

ИССЛЕДОВАНИЯ  
RESEARCHES

УДК 316.43, 614.2

DOI: 10.18413/2408-932X-2018-4-3-0-1

Калашников К. Н.

«ВЕКТОР ДОСТУПНОСТИ» МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:  
КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА ИЗМЕРЕНИЙ

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Вологодский научный центр Российской академии наук,  
ул. Горького, д. 56а, г. Вологда, 160014, Россия; *konstantino-84@mail.ru*

**Аннотация.** В статье предлагается теоретическая модель оценки доступности медицинских услуг, опирающаяся на особенности институционального контекста современного российского здравоохранения. Существенным признаком отношений между потребителями и поставщиками медицинских услуг в России является, по мнению автора, практика разделения затрат без четкой регламентации ее границ. Потребитель медицинских услуг находится в поиске разумного баланса между двумя альтернативами – низкой организационной и пространственной доступностью помощи, оказываемой в государственных учреждениях, и высокой стоимостью услуг, предоставляемых платно. В качестве альтернативы дискретной или, напротив, слишком укрупненной, оценки доступности медицинской помощи на основе пространственно-временного, организационного и прочих критериев, автор предлагает измерять доступность медицинских услуг в двумерном поле оценок, ограниченном критериальными шкалами «цена» и «дистанция». В статье на основе данных социологического опроса населения показаны различные варианты соотношения этих составляющих доступности, включая примеры слияния и дихотомии, которые определяются рядом социально-экономических факторов, среди которых – пол, возраст, уровень доходов, состояние здоровья. Автор приходит к выводу, что наибольшей проблемой доступности медицинской помощи в России является не столько коммерциализация здравоохранения, сколько недостаточное развитие механизмов нивелирования информационной асимметрии между поставщиком и потребителем услуг, а также отсутствие системы разделения ответственности между агентами общественного и частного секторов.

**Ключевые слова:** «вектор доступности»; медицинская помощь; здравоохранение; оплата медицинских услуг; социологический опрос

K. N. Kalashnikov

"VECTOR" OF MEDICAL CARE AVAILABILITY:  
CONCEPTUALIZATION AND MEASUREMENTS

Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation,  
56a Gorky St., Vologda, 160014, Russia; *konstantino-84@mail.ru*

**Abstract.** The author substantiates the original theoretical model for assessing the availability of medical services. This model is based on the specifics of the institutional context of modern Russian health care. A significant sign of relations between

consumers and providers of medical services in Russia is the division of costs without clear regulation of its borders. The consumer of health services is in search of a reasonable balance between the two alternatives. On the one hand, the low organizational and spatial availability of medical care in public institutions and, on the other hand, the high cost of services in the commercial sector. The author offers a method of measuring the availability of medical services in a two-dimensional field of assessments, which is limited to two criterion scales – "price" and "distance". The article, based on the data of the sociological survey of the population, shows various variants of the ratio of these components of accessibility, including examples of fusion and dichotomy, which are determined by a number of socio-economic factors, including gender, age, income level, health status. The author concludes that the main problem of access to health care in Russia is the lack of development of mechanisms for leveling the information asymmetry between the supplier and the consumer of services, as well as the lack of a system of responsibility sharing between the public and private sectors of health care.

**Keywords:** "vector of accessibility"; medical care; healthcare; payment for medical services; sociological survey.

### Введение

Проблема доступности социальных услуг остро стоит в современной России. Здравоохранение как отрасль социальной сферы не просто не является исключением, но и демонстрирует пример того, как упущения государственных органов власти и медицинских служб оборачиваются для граждан сиюминутными драматичными последствиями. Это связано и с активным (и небесспорным по своим средствам и достигаемым результатам) реформированием здравоохранения и с устойчивой тенденцией коммерциализации медицинских услуг [3, с. 43]. В этой связи актуальными в научном и практическом приложениях становятся исследования, посвященные теоретическому обоснованию критериев доступности медицинской помощи и медицинских услуг, а также разработке инструментария для ее измерения. Предлагаемые критерии оценки должны удовлетворять требованиям функциональности (иными словами, поддаваться количественной оценке и анализу) и достоверности (должны отражать реальную ситуацию, складывающуюся в отрасли и в обществе в целом).

