о том, что возможность при желании пользоваться платными медицинскими услугами становится ещё одним атрибутом среднего класса.

Развитие представлений об источниках и последствиях социальных неравенств на сегодняшний день продолжается в направлении более углублённого изучения управляемых факторов снижения неравенства возможностей в современных обществах. Заслуживают внимания работы, посвящённые сравнению систем здравоохранения, созданных в России и других странах. В частности, установлено, что по ряду показателей доступности медицинской помощи развитые европейские страны опережали Российскую Федерацию, в том числе, благодаря отличиям в масштабах и подходе к финансированию здравоохранения [14].

В контексте обсуждения данной проблематики особый интерес представляет оценка вклада различий в доступе к бесплатной и платной медицине и в характере заботы индивидов о собственном здоровье в формирование неравенства по здоровью. В отечественной литературе встречаются в основном, исследования, нацеленные на отдельное рассмотрение влияния практик здоровьесбережения на состояние здоровья, или на оценку различных видов неравенств в доступе к услугам здравоохранения. Однако пока не ставилось исследовательской задачи по проведению сравнительной оценки вклада перечисленных факторов в формирование неравенства населения по здоровью. Значимость её решения определяется тем, что ответ на поставленный вопрос позволит точнее определить роль различных аспектов организации здравоохранения в улучшении здоровья населения, выработать эффективные инструменты преодоления избыточных неравенств в доступе к медицинским услугам. В данной работе будут представлены результаты оценки особенностей социально-демографического портрета пользователей услуг частных и государственных медицинских организаций и дифференциации их поведенческих стратегий в отношении своего здоровья. Эти данные в перспективе будут использованы в решении обозначенной выше научной проблемы.

Цель работы — выявление социально-демографического портрета пользователей платных медицинских услуг и особенностей их поведения в отношении своего здоровья.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать социально-демографический портрет пользователей платных медицинских услуг, опираясь на данные репрезентативных выборочных опросов населения Вологодской области.
2. Сравнить поведение в отношении своего здоровья в группах респондентов с разными стратегиями использования медицинских услуг.

Решение поставленных задач позволит уточнить представление о спросе на платные медицинские услуги, о взаимосвязи потребительских практик отдельных групп населения с их материальным положением и поведением в отношении своего здоровья.

Материалы и методы

Информационную базу исследования составили: данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат), данные Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения (далее — ВН КДУ-2021)¹, проведенного Росстатом в 2021 году, социологические опросы населения Вологодской области, проводимые ВолНИЦ РАН.

Опрос населения Вологодской области о состоянии здоровья и практиках здоровьесбережения, проводится на территории г. Вологды, г. Череповца и восьми муниципальных районов каждые 2 года. Объем выборки составляет 1500 человек. Метод проведения опроса — письменное анкетирование по месту проживания респондентов.

Результаты

Развитие рынка платных медицинских услуг в России. В номинальном выражении объем предоставленных населению платных медицинских услуг за период с 2017 по 2021 гг. вырос на 74%, составив в 2021 году 1 091 967 752,7 тысяч рублей. В расчете на душу населения объем платных медицинских услуг вырос с 765 рублей в 2005 году до 7486 рублей в 2021 году². За период с 2010 по 2021 год доля медицинских услуг в общей структуре платных услуг, предоставленных населению, увеличилась почти вдвое — с 5,2% до 9,6%³. Это, с одной стороны, указывает на рост потребности населения в качественной медицинской помощи, а с другой стороны — на снижение доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых на бесплатной основе в государственных медицинских организациях, вынуждающем граждан искать альтернативы в частном сегменте [15].

Оценивая перспективы дальнейшего развития рынка медицинских услуг в России, необходимо учитывать, что на работу медицинских организаций неизбежно влияет ситуация в фармацевтической промышленности. Эксперты отмечают, что она переживает кардинальное перестроение в связи с необходимостью снижения импортозависимости и налаживания инновационных производств в условиях санкционного давления [16].

По данным ВН КДУ-2021, платные медицинские услуги пока не могут служить альтернативой бесплатной медицине для большинства населения.

