

## ГОСУДАРСТВО И ОБЩЕСТВО

---

DOI: 10.14515/monitoring.2015.6.05

### Правильная ссылка на статью:

Аймалетдинов Т. А., Моженкова Е. М. Угрозы принципам социальной справедливости в российской системе здравоохранения // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2015. № 6. С. 67—78.

### For citation:

Aimalletdinov T. A., Mozhenkova E. M. Threats to social justice in the Russian Health Service // Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes. 2015. № 6. P. 67—78.

### Т. А. Аймалетдинов, Е. М. Моженкова УГРОЗЫ ПРИНЦИПАМ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УГРОЗЫ ПРИНЦИПАМ СОЦИАЛЬНОЙ  
СПРАВЕДЛИВОСТИ В РОССИЙСКОЙ  
СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

THREATS TO SOCIAL JUSTICE IN THE  
RUSSIAN HEALTH SERVICE

*АЙМАЛЕТДИНОВ Тимур Алиевич — кандидат социологических наук, директор по исследованиям НАФИ, доцент кафедры социальной и педагогической информатики Российского государственного университета. E-mail: timoor@inbox.ru*

*AIMALETDINOV Timur Alievich — Candidate of Sociological Sciences, Director of Research, National Agency for Financial Studies. E-mail: aimaletdinov@nacfin.ru*

*МОЖЕНКОВА Елена Михайловна, студентка факультета социологии и политологии Финансового университета при Правительстве РФ. E-mail: sem-mag@mail.ru*

*MOZHENKOVA Elena Mikhailovna — student, Faculty of Sociology and Political Science, Financial University under the Government of the Russian Federation. E-mail: sem-mag@mail.ru*

**Аннотация.** Анализируются актуальные социальные проблемы в сфере медицинского обслуживания в России. Современное состояние здравоохранения рассматривается в аспектах объемов финансирования и эффективности оказываемых медицинских услуг, кадрового штата медицинских работников, общественного доверия

**Abstract.** The focus of the article is social problems that the Russian healthcare system is facing today. The current state of the health service system is considered in relation to the financing and the effectiveness of the proposed medical services, medical personnel, public trust in the health care institution, Russian views regarding their health

к институту здравоохранения, взглядов россиян на своё здоровье, а также трансформации отношений «врач—пациент». В статье отражена оценка состояния здравоохранения различными средствами массовой информации, формирующими общественное мнение; проведен мониторинг медицинских услуг и статистических материалов, на базе которых можно оценить их доступность и качество. Дана оценка отдельным государственным проектам по модернизации здравоохранения. Представлены результаты авторского исследования «Медицинские услуги: платные или бесплатные — за и против», в котором внимание уделено факторам, определяющим выбор типа медицинских услуг. Выделены принципы социальной справедливости в системе здравоохранения, а также угрозы их существованию.

**Ключевые слова:** социология медицины, здравоохранение, социальная справедливость, медицинские услуги, платная медицина, здравоохранение, самооценка здоровья, здоровый образ жизни, социальное неравенство.

as well as the transformation of the doctor-patient relationship. The article provides health system assessment by mass media shaping public opinion; the monitoring of medical services and statistical data helping to evaluate the accessibility and the quality of the services is carried out. The authors give assessment of particular government modernization projects. The results of the authors' study titled «Paid and free medical services: pro et contra» highlighting the factors that influence the choice of medical services are presented in the article. Social justice principles applied in the health system as well as threats are singled out.

**Keywords:** medical sociology, health service system, social justice, medical services, paid medicine, paid medical services, healthcare system, health self-assessment, healthy lifestyle, social inequality.

Реализация принципов социальной справедливости представляет особый интерес для анализа современного общества, в том числе в контексте функционирования здравоохранения. С одной стороны, населению требуется медицинская помощь надлежащего качества и в достаточном объеме, с другой — государство существенно урезало расходы на здравоохранение.