Медицинские услуги имеют индивидуальный характер, оказываются лишь при прямом взаимодействии врача и пациента,

а потому их производитель и потребитель должны напрямую контактировать<sup>1</sup>. Кроме того, медицинские услуги не могут быть аккумулированы и/или депонированы на некоторый период времени и предоставляются по принципу «здесь и сейчас» [9, с. 15]. Отсюда – широкое распространение в оценке доступности медицинских услуг пространственно-временного критерия. Традиционно радиус обслуживания или доступности услуг понимается как расстояние, отделяющее потенциального получателя услуги от его поставщика, и измеряется временем, которое ему потребуется для преодоления пути из пункта «А» в пункт назначения «В». Так, параметры доступности медицинской помощи, выраженные во времени пешей доступности или с учетом работы общественного транспорта, регламентированы в требованиях

<sup>1</sup> Различия между понятиями «медицинская помощь» и «медицинская услуга» интересно описаны в заметке Ю.М. Комарова «Что оказывают медицинские учреждения: медицинскую помощь или медицинские услуги?» (URL: <http://viperson.ru/articles/yuriy-komarov-cto-okazyvayut-meditsinskie-uchrezhdeniya-meditsinskuyu-pomosch-ili-meditsinskie-uslugi>). Однако автор всё же считает, что в контексте данной статьи в ряде случаев они могут использоваться как синонимичные.

к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения (приказ № 132н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2016 г.). Например, организации, оказывающие медицинскую помощь в экстренной форме (за исключением станций скорой медицинской помощи и ряда других), размещаются с учетом транспортной доступности в 60 минут, оказывающие медицинскую помощь в неотложной форме – в 120 минут и т.д.<sup>2</sup>

Однако данный подход весьма узок и не охватывает всю глубину взаимодействия между двумя участниками транзакции. В действительности доступность медицинской услуги определяется не только тем, насколько быстро пациент может добраться до медицинского учреждения, но и такими сопутствующими обстоятельствами, как срок ожидания плановой операции, возможность заранее спланировать свое посещение врача или осуществить его в удобное время, а также необходимость оплачивать лечение. Нередко выделяются три аспекта доступности: географическая доступность, своевременность получения услуг и доступность с позиций организации процесса [7, с. 231]. При этом неправомерно говорить о доступности услуг в целом, следует подходить к ее измерению и трактовке полученных оценок дифференцированно для разных категорий населения, видов медицинской помощи и пр. [1, с. 129]. В качестве альтернативы понятию «радиус доступности» мы предлагаем концепт «вектор доступности», который частично восполняет недостатки первого. Во-первых, «вектор доступности» позволяет принимать во внимание не только пространственно-временной аспект досягаемости врача или организации, но и такие

важные переменные доступности, как распространенность очередей, дефицит врачей, а также коммерциализацию здравоохранения. Во-вторых, он позволяет проанализировать диалектику двух важнейших элементов доступности – «дистанции» и «цены». Платные медицинские услуги мы рассматриваем как альтернативу бесплатной медицинской помощи «по месту жительства» или то, что американский экономист А.О. Хиршман назвал «выходом» («Exit») [4, с. 117]. Человек, которого не устраивает доступность или качество социальных услуг в одной организации, может обратиться в другую. Поскольку в рамках государственной системы здравоохранения в России практически отсутствует конкуренция, опция «выход» может быть реализована только в направлении коммерческого сектора. Вместе с тем платная медицинская помощь, являясь более доступной по ряду критериев организационного процесса, всё же сама ограничено доступна по причине своей высокой стоимости. Поэтому разумно рассматривать бесплатную и платную медицинскую помощь в качестве взаимно конкурирующих вариантов. Субъект, принимающий решение о получении той или иной социальной услуги, действует как индивид, стремящийся к максимальной полезности, взвешивающий аргументы «за» и «против» и выбирающий оптимальный вариант. Чаще всего человек стоит перед дилеммой «терпеть или платить». Например, зная, что консультацию врача он может получить не только в государственной организации, находящейся в другом районе города (аспект доступности – пространственная удаленность), но и в коммерческой клинике ближе к его дому, он, вероятно, предпочтет второй вариант. Необходимость оплачивать услуги является фактором, отдаляющим от него искомую услугу (вектор удлиняется). Однако он взвешивает оба фактора и принимает оптимальное, на его взгляд, решение. Выбор зависит от многих условий, включая качество медицинской помощи в обеих организациях, половозрастные, имущественные и прочие

<sup>2</sup> Указанные параметры могут обоснованно корректироваться с учетом транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей субъектов Российской Федерации.