Пользоваться платной медициной без необходимости ограничивать расходы на другие цели могли лишь 15% респондентов, тогда как 63% опрошенных могли пользоваться такими услугами только при существенных ограничениях расходов на другие цели, а ещё 20% — указали на недоступность платной медицины из-за отсутствия у них денежных средств⁴. Это свидетельствует о высокой стоимости таких услуг на российском рынке, с одной стороны, и на существенную дифференциацию доходов населения — с другой. На территориальную дифференциацию факторов, определяющих доступность платной медицины для населения, указывает и тот факт, что в сельской местности 3% опрошенных отметили её отсутствие по месту жительства (в городской местности доля таких ответов составила 1%). Сельское население оказывается в сложной ситуации сразу по нескольким аспектам: платная медицина малодоступна из-за низких доходов, а также вследствие её более слабой представленности в сельской местности. При этом основными причинами обращения к платным медицинским услугам в сельской местности выступает неудовлетворённость качеством услуг государственных медицинских организаций (на это указали 23% респондентов) и их недостаточный ресурсный потенциал (нехватка специалистов, оборудования — отметили 33% опрошенных)⁵.

Наряду с территориальным фактором, низкий уровень дохода выступает ещё одним барьером доступа населения к платной медицине. По данным статистики, в 2020 году наибольший объем денежных средств на оплату медицинских и оздоровительных услуг направляли домохозяйства пятой квинтильной группы населения по уровню дохода. Так, в расчете на одного члена домохозяйства расходы на оплату медицинских услуг в первой доходной группе составляли в среднем 365 рублей, а в пятой — 7298 рублей⁶.

Обращение населения к платным медицинским услугам (по данным соцопросов в Вологодской области). Согласно результатам соцопроса населения Вологодской области, в 2022 г. высоким считали уровень доступности медицинских услуг в государственных организациях 12% горожан и 8% сельских жителей. О полной недоступности таких услуг заявили 5% горожан и 4% сельских жителей. Высокую доступность услуг частных медицинских организаций отметили 25% горожан и 18% селян. Но о полной их недоступности респонденты из сельской местности сообщали гораздо чаще, чем в отноше-

¹ Объем выборки ВН КДУ-2021 в целом по России составил 48 тыс. домохозяйств. Способ сбора данных: личный опрос. Опросы проводятся на условиях добровольного согласия респондентов. Опросы респондентов проводятся на основании специальной формы федерального статистического наблюдения. Даты сбора данных: с 15 по 29 июля 2021 года. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения — 2021 // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

² Объем платных медицинских услуг в расчете на душу населения, рублей // Росстат.

³ Структура платных услуг, предоставленных населению в 2010 и 2021 году // Росстат.

⁴ Микроданные выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения — 2021 // Федеральная служба государственной статистики. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

⁵ Приводится по данным ВН КДУ — 2021. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2021/index.html

⁶ Денежные расходы домашних хозяйств различных социально-экономических категорий на платные услуги в области здравоохранения и отдыха в 2020 г. / Здравоохранение в России 2021 г. URL: https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/IssWWW.exe/Stg/07-26.docx

Т а б л и ц а 1

Распределение оценок респондентами доступности медицинских услуг (в территориальном разрезе)

Оценка уровня доступности медицинских услуг, % от числа опрошенных	2018		2020 г.		2022 г.	
	город	село	город	село	город	село
Государственные поликлиники и больницы						
Высокий	26,7	12,4	18,3	14,3	11,80	8,40
Средний	55	63,4	68,1	70,5	46,50	48,30
Низкий	14,8	23,3	13,2	15,2	37,00	39,50
Медицинские услуги недоступны	3,3	1	0,4	0	4,70	3,80
Частные клиники						
Высокий	37,5	18	32,9	29,6	24,60	18,10
Средний	32,7	45,3	50,8	56,7	53,80	42,70
Низкий	16,6	27,4	11,5	9,2	16,10	23,20
Медицинские услуги недоступны	13,2	9,4	5	4,5	5,50	16,00
100% по столбцам						

Источник: данные опроса населения Вологодской области, 2022.

нии услуг государственных организаций: об этом сказали 16% опрошенных.

По сравнению с результатами социологического замера 2020 года увеличилась доля городского и сельского населения, для которого недоступны услуги государственных поликлиник и больниц, а также доля сельского населения, для которого полностью недоступны медицинские услуги частных организаций. По сравнению с «допандемийным» 2018 годом, в 2022 году не только в городской, но и в сельской местности выросла доля респондентов, для которых недоступны медицинские услуги государственных учреждений здравоохранения. При этом доля респондентов, указавших на недоступность услуг частных клиник выросла только в сельской местности, а в городской — существенно снизилась, что свидетельствует о неравномерном развитии рынка медицинских услуг в регионе (табл. 1).