Состояние здоровья населения — важнейший индикатор социально-экономического развития. В октябре 2005 г. на Генеральной конференции ЮНЕСКО принята Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, согласно которой социальная справедливость подразумевает:

- укрепление и охрану здоровья граждан без ограничений по каким бы то ни было признакам или индивидуальным характеристикам;
- обеспечение универсального доступа к качественной медицинской помощи;
- обеспечение справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям;

- обеспечение профилактических мер для предотвращения заболеваний, препятствующих реализации человеком своего потенциала.

Кроме того, в декларации ЮНЕСКО представлены рекомендации государственным органам, следование которым позволяет обеспечить социальную справедливость в здравоохранении:

- признать требования социальной справедливости необходимым и специфическим компонентом всей системы здравоохранения;
- создавать структуры, разрабатывать и осуществлять программы, отвечающие потребностям всех категорий населения, нуждающихся в медицинской помощи, а также проводить мероприятия по информированию населения о своих правах и гарантиях государства по их защите;
- обеспечивать равноправный доступ к квалифицированной медицинской помощи;
- принимать меры, для того чтобы программы здравоохранения были направлены на улучшение социального положения наиболее уязвимых групп;
- обеспечить правовые, экономические, организационные и информационные условия вовлечения институтов гражданского общества в выработку и реализацию политики в области здравоохранения;
- разработать и принять закон о биомедицинских исследованиях.

Почти десять лет назад в России стартовал национальный проект «Здоровье», в основу которого заложены цели оптимизации здравоохранения: повышение доступности и качества медицинской помощи, укрепление здоровья, развитие высокотехнологичной медицинской помощи, а также ее профилактическая направленность. Анализ информации по изучаемой теме позволяет утверждать, что эти цели не реализованы. Проект подвергся серьезной критике со стороны экспертов. Основные причины этого — абстрактные цели, конъюнктурность и низкая осведомленность населения. По прошествии шести месяцев с начала действия национального проекта «Здоровье» 49 % впервые услышали о нём от интервьюеров; 9 % слышали только об отрицательных переменах от родных и знакомых, работающих в здравоохранении; 18 % — выразили уверенность, что изменений в результате реализации этого проекта не произойдет [ФОМ, 2006].

Основные цели, касающиеся улучшения здоровья населения, представлены в документе «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.». Правительство планирует достичь следующих целей в указанный период:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 73 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 11,0;
- снижение коэффициента младенческой смертности до 5,0;
- повышение удовлетворенности населения медицинской помощью до 80 %;
- увеличение доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение до 80 %.

В целом эти задачи соответствуют основным принципам модели Н. Семашко, лежавшей в основе советской системы здравоохранения — справедливость и солидарность. В данном контексте справедливость понимается как равный доступ всех граждан к медицинским услугам, а солидарность — как ситуация, ко-

гда за счет более богатых граждан обеспечивается медицинское обслуживание более бедных.

По оценкам экспертов, эти цели могут быть достигнуты только в случае увеличения государственного финансирования здравоохранения в два раза [Улумбекова, 2010: 77—82]. В 2014 г. доля расходов на здравоохранение в структуре общих расходов увеличилась с 3,76 % до 3,84 % по сравнению с 2013 г. [Open economy..., 2014]. По данным Счетной палаты РФ на 2014 г., в 17,5 тыс. населенных пунктов отсутствует медицинская инфраструктура, сроки ожидания оказания медицинской помощи превышают необходимые в 2 раза. Это происходит на фоне общего сокращения числа медицинских учреждений по стране: в 2018 г. планируется сократить число больничных организаций на 11,2 % по сравнению с 2014 г.

В 2014 г. в медицинских организациях умерло на 17,9 тыс. больных больше, чем в 2013 г. В этот же период возросло число отказов в выезде «скорой» с 1,16 млн до 1,43 млн случаев [Счетная палата Российской Федерации, 2015]. По данным опроса ФОМ, в 2014 г., 43 % респондентов считали, что в месте их проживания недостаточно машин «скорой помощи». Примерно столько же опрошенных (45 %) указали, что эти машины в недостаточной мере оснащены медицинским оборудованием [ФОМ, 2014].