характеристики, состояние здоровья, привычки и опыт индивидуума, а также традиции, принятые в данном сообществе. Исследование опиралось на два ключевых тезиса (Т). Т 1: доступность медицинской помощи следует интерпретировать в контексте двумерного поля оценок, ограниченного критериальными шкалами платности и пространственно-временной «удаленности» услуг. Т 2: половозрастные и социальные группы различаются не только уровнем доступности медицинской помощи в целом, но и соотношением двух базовых параметров доступности – «цена» и «дистанция».

Напомним, что необходимость платить за медицинские услуги из личных средств граждан представляет собой сложную проблему во всем мире, остро стоящую и в социально-политической, и экономической плоскостях. Так, Р. Робинсон, ссылаясь на немецкий опыт, утверждает, что поддержка практики сборов с пользователей может усиливаться и ослабевать «в такт» политическим процессам. На этом уровне идеологические аргументы могут решать всё, особенно если убедительные эмпирические данные отсутствуют [6, с. 70]. Между тем эксперты Всемирного банка отмечают, что медицинские услуги являются частными благами, а потому расходы граждан на медицинскую помощь никак не противоречат принципам соци-

ального государства [8, с. 34]. Понимая, что вопрос о масштабах и механизмах участия граждан в оплате медицинской помощи остается дискуссионным, мы намеренно оставляем его развитие за рамками данной статьи. В контексте поставленных задач и сформулированных гипотез исследования важнее опираться на объективно существующие институциональные условия оказания жителям страны медицинской помощи, которые демонстрируют широкое участие населения в оплате медицинских услуг [2, с. 74].

#### Материалы и методы

В качестве информационной базы привлечены результаты социологического опроса, проведенного Вологодским научным центром РАН (ранее Институт социально-экономического развития территорий (ИСЭРТ) РАН) в 2014–2017 гг. на территории Вологодской области, включая города Вологду и Череповец и восемь муниципальных районов. Репрезентативность выборки обеспечена квотированием по полу и возрасту, равномерным размещением единиц наблюдения, представительным объемом – 1500 человек в возрасте 18 лет и старше. Ошибка выборки не превышает 3 %. Вопросы респондентам задавались с опорой на имеющийся у них личный опыт, а не на отвлеченную оценку ситуации (табл. 1).

Таблица 1. Формулировки вопросов по основным компонентам доступности медицинской помощи

Table 1. Question wording on the main components of accessibility medical care

Аспект / Aspect	Формулировки вопросов в анкете / The wording of questions in the questionnaire
Организационно-коммуникационный компонент доступности / Organizational and communication component of accessibility	а. Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться с негативными явлениями в деятельности медицинских учреждений (очереди; невозможность попасть на прием в удобное время; плохая организация работы регистратур; опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников; недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний; отсутствие нужных специалистов, невнимательное отношение

Аспект / Aspect	Формулировки вопросов в анкете / The wording of questions in the questionnaire
	медработников; хамство, неуважительное отношение медработников)?
	b. Имеете ли Вы возможность записаться к нужному медицинскому специалисту через сеть Интернет?
	с. Знаете ли Вы о том, что запись на прием к врачу можно осуществить с помощью электронных устройств (инфоматов), а также через сеть Интернет?
	d. Записываетесь ли Вы на прием к врачу через сеть Интернет?
Территориальная доступность / Territorial availability	e. Сколько времени обычно уходит на дорогу до ближайшего врача/фельдшера поликлиники?
	f. Как работает общественный транспорт, которым Вы пользуетесь?
Доступность бесплатной медицинской помощи / Access to free medical care	g. Приходилось ли Вам расходовать средства на лечение в медицинском учреждении в текущем году?