Практики населения Вологодской области в сфере здоровьесбережения. Несмотря на то, что более 80% жителей региона считают себя ответственными за своё здоровье, не всегда население оказывается достаточно мотивированным в вопросах здоровьесбережения. Так, в 2022 году 32% жителей Вологодской области признавали, что мало заботятся о своём здоровье, ещё 5%, — что не заботятся совсем. В 2020 году доля респондентов, ответивших так же составила 27% и 12%, соответственно⁷.

Одним из важнейших условий своевременного выявления опасных нарушений здоровья является посещение врачей с профилактической целью. В 2022 году в Вологодской области, для населения была характерна низкая обращаемость за медицинской помощью с профилактической целью (19,9%). При этом, в группе населения с высокими доходами и доходами выше среднего уровня медицинская активность выражена сильнее (28,6%), чем в группах населения со средними и низкими доходами (18,4% и 18,6%, соответственно). Следует отметить, что по-

водом для обращения к врачу большинство населения региона считает ухудшение самочувствия, болезнь (53%). Среди респондентов, которые обращались в медицинские организации в течение года, данную причину указывали большинство, причём это справедливо как применительно к государственным, так и частным медицинским организациям (77% и 79%, соответственно). Среди тех, кто в течение прошедшего года ни разу не обращался за медицинской помощью большинство (86%) составили те, кто не болел, а, следовательно, по их мнению, не нуждался в медицинских услугах. Наличие хронических заболеваний сопровождается увеличением частоты обращений в медицинские организации в периоды ухудшения самочувствия и существенным снижением частоты обращений за профилактической медицинской помощью. Так среди респондентов с хроническими заболеваниями только 8% ответили, что в течение года обращались к врачу с профилактической целью и 80% указали, что посещали врача в период ухудшения самочувствия, тогда как среди респондентов, не имеющих хронических заболеваний, доля таких ответов составила 35% и 46%, соответственно. Приведённые факты демонстрируют, что у населения региона сформирована привычка правильно реагировать на симптомы болезни — незамедлительно обращаться к врачу, но нет привычки систематически, целенаправленно следить за своим здоровьем, вести здоровый образ жизни. Это подтверждает необходимость формирования у населения культуры систематической заботы о своём здоровье, где ключевым компонентом будут собственные действия индивидов по профилактике нарушений здоровья: приобретение медицинской грамотности, высокая медицинская активность и ведение здорового образа жизни.

Социально-демографический портрет пользователей платных медицинских услуг. В 2022 году в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, в частные или государственные медицинские организации обращались 70% респондентов (1050 человек из 1500 опрошенных). На основе анализа их ответов об опыте обращений в государственные и частные медицинские организации, а также об использовании платных медицинских услуг были выделены 6 типовых стратегий медицинской активности. Первая предполагала обращение только в частные клиники с оплатой их услуг. Вторая стратегия — использование платных медицинских услуг частных и государственных медицинских организаций. Третья была смешанной и предполагала использование бесплатных услуг в государственных, и платных услуг — в частных медицинских организациях. Четвёртая стратегия предполагала использование платных услуг государственных медицинских организаций. Пятая — использование только бесплатных медицинских услуг государственных медицинских организаций. Распределение численности респондентов, которые придерживались разных стратегий медицинской активности приведено в таблице 2.

⁷ Источник здесь и далее по тексту: данные опроса населения Вологодской области о состоянии здоровья и практиках здоровьесбережения.

Таблица 2

Стратегии медицинской активности респондентов

Стратегии медицинской активности	Частота (число респондентов)	Про- цент	Нако- пленный процент
1. Клиенты частных клиник	97	9,2	9,2
2. Пользователи платных медицинских услуг	184	17,5	26,8
3. Смешанная стратегия	125	11,9	38,7
4. Клиенты государственных медицинских учреждений	206	19,6	58,3
5. Пользователи бесплатной медицины	438	41,7	100,0
Всего...	1050	100	

Наибольший удельный вес среди клиентов частных клиник составляли проживающие в городах мужчины и женщины в возрасте от 30 до 54/59 лет, а также женщины до 29 лет, со средним уровнем дохода: 18%, 16% и 13%, соответственно. На долю сельского населения приходилось лишь 8% в составе контингента клиентов частных клиник. Лица с «высоким» и «выше среднего» уровнем дохода составляли 15% пользователей частных медицинских услуг. В данной группе были слабо представлены респонденты с «низким» и «ниже среднего» уровнем дохода. В половозрастном разрезе наибольший вклад в формирование данной группы вносили мужчины и женщины в возрасте от 30 до 59 и 54 лет, соответственно. Доля молодёжи в данной категории составила 22%, лиц старших возрастов — 24%. Доля женщин — 56%.