Критика существующей системы здравоохранения разнопланова [Шишкин, 2013: 162—164]. В сообщениях ИТАР-ТАСС говорилось о несовершенстве реформы здравоохранения и о том, что Россия занимает 51-е место в рейтинге эффективности здравоохранения. «Независимая газета», анализируя проблемы платной медицины, подняла проблему недофинансирования и неправомерного расходования бюджетных средств (229 уголовных дел за 2013 г.).

Проблема социальной справедливости в контексте здравоохранения еще недостаточно изучена. Среди отечественных специалистов, изучающих данную тему, можно выделить Ю. В. Михайлову и А. Ю. Михайлова, в работах которых проводится сравнительный анализ здравоохранения России и Европы в условиях реформирования [Михайлова, Михайлов, 2013: 73—80]; вопросы финансирования рассматривает П. Г. Давудова [Давудова, 2004: 119—124]; проблемы кадрового обеспечения — И. М. Сон, В. И. Перхов, Т. Ч. Касаева, А. В. Белостоцкий.

Социально-экономические реформы, начавшиеся в 1990-е гг., затронули все сферы и уровни жизни страны, они существенно трансформировали и здравоохранение. Результатом преобразований стал значительный разрыв в уровне и качестве медицинского обслуживания периода СССР и после его распада, что выразилось, прежде всего, в его активной коммерциализации.

Здравоохранение СССР — одно из достижений советской власти, главным его принципом являлась общедоступность. В 1940 г. число больничных организаций составляло 8,5 тыс., в 1950 г. — 10,5 тыс., а в 1990 г. — 12,8 тыс. [Федеральная служба государственной статистики, 2015].

С 1990-х гг. наблюдается динамика противоположного характера: в 2000 г. — 10,7 тыс., а в 2013 г. — 5,9 тыс. медицинских учреждений. Возникает угроза недоступности медицинской помощи, ведь при сокращении числа государственных медицинских учреждений сегодня растет количество коммерческих. По результатам опроса ВЦИОМ (2014 г.), процент респондентов, предпочитающих коммерческую

медицину, возрос до 47 % по сравнению с 39 % в 2013 г. Наиболее распространенными профилями частного медицинского обслуживания стали стоматология, гинекология и терапия [Шишкин, 2013: 97].

Сокращается и кадровый штат медицинских работников, растёт нагрузка на оставшийся персонал, сокращается время, отпущенное на прием пациента. Согласно проекту приказа Минздрава России об утверждении типовых отраслевых норм времени, длительность первичного приема должна составлять 15 минут с учетом заполнения необходимой документации, но по результатам опроса Фонда независимого мониторинга «Здоровье», абсолютное большинство медицинских работников (61 %) считают, что прием у педиатра и терапевта должен длиться от 15 до 30 минут [Фонд «Здоровье», 2015].

Отметим, что в государственных поликлиниках прием осуществляется по предварительной записи, но в сложившихся условиях существует вероятность, что она будет переноситься на более дальние сроки. Именно отсутствие очередей входит в число причин, по которым население предпочитает обращаться в частные медицинские учреждения [ФОМ, 2014]. Кроме того, зачастую пациенты выбирают негосударственные организации вынужденно: в частных медицинских организациях лучше оборудование, там используются технологии, редко применяемые или не применяемые вовсе в государственных учреждениях [Шишкин, 2013: 98].

Похожая ситуация складывается с обеспеченностью больничными койками: с 1940 по 1990 г. их количество возрастало с 482 тыс. до 2037,6 тыс. Однако в 2013 г. оно сократилось на 22 % по сравнению с 2000 г. [Федеральная служба государственной статистики, 2013] и составило 1301,9 тыс. [Калабеков, 2014: 162]. В результате таких изменений возросла нагрузка на поликлиники, а из-за отсутствия свободных мест в больнице жизнь человека, нуждающегося в госпитализации, подвергается риску.