В основе методологии исследования лежит понятие вектора доступности медицинской помощи, отражающего доступность социальных услуг не как одномерную категорию, а как интегральную характеристику. В статье представлены результаты оценки как отдельных элементов доступности (представлены ниже в таблицах), так и двух базовых категорий доступности – «дистанция» и «цена» (представлены на графиках). Порядок расчета индекса «вектор доступности» следующий. Параметр «цена» измеряется как доля ответов респондентов, оплачивавших медицинские услуги и помощь в текущем году, пересчитанная в индекс делением на 100 (на основе вопроса g в табл. 1), параметр «дистанция» – как среднеарифметическое

от удельных весов (также с пересчетом в индекс) ответов респондентов о фактах ограничения пространственно-временной и организационной доступности медицинских услуг (вопросы a, b, c, d, e и f из табл. 1), с которыми они сталкивались. Например, если среди жителей сельской местности 22,2 % признаются, что оплачивали медицинскую помощь, то вектор доступности бесплатной медицинской помощи составит 0,222. Для расчета составных индексов используется среднее арифметическое от значений удельных весов всех ответов на вопросы. Например, в табл. 2 представлены составляющие вектора доступности по информационно-коммуникационному компоненту и его значение в целом в разрезе «город – село».

Таблица 2. Распространенность негативных практик в деятельности государственных медицинских организаций (по оценкам респондентов)

Table 2. Prevalence of negative practices in activities of public medical organizations (according to respondents)

Негативные явления в деятельности медицинских учреждений / Negative phenomena in the activities of medical institutions	Город / City	Село / Village
Очереди	0,815	0,772
Невозможность попасть на прием в удобное время	0,756	0,724
Хамство, неуважительное отношение мед. работников к пациентам	0,363	0,412
Плохая организация работы регистратур	0,430	0,478
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	0,387	0,468

Негативные явления в деятельности медицинских учреждений / Negative phenomena in the activities of medical institutions	Город / City	Село / Village
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	0,470	0,476
Отсутствие нужных специалистов	0,636	0,563
Невнимательное отношение медработников	0,397	0,440
<i>Вектор доступности по организационному компоненту (среднеарифметическое)</i>	<i>0,518</i>	<i>0,529</i>

В случае, если речь идет о возможностях использования сети Интернет или о качестве работы транспорта, используются доли ответов, данных в негативном ключе. В расчет берутся только ответы респондентов, которые в указанный период обращались за медицинской помощью. Индексы рассчитываются следующим образом:

$$V_a = \frac{a+b+c+d+e+f}{600},$$

где  $V_a$  – вектор доступности по дистанции;  $a$  – доля респондентов, столкнувшихся в течение последнего года с негативными явлениями в деятельности медицинских учреждений;  $b$  – доля респондентов, не имеющих возможности записаться к нужному медицинскому специалисту через сеть Интернет;  $c$  – доля респондентов, не знающих, что запись на прием к врачу можно осуществить с помощью электронных устройств (инфоматов), а также через сеть Интернет;  $d$  – доля респондентов, которые не записываются на прием к врачу через сеть Интернет;  $e$  – доля респондентов, которые тратят на дорогу до ближайшего врача/фельдшера поликлиники более двух часов;  $f$  – доля респондентов, которые низко оценивают качество работы общественного транспорта в месте их проживания.

$$V_p = \frac{g}{100},$$

где  $V_p$  – вектор доступности по цене;  $g$  – доля респондентов, которые расходовали средства на лечение в медицинском

учреждении в текущем году.

Чем большее значение имеет «модуль вектора», тем более отдалена от субъекта искомая медицинская помощь и, соответственно, тем более неблагоприятна ситуация с доступностью. Вместе с тем вектор доступности рассматривается не только как индекс, объединяющий два базовых компонента доступности, а именно доступность с точки зрения территориально-транспортной досягаемости, организации процесса поставки медицинских услуг (критерий «дистанция») и доступность бесплатной медицинской помощи (критерий «цена»). Основной задачей статьи является анализ диалектики этих компонентов и построение вектора доступности в двумерном поле оценок (далее в статье эти соотношения изображены на графиках). Гипотетически между параметрами «цена» и «дистанция» существует обратная связь: бесплатность медицинской помощи, как правило, сопряжена с трудностями и ограничениями пространственно-временной и организационной доступности, тогда как оплата медицинской помощи решает ряд этих проблем. Если эта связь найдет эмпирическое основание, отдельные категории населения, территорий и видов медицинской помощи на графике «цена – дистанция» будет правильнее изображать не точками, а кривыми. На рис. 1 изображены две кривые доступности медицинской помощи, которые соответствуют гипотетическим ситуациям, отличающимся как уровнем затрат, так и удаленностью поставщика.