Похожий социально-демографический портрет сложился и для категории тех, кто пользовался платными медицинскими услугами и частных, и государственных медицинских организаций. Наибольший удельный вес среди них составили городские женщины и мужчины 30—54/59 лет со средними доходами (по 12%), а также горожанки 55 лет и старше со средними доходами (10%). В целом, доля сельского населения в этой категории респондентов была выше, чем в первой — 14%. Доля низкодоходных групп составила 36% общего контингента пользователей платных медицинских услуг. Доля женщин в данной категории составила 43%, доля молодёжи (до 29 лет) — 13%, пожилых — 39%.

Смешанную стратегию медицинской активности, в основном использовали городские женщины со средним доходом в возрасте 30—54 лет (17%), а также 55 лет и старше (10%). В этой категории респондентов доля сельского населения составила 23%, что выше по сравнению с первой и второй группами. Заметно более высокой оказалась также и доля женщин (72%). Молодёжь составила 12%, а пожилые — 37% в численности данной категории респондентов. Низкодоходные группы были представлены несколько слабее, чем во второй категории респондентов (33%).

Среди тех, кто использовал четвертую стратегию, заключающуюся в оплате услуг только в государственных медицинских учреждениях, наибольший удельный вес приходился на городских мужчин и женщин в возрасте 30—54/59 лет со средним дохо-

дом — 12% и 10%, соответственно, а также на женщин в возрасте 55 лет и старше со средними доходами (8%). Доля сельского населения в данной категории респондентов достигала 25%, представленность низкодоходной группы составляла 33%, молодёжи — 11%, пожилых — 35%. Женщины и мужчины были представлены практически в равной степени (48% и 52%, соответственно).

Наиболее распространённой стратегией среди населения региона в целом являлось обращение за бесплатными медицинскими услугами в государственные медицинские организации: этот вариант выбирали 42% опрошенных, которые обращались в медицинские организации в течение года. В составе данной категории респондентов наибольший удельный вес составляли горожанки со средними доходами в возрасте 30—54 лет (9%), а также 55 лет и старше (8%), городские мужчины 30—59 лет со средними доходами (9%). Доля сельского населения в данной категории респондентов была наиболее высокой по сравнению с остальными — 35%, как и доля пожилого населения — 40%. Доля женщин в данной категории составила 56%, доля молодёжи — 14%. Низкодоходная группа составила 28% численности данной категории опрошенных.

На выбор стратегии использования платных медицинских услуг влияет также состояние здоровья респондентов. Среди всех респондентов, имеющих хронические заболевания, только 4% пользовались платными медицинскими услугами в частных клиниках. Большинство же тех, кто имел хронические заболевания, предпочитали обращаться в государственные учреждения здравоохранения за бесплатным лечением (63%). Однако в зависимости от уровня дохода наличие хронических заболеваний по-разному влияло на стратегии использования платных медицинских услуг. В высокодоходной группе среди имеющих хронические заболевания платными медицинскими услугами пользовались 15% (причём, только в государственных учреждениях здравоохранения), а среди не имеющих таких — 32% респондентов (в том числе, 12% — в частных клиниках). Для сравнения, в группе респондентов с низким и ниже среднего уровнем дохода, имеющих хронические заболевания, платными медицинскими услугами пользовались 31% (только 1% — в частных клиниках), а среди не имеющих хронических болезней — 26% (в том числе 7% — в частных клиниках).