Другой важной проблемой является недоверие медицинским работникам со стороны населения. 27 % россиян не доверяют врачам больниц и поликлиник. По мнению 41 % россиян отечественные медики обладают низким уровнем квалификации и профессиональных знаний; 46 % отметили, что они хотя бы раз в жизни сомневались в диагнозе или лечении, назначенном врачом [ФОМ, 2014]. Что касается отношения россиян к нынешнему министру здравоохранения, В. Скворцовой, ее деятельность по шкале от 1 до 5 наши соотечественники оценивают на 2,87 [ВЦИОМ, 2015].

С каждым годом россиян становится всё меньше: в 2004 г. население РФ составляло 144,3 млн к 2013 г. эта цифра снизилась до 143,3 млн. По прогнозам, эта цифра будет только уменьшаться и к 2020 г. составит 141,7 млн а к 2030 г. — 132,8 млн [Федеральная служба государственной статистики, 2015]. Но при этом средняя продолжительность жизни возрастает, а значит Россия, как и весь мир, столкнется с проблемой демографического старения. По прогнозам экспертов, к 2050 г. доля граждан старше 65 лет в России вырастет с 13 % до 20,5 %, а расходы на пожилых граждан будут составлять 15 % ВВП. 42 % россиян назвали старение населения главной проблемой страны, 80 % считают, что через четыре десятилетия уровень жизни пожилых граждан с трудом можно будет назвать достойным [Финмаркет, 2014]. С увеличением доли граждан старше

65 лет, страна неизбежно столкнется с необходимостью развивать медицинскую инфраструктуру.

В 2014 г. Министерство здравоохранения РФ подготовило статистические материалы по социально значимым заболеваниям населения, в которых проанализированы различные группы заболеваний: туберкулез, ВИЧ, злокачественные новообразования, психические расстройства, наркология, травмы. Проведенный мониторинг показал, что с каждым годом увеличивается число людей, столкнувшихся с тем или иным недугом и нуждающихся в помощи. На примере злокачественных новообразований можно проследить эту динамику: в 1992 г. впервые выявленных пациентов с таким диагнозом было 402 899, в 2013 г. — 535 887 чел. [Статистические материалы, 2014]. Таким образом, учитывая, что государство следует курсу на сокращение медицинских учреждений и койко-мест, а нуждающихся в медицинском обслуживании становится все больше, можно говорить о кризисе отечественного здравоохранения и угрозе принципам социальной справедливости. Согласно данным Росстата, количество людей с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в 2013 г. по сравнению с 2005 г. возросло на 97 % [Федеральная служба государственной статистики, 2015].

Несмотря на то, что большая часть населения осознает личную ответственность за собственное здоровье, далеко не все россияне принимают дополнительные меры для его поддержания. Например, на вопрос о регулярности прохождения бесплатной диспансеризации в рамках ОМС положительно ответили 48 %, 41 % впервые услышали от интервьюера о возможности прохождения диспансеризации 1 раз в 3 года, 25 % — что-то слышали [ФОМ, 2014].

В ситуации экономического кризиса значительно сократились возможности обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Например, в США и Дании затраты в 2013 г. на здравоохранение составили 10 % от ВВП, в европейских странах — 6—9 %, а в России — 3 % [Гуманитарные технологии и развитие человека...; Рейтинг стран мира... , 2015]. Доказано, что между душевыми государственными затратами на здравоохранение и общим коэффициентом смертности существует обратная взаимосвязь: чем меньше государство инвестирует в сферу здравоохранения, тем выше уровень смертности [Улумбекова, 2010: 29—35].