Сопоставление используемых респондентами стратегий медицинской активности и характеристик их поведения в отношении здоровья демонстрирует, что клиенты частных клиник заметно чаще в случае плохого самочувствия сразу обращаются в частные клиники, а не в государственные учреждения здравоохранения, среди них реже встречается практика употребления алкоголя и курение. Среди первых трёх групп респондентов, тем или иным образом использующих платные медицинские услуги частных клиник, выше доля занимающихся спортом (табл. 3). При этом доля респондентов, которые оценили своё здоровье как хорошее

Таблица 3

Доля респондентов, приверженных различным практикам в отношении здоровья, в группах с разными стратегиями медицинской активности (в % от численности соответствующих групп)

Поведенческие практики в отношении здоровья	1	2	3	4	5
В случае плохого самочувствия:					
Обращаются в частную клинику	40,2	29,9	27,2	4,4	2,7
Обращаются к терапевту по месту жительства	38,1	78,8	72,0	78,2	75,8
Занимаются спортом и физкультурой	39,2	43,5	40,8	23,3	20,5
Употребляют алкогольные напитки	41,2	59,8	64,8	55,3	56,8
Курят	16,5	23,4	26,4	24,8	26,7
В течение года обращались в медицинские организации с профилактической целью	37,1	29,9	41,6	18,4	26,7
Доля респондентов, позитивно оценивших собственное здоровье (хорошее и очень хорошее), %	61	41	40	42	31

Обозначения: 1 — клиенты частных клиник, 2 — пользователи платных медицинских услуг, 3 — смешанная стратегия, 4 — клиенты государственных медицинских учреждений, 5 — пользователи бесплатных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения.

Источник: Расчёты автора на основе данных опроса «Изучение здоровья населения и определяющих его факторов», 2022 г.

или очень хорошее, достигала 61% среди клиентов частных клиник и лишь 31% — среди тех, кто пользовался только бесплатной медициной в государственных медицинских организациях.

Обсуждение

Проведённое исследование позволило обосновать наличие территориального и имущественного неравенства в доступности платных медицинских услуг для населения. Подтверждено, что наряду с проблемами в доступности бесплатной медицинской помощи по месту проживания сельское население имеет также и ограниченные возможности в использовании платной медицины. Наиболее активными пользователями платных медицинских услуг являются жители городов со средним и высоким уровнем дохода. Однако вне зависимости от уровня дохода, большинство населения склонно обращаться за бесплатными медицинскими услугами в государственные учреждения здравоохранения. Распространённость смешанной стратегии пользования платными медицинскими услугами указывает на то, что частные клиники на сегодняшний день используются населением, преимущественно, для прохождения необходимых лабораторно-диагностических исследований, а государственные медицинские организации по-прежнему рассматриваются как основное место лечения. Установлено, что в группах населения с разными стратегиями использования платных медицинских услуг различается распространённость спортивных занятий, вредных привычек (курения, употребления алкоголя), профилактических обращений к врачу. Это свидетельствует о том, что на уровне индивидов пользование платными медицинскими услугами соотносится с их поведенческой моделью заботы о здоровье.

Полученные результаты исследования обладают ограничениями. Во-первых, несмотря на то, что

выявлена дифференциация самооценок здоровья респондентов, которые пользуются платными услугами в частных клиниках и тех, кто пользуется бесплатной медициной, это не доказывает положительное влияние платных медицинских услуг на здоровье и не может служить аргументом, объясняющим причины неравенства по здоровью. Во-вторых, полученные данные указывают на то, что стратегия использования платных медицинских услуг респондентами может зависеть также от наличия у них хронических заболеваний. В связи с этим, для уточнения вклада доступности платных медицинских услуг в формирование неравенства населения по здоровью необходимы лонгитюдные медико-социальные исследования, дизайн которых позволит отслеживать изменения состояния здоровья во времени отдельно для групп пациентов, пользующихся платными услугами частных клиник и бесплатными услугами в государственных учреждениях здравоохранения. Остаётся дискуссионным вопрос о том, действительно ли наличие хронических заболеваний стимулирует обеспеченных людей обращаться в государственные учреждения здравоохранения за бесплатными медицинскими услугами, а низкодоходные группы, напротив, — пользоваться платными услугами (но, в основном, государственных медицинских организаций, а не частных клиник). Вероятно, причины такой дифференциации поведения, будут варьировать в группах населения с разным уровнем дохода, что заслуживает детального рассмотрения.