Недостаточный уровень финансового обеспечения здравоохранения может стать предпосылкой расцвета теневого рынка, когда за «бесплатные» медицинские услуги с пациента могут требовать деньги. За последние полгода 33 % россиян были вынуждены платить за медицинские услуги или лекарства, которые полагались им бесплатно [ВЦИОМ, 2015]. Эта ситуация усугубляется готовностью россиян доплачивать за медицинскую помощь. По результатам исследования «Индекс здравоохранения-2014», проведенного ВЦИОМ совместно с НИУ ВШЭ по заказу «Опоры России», доля пациентов, согласных платить больше за более качественные медицинские услуги в 2014 г. по сравнению с 2013 г. возросла с 20 % до 31 % [Взгляд...]. По оценке MD Medical Group, в 2013 г. объем «серого» рынка платных медицинских услуг составил 109 млн руб., что соответствует 9 % всего рынка [РБК, 2014]. Звучит парадоксально, но в таких условиях единственно приемлемым способом восстановления социальной справедливости остается



сокращение объема бесплатных медицинских услуг, которые может гарантировать государство [Ковалев, 2005: 58—67].

Сегодня возникает новая модель взаимоотношений медицинского работника и пациента, когда первый рассматривает последнего как источник дохода, разрушая основные принципы медицинской этики и социальной справедливости. Эта проблема остросоциальна, поскольку пропасть между богатыми и бедными существенно расширяется. Можно предположить, что наиболее обеспеченные отдадут предпочтение платной медицине, а бедные — бесплатной, что подтверждается результатами анализа структуры пациентов частных медучреждений: 82% посетителей частных поликлиник входят в категорию людей со средним и высоким доходом [ВЦИОМ, 2014].

Введение квот на возможность получения дорогостоящей медицинской помощи порождает проблемы и барьеры для пациента: 1) порядок получения квоты — длительный процесс; 2) средства, которые государство выделяет на квотируемого больного, зачастую не покрывают всех расходов на лечение, а получить квоту удается далеко не всем [СПС «Консультант-Плюс»]. При таких обстоятельствах люди, нуждающиеся в срочной медицинской помощи, зачастую вынуждены обращаться к платной медицине, чтобы сохранить жизнь.

Несостоятельность системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) также является серьезной проблемой. Она реализуется с 2005 г. и нацелена на то, чтобы обеспечить отдельные категории граждан-льготников необходимыми лекарственными средствами за счет средств федерального бюджета. Однако, по данным исследования К. Е. Новицкой, 74% не удовлетворены качеством и объемом фармацевтической помощи в рамках ДЛО. Необходимые медикаменты отсутствуют в аптеках (94% респондентов отметили, что не имеют в шаговой доступности аптек, обслуживающих население по льготным рецептам). Несмотря на заявление нынешнего министра здравоохранения, В. Скворцовой, о том, что Россия занимает первое место в мире по транспортной доступности аптек, некоторые виды медикаментов до сих пор сложно найти. Например, по данным заместителя руководителя Росздравнадзора, только 5% российских аптек имеют право работать с наркотическими анальгетиками [МедНовости, 2015].

По оценке экспертов КPMG, к 2017 г. доля суммарных расходов россиян на здравоохранение от совокупного располагаемого дохода увеличится до 5,4% по сравнению с 4,3% в 2013 г. [КPMG]. Ситуацию осложняет падение уровня реального дохода населения (впервые за последние 15 лет), происходящее на фоне пика занятости и минимума безработицы. Основные причины — высокая инфляция и низкий абсолютный рост заработной платы [Доходы и расходы населения..., 2015].

Существует возможность отказаться от ДЛО, однако при выходе из этой системы, денежная компенсация не покрывает расходы на медикаменты [Новицкая, 2009: 59—69]. На момент начала действия программы ДЛО в 2005 г. она была рассчитана на помощь 14,7 млн льготников, однако уже к концу года 46% из них отказались от получения лекарств. К концу 2007 г. список льготников состоял из 5,5 млн человек. В том же году разница в количестве заявок на медицинские препараты и реальной выписки варьировала от 20% до 40% в зависимости от региона. Одна из причин — дорогостоящие лекарственные средства шли на продажу.

По сообщениям пресс-службы Росздравнадзора, на начало февраля этого года была отсрочена выдача почти 8 тыс. рецептов, что на 20 % больше по сравнению с предыдущим годом [МедНовости, 2015].

Отдельная проблема — угроза национальной безопасности. В ежегодном докладе ООН сообщалось, что Россия занимает второе место в мире по количеству мигрантов: в 2013 г. — 11 млн чел. [РБК. Рейтинг, 2013]. С одной стороны, сегодня в России не существует государственной службы, которая вела бы учет заболеваемости мигрантов, которые могут стать источником распространения серьезных заболеваний. Например, в 2009 г. среди них выявлено 918 ВИЧ-инфицированных. Среди россиян заболеваемость сифилисом оценивается как 30—35 случаев на 100 тыс. населения, среди мигрантов — 150 [Общественная палата, 2014]. Есть категории граждан, чьи интересы ущемляются особенно жестко — трудовые мигранты, люди с низкими доходами, — они вынуждены во многом себе отказывать из-за нехватки средств. Только 15 % работодателей предоставляют работникам социальный пакет [Ивахненко, 2013: 48—51]. Среди тех, в чьих фирмах присутствует медицинское обеспечение, 41 % опрошенных скорее не удовлетворены предоставляемыми услугами [ВЦИОМ, 2015].

Стремительные темпы коммерциализации здравоохранения привели к тому, что большинство россиян не могут себе позволить оплатить хорошее медицинское обслуживание. По данным Левада-центра, лишь 2 % убеждены, что возможность получить в случае необходимости хорошее медицинское обслуживание не является для них проблемой, а 70 % — сомневаются в этой возможности. Частные расходы на медицинские услуги в России выше, чем в развитых странах [Улумбекова, 2010: 36]. Граждане готовы бороться за свои права, в ноябре 2014 г. против реформы здравоохранения на демонстрацию вышли порядка 1500 человек.

Региональное неравенство также является серьезной угрозой: в российской глубинке остаётся неразрешенной проблема обеспеченности медицинскими кадрами; жители сельской местности вынуждены совершать дальние поездки в города и обращаться в медицинские учреждения там. По словам министра здравоохранения В. Скворцовой, «в городе получают помощь около 63 % сельских жителей» [Министерство здравоохранения..., 2015]. По данным Минздрава, обеспеченность высококвалифицированными медицинскими кадрами в сельской местности в 3,4 раза меньше, чем в городах, а медработниками среднего звена — в 1,7 раза. Эта ситуация угрожает потерей жизни, так как упускается время, потраченное на дорогу к врачу; в отдельных случаях люди вынуждены отказываться от обращения к медикам по причине с отсутствием средств или времени на дальний визит.

По мнению депутата Государственной думы Р. Натхо, программа по привлечению медицинских работников в сёла «Земский доктор», стартовавшая в 2011 г., находится под угрозой срыва. Депутат приводит данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования, согласно которым по заявкам было профинансировано всего лишь 40 % от заявленного объема [ТАСС, 2014].

Еще одна инициатива Министерства здравоохранения — применение телемедицинских технологий. Поскольку в России существует более 83 тыс. населенных пунктов, в которых проживает менее 100 человек, невозможно повсеместно обеспечить качественное медицинское обслуживание. Поэтому Минздрав подго-



товил приказ, согласно которому в таких населенных пунктах планируется создать телекоммуникации, позволяющие с помощью диспетчерской службы или через Интернет помочь в лечении и профилактике заболеваний, оказании само- и взаимопомощи, эвакуации заболевших [Министерство здравоохранения..., 2015].