Заключение

Анализ развития рынка платных медицинских услуг демонстрирует, что в России основными стимулами для него выступают стабильный спрос со стороны городского населения со средними и высокими доходами, а также сохраняющиеся проблемы дефицита кадров и оборудования в государственных медицинских организациях. При этом коммерциализация здравоохранения происходит также и за счёт расширения перечня медицинских услуг, предоставляемых на платной основе государственными медицинскими учреждениями. Последствия этих процессов для населения неоднозначны. Услуги частных клиник обладают рядом преимуществ по сравнению с бесплатными услугами государственных организаций: меньше время ожидания результата диагностических процедур, выше качество оборудования, меньше очереди, есть необходимые специалисты, благодаря чему они формируют альтернативный источник квалифицированной и качественной медицинской помощи. Однако эти блага доступны, в основном, для обеспеченного городского населения. Тогда как жители сельских населённых пунктов оказываются в невыгодном положении: они испытывают дефицит доступных бесплатных медицинских услуг ввиду удалённости и более низкой ресурсной и кадровой обеспеченности государственных медицинских организаций, к которым прикреплены по месту жительства, а также оказываются изолированы от рынка платных медицинских

услуг, как ввиду отсутствия частных клиник по месту проживания, так и ввиду ценовой недоступности их услуг. Процесс коммерциализации здравоохранения, в целом, не решает проблемы неравенства возможностей разных категорий населения в получении медицинской помощи. Скорее он формирует дополнительный круг этих проблем, источником которых служат изначальное неравенство доходов и территориальное неравенство в обеспеченности населения ресурсами здравоохранения.

Региональные данные подтверждают общероссийские закономерности. Проведённое в Вологодской области социологическое исследование позволило установить, что основной удельный вес среди пользователей услуг частных клиник составляют жители городов в возрасте 30—60 лет со средним уровнем доходов и только 8% — жители сельских населённых пунктов. При этом среди пользователей бесплатных медицинских услуг сельское население составляет 36%. Это позволяет подтвердить наличие в регионе территориального и доходного неравенства в доступе к платной медицине. Выявлено, что поведение в отношении своего здоровья среди респондентов, пользующихся платными и бесплатными медицинскими услугами, имеет ряд различий. Клиенты частных клиник, по сравнению с пользователями бесплатной медицины, выше оценивают собственное здоровье, среди них выше доля тех, кто занимается спортом, не курит и не употребляет алкоголь, обращается к врачу с профилактической целью. Однако в целом население вне зависимости от уровня дохода и возраста предпочитает бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Это позволяет предполагать, что в формирование неравенства в здоровье выделенных групп респондентов вносят и социально-экономические, и поведенческие факторы. Оценка их соотношения требует дополнительного углублённого изучения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Горшков М. К. Общественные неравенства как объект социологического анализа. *Социологические исследования*. 2014;363(7):20—31.
2. Бессонова О. Э. Идеология в общественном развитии России: новый ракурс. *Социологические исследования*. 2022;(1):17—29. DOI: 10.31857/S013216250017233-9.
3. Кислицына О. А. Социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья: тенденции и гипотезы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;54(2):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-1.
4. Русинова Н. Л. Социальные неравенства в здоровье: посредническая роль материальных лишений и психологических ресурсов. *Демографическое обозрение*. 2019;6(3):6—30.
5. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Возрастные различия статусных неравенств в здоровье: значение социального государства. *Социологический журнал*. 2021;(1):97—121.
6. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Медиаторы структурных неравенств в здоровье в странах Европы: социальный капитал близкого окружения и доверия людям. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2020;23(1):35—64. DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2.
7. Ростовская Т. К., Иванова А. Е., Князькова Е. А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России»). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(1):66—75. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-918-927.

8. Кислицына О. А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян. *Народонаселение*. 2007;36(2):024—037.
9. Панова Л. В., Панова А. Ю. Доступность современных медицинских технологий в России и странах Европы. *Экономическая социология*. 2020;(5):58—93. DOI: 10.17323/1726-3247-2020-5-58-93.
10. Кислицына О. А. Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018;61(3):4. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-61-3-4.
11. Козырева П. М., Смирнов А. И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности. *Гуманитарий Юга России*. 2018;7(4):33—49. DOI: 10.23683/2227—8656.2018.4.3.
12. Савельева Ж. В., Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян. *Мир России*. 2018;27(3):154—179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.
13. Баженова С. А., Андриянова А. А., Андриянова Л. С. Анализ медицинского рынка России за 2016—2018 гг.: основные экономические показатели и результаты исследований. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):817—821.
14. Панова Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*. 2019;17(2):177—190.
15. Козырева П. М., Смирнов А. И. Масштабы распространения и размеры оплаты медицинских услуг. *Социологическая наука и социальная практика*. 2018;6(3(23)):26—42. DOI: 10.19181/snsp.2018.6.3.6001.
16. Доржиева В. В. Государственная политика импортозамещения как фактор развития фармацевтической промышленности России: влияние санкций и шаги к успеху. *Вестник Института экономики Российской академии наук*. 2022;(6):68—78. DOI: 10.52180/2073—6487_2022_6_68_78.