Ещё одна проблема (которую сами врачи называют «фармагеддон») заключается в том, что основной целью фарминдустрии становится не лечение, а обеспечение прибыли. Большинство лекарств, представленных на рынке, совершенно не нужны: по оценкам экспертов, количество действенных медикаментов не превышает 1%. Зачастую в СМИ пропагандируют несуществующие болезни, чтобы стимулировать спрос. Другая проблема — фобия болезней, результатом которой являются случаи гиперкоррекции — хирургическое вмешательство в здоровое тело [Open economy..., 2015].

Анализ угроз существованию принципов социальной справедливости позволил структурировать их по характеру последствий, которые они могут повлечь для общества. Можно выделить экономические, социальные, демографические и культурные последствия.

Для того, чтобы изучить проблемы отечественного здравоохранения и оценить угрозы принципам социальной справедливости в российском обществе, проведено исследование «Медицинские услуги: платные или бесплатные — за и против» (N = 800, Москва, 2015).

Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: большинство опрошенных (68%) отдают предпочтение как платным, так и бесплатным медицинским услугам в зависимости от жизненных обстоятельств (рис. 1).



Рисунок 1. Распределение ответов респондентов на вопрос: «К какому типу медицинских услуг Вы обычно обращаетесь?», в % от всех опрошенных

Тем, кто выбрал вариант ответа «обращаюсь к платным и бесплатным медицинским услугам в зависимости от обстоятельств», было предложено отметить вид необходимой помощи, который они предпочитают в зависимости от типа медицинских услуг. Анализ ответов выявил следующее: 85% при необходимости предпочитают получать платные медицинские услуги стоматологической помощи, 79% — по гине-

кологии (урологии). Абсолютное большинство отдадут предпочтение платным услугам при онкологических заболеваниях (89 %) и в пластической косметологии (95 %).

Бесплатный тип медицинских услуг, по оценкам респондентов, предпочтителен при дерматологических заболеваниях (50 %), кардиологических (52 %), в педиатрии (87 %) и неврологии (91 %). За бесплатную госпитализацию высказались 97 %. Респонденты допускают и платные, и бесплатные медицинские услуги при сдаче анализов (53 %), проведении УЗИ, МРТ и иной диагностике (63 %).

Ответы, полученные на вопрос анкеты: «Что в большей степени влияет на выбор Вами типа медицинских услуг?», позволяют сделать вывод, что мотив выбора платных услуг обусловлен серьезностью заболевания и «необходимостью получить определенный вид медицинской помощи» (86 %). Платную медицину как более надежную и качественную оценили 57 %. Выбор бесплатных медицинских услуг обусловлен финансовыми возможностями и доступностью (варианты ответов: «качество», «ответственность врачей», «соблюдение интересов пациента», «квалификация врачей», «доброжелательное отношение медперсонала», «современное оборудование», «серьезность заболевания», — были проигнорированы респондентами).

В ходе авторского исследования зафиксировано различное понимание уровней ответственности за здоровье в зависимости от типа предпочитаемых медицинских услуг (рис. 2). Индивидуальный уровень ответственности характерен для пользующихся платными медицинскими услугами (71 %). Среди отдающих предпочтение бесплатным услугам в любой ситуации, более половины (56 %) убеждены, что ответственность за здоровье людей — это в первую очередь забота государства. Для тех, кто обращается и к платным, и к бесплатным медицинским услугам, характерен индивидуальный уровень ответственности (85 % в данной категории).



Рисунок 2. Понимание уровней ответственности за состояние своего здоровья у пациентов в зависимости от предпочитаемых ими видов медицинских услуг

Приведенный в статье анализ показал: несмотря на разработанный комплекс мер по реализации социальных гарантий, существует ряд угроз существованию принципов социальной справедливости в системе здравоохранения, требующих особого внимания и носящих остросоциальный характер. К ним относятся: снижение социальной ответственности государства за здоровье граждан, коррупция в сфере здравоохранения, трансформация отношений «врач — пациент», региональное неравенство в доступности медицинского обслуживания, связь низкого уровня здоровья и бедности, социальная напряженность как реакция на нарушение принципов социальной справедливости в здравоохранении, ущемление интересов уязвимых групп населения в контексте медицинского обслуживания, снижение доступности и качества медицинского обслуживания в целом, растущая коммерциализация сферы здравоохранения и, как следствие, рост заболеваемости и снижение продолжительности жизни населения. Российское здравоохранение сегодня нуждается в дополнительной трансформации на уровне государства для обеспечения здоровой и достойной жизни каждого россиянина.