REFERENCES

1. Gorshkov M. K. Social inequalities as an object of sociological analysis. *Socis. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2014;363(7):20—31 (in Russian).
2. Bessonova O. E. Ideology in the social development of Russia: a new perspective. *Socis. [Sotsiologicheskie issledovaniya]*. 2022;(1):17—29. (in Russian). DOI: 10.31857/S013216250017233-9.
3. Kislitsyna O. A Socio-economic inequality in health status: trends and hypotheses. *Social aspects of population health. [Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2017;54(2):1 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-1.
4. Rusinova N. L. Social inequalities in health: mediating role of material deprivation and psychological resources. *Demographic Review. [Demograficheskoye obozreniye]*. 2019;6(3):6—30 (in Russian).
5. Rusinova N. L., Safronov V. V. Age differences in status inequalities in health: the significance of the welfare state. *Sociological Journal. [Sotsiologicheskii Zhurnal]*. 2021;(1):97—121 (in Russian).
6. Rusinova N. L., Safronov V. V. Mediators of structural inequalities in health in European countries: social capital of the close environment and trust in people. *JSSA. [Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii]*. 2020;23(1):35—64 (in Russian). DOI: 10.31119/jssa.2020.23.1.2.
7. Rostovskaya T. K., Ivanova A. E., Knyazkova E. A. Practices of self-preserving behavior of Russians (results of the All-Russian sociological study «Demographic well-being of Russia»). *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy sotsial'noy gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2021;29(1):66—75 (in Russian). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-4-918-927.
8. Kislitsyna, O. A. Socio-economic determinants of the health of Russians. *Population. [Narodonaseleniye]*. 2007;36(2):024—037 (in Russian).
9. Panova L. V., Panova A. Yu. Access to Modern Medical Technologies in Russia and Europe. *Journal of Economic Sociology. [Ekonomicheskaya sotsiologiya]*. 2020;(5):58—93 (in Russian). DOI: 10.17323/1726-3247-2020-5-58-93.
10. Kislitsyna O. A. Perception of injustice of inequality in access to health care by citizens of the Russian Federation and its determinants. *Social aspects of population health. [Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya]*. 2018;61(3):4 (in Russian). DOI: 10.21045/2071-5021-2018-61-3-4.

11. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Problems Inherent to Healthcare in Rural Areas. *Humanities of the south of Russia. [Gumanitarniy Yuga Rossii]*. 2018;7(4):33—49 (in Russian). DOI: 10.23683/2227—8656.2018.4.3.
12. Savelyeva Zh. V., Mukharyamova L. M., Kuznetsova I. B. Social Justice in Healthcare in the Experiences and Judgments of Russians. *Universe of Russia. [Mir Rossii]*. 2018;27(3):154—179 (in Russian). DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.
13. Bazhenova S. A., Andriyanova A. A., Andriyanova L. S. The analysis of medical market in Russia in 2016—2018: main economic indices and research results. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine. [Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny]*. 2019;27(5):817—821 (in Russian).
14. Panova L. V. Access to Healthcare: Russia in the European Context. *Journal of Social Policy Studies. [Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki]*. 2019;17(2):177—190 (in Russian).
15. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Scale of Distribution and Amount of Remuneration for Medical Services. *The journal Sociological Science and Social Practice. [Sociologicheskaya nauka i social'naya praktika]*. 2018;6(3(23)):26—42 (in Russian). DOI: 10.19181/snsp.2018.6.3.6001.
16. Dorzhieva V. V. State policy of import substitution as a factor in the development of the pharmaceutical industry in Russia: impact of sanctions and steps to success. *The Bulletin of the Institute of Economics of the Russian Academy of Sciences. [Vestnik Instituta Ekonomiki Rossiyskoy Akademii Nauk]*. 2022;(6):68—78 (in Russian). DOI: 10.52180/2073—6487_2022_6_68_78.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 16.05.2023; одобрена после рецензирования 02.11.2023; принята к публикации 03.11.2023.
The article was submitted 16.05.2023; approved after reviewing 02.11.2023; accepted for publication 03.11.2023.