### Список литературы

*Взгляд на перспективы* развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2015—2017 гг. KPMG, 2015. URL: [https://www.kpmg.com/RU/ru/industry/Healthcare\\_and\\_Pharmaceuticals/Documents/Healthcare%20perspectives%20rus.pdf](https://www.kpmg.com/RU/ru/industry/Healthcare_and_Pharmaceuticals/Documents/Healthcare%20perspectives%20rus.pdf) (дата обращения: 16.09.2015).

ВЦИОМ: база данных [Электронный ресурс]. URL: <http://wciom.ru/database/> (дата обращения: 17.08.2015).

*Гуманитарные технологии* и развитие человека : экспертно-аналитический портал [Электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Давудова П. Г. Финансирование системы здравоохранения : Россия и зарубежный опыт // Вопросы структуризации экономики. 2004. № 3 (4). С. 119—124.

*Доходы и расходы населения*: январь 2014 — январь 2015 [Электронный ресурс]. URL: [https://www.hse.ru/data/2015/02/24/1090750297/IncomesAndExpenditures\\_2015\\_1sz.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/02/24/1090750297/IncomesAndExpenditures_2015_1sz.pdf) (дата обращения 04.08.2015).

Ивахненко Г. А. Здоровье трудовых мигрантов в России // Социология медицины. 2013. № 2. С. 48—51.

Калабеков И. Г. СССР и страны мира в цифрах : справочное издание. М., 2014.

Ковалев С. Ю., Блам И. Ю., Зайцева И. Н. Реформа системы здравоохранения в России: социальные последствия коммерциализации // Регион: экономика и социология. 2005. № 3. С. 58—67.

МедНовости [Электронный ресурс]. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/> (дата обращения: 17.08.2015).

Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Михайлова Ю. В., Михайлов А. Ю. Здоровье и здравоохранение в условиях социально-экономических реформ : Россия и Европа // Вестник российского университета дружбы народов. 2013. № 5. С. 73—80. (Серия: Экономика).

Новиков А. В., Моженкова Е. М. Платная специфика оказания медицинских услуг в России // Проблемы развития общества в условиях неопределенности: экономические, социальные и управленческие аспекты : сб. науч. ст. по итогам Международной научно-практической конференции в г. Волгограде 24—25 ноября 2014 г. / под ред. И. Е. Бельских, В. Н. Гуляихина, А. Ф. Московцева. Волгоград : Волгоградское научное издательство, 2014.

Общественная палата Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oprf.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

РБК [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rbc.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение [Электронный ресурс]. URL: <http://russiancouncil.ru/spec/stat/> (дата обращения: 17.08.2015).

Социальная справедливость в здравоохранении : биоэтика и права человека // Знание. Понимание. Умение. 2006. № 2. С. 128—135.

СПС «Консультант-Плюс» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Счетная палата Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: <http://audit.gov.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

ТАСС [Электронный ресурс]. URL: <http://tass.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Финмаркет [Электронный ресурс]. URL: <http://www.finmarket.ru/main/> (дата обращения: 17.08.2015).

ФОМ [Электронный ресурс]. URL: <http://fom.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Фонд «Здоровье» [Электронный ресурс]. URL: <http://fondzdorovie.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).

Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. Частный сектор здравоохранения в России : состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94—112.

Open economy : экспертный сайт ВШЭ [Электронный ресурс]. URL: <http://www.opec.ru/> (дата обращения: 17.08.2015).