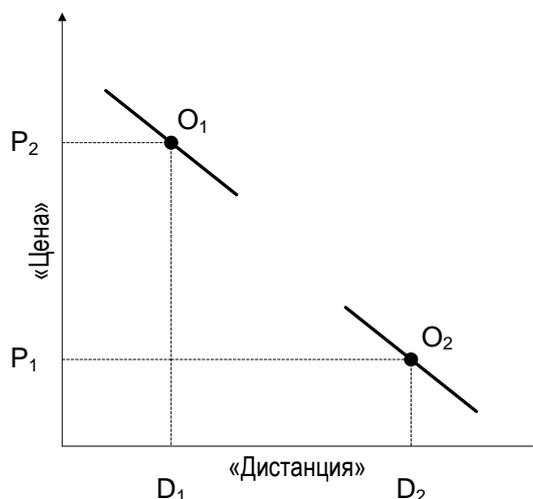


Рис. 1. Кривые доступности медицинской помощи в двумерном поле «цена – дистанция» для двух гипотетических случаев

Fig. 1. Curves of availability of medical care in the two-dimensional field "price-distance" for two hypothetical cases

Верхняя кривая отражает ситуацию, когда лимитирующим фактором выступает стоимость услуг при умеренной дистанции между их потребителем и поставщиком. Как пример – оказание платной медицинской помощи в коммерческой клинике. Нижняя кривая, напротив, соответствует тем условиям, когда пациент при низкой стоимости медицинской помощи вынужден мириться с ее ограниченной «досягаемостью». В качестве примера можно привести получение плановой больничной медицинской помощи, которая, будучи преимущественно бесплатной, требует выполнения целого ряда предварительных бюрократических процедур. Разумеется, возможны и другие варианты соотношений параметров «цена» и «дистанция». Например, скорая медицинская помощь характеризуется высокой доступностью по обоим шкалам, поскольку для ее получения достаточно сделать один телефонный звонок. Максимальную удаленность от получателя как в «дистанции», так и в «цене», вероятно, будет иметь высокотехнологичная медицинская помощь вне программы госгарантий, особенно получаемая в клинике федерального уровня в столице или за рубежом. Однако эти примеры представляют собой исключения. В большинстве случаев соотношение двух

указанных переменных гораздо более неопределенно. Каждая кривая на рис. 1 отражает характерные для конкретного объекта оценки диапазоны значений по обоим шкалам, а центральные точки  $O_1$  и  $O_2$  соответствуют оптимуму, когда соотношение «цены» и «дистанции» достигает состояния равновесия. Выявление этих диапазонов и точек баланса важно как в научном, так и в прикладном отношении, однако требует привлечения информации обо всех альтернативных фактах транзакций между пациентом и медицинской организацией, причем применительно к конкретному примеру заболевания. Мы видим, что такая задача утопична.

Поскольку теоретически факторами доступности медицинской помощи являются возраст, уровень доходов человека и пр., имеет смысл проверить эту гипотезу, исключив указанные параметры из сферы оценки, а затем попытаться верифицировать связь вектора доступности с ними. На данный момент мы можем ограничиться лишь выявлением межгрупповых различий (прежде всего, по месту проживания, гендерной принадлежности, возрасту и состоянию здоровья) в соотношении параметров «цена» и «дистанция» на основе укруп-

ненных данных социологического опроса населения.

### Результаты

Измерение «вектора доступности» обнаруживает гендерные различия. Соответствующий индекс принимает большие значения для женщин, чем для мужчин

(0,360 против 0,310), однако при ближайшем рассмотрении удается рассмотреть один аспект, по которому гендерное различие несостоятельно, а именно – доступность интернет-технологий как инструмента коммуникации с медицинскими организациями (табл. 3).

Таблица 3. «Вектор доступности» медицинской помощи по гендерным и возрастным группам

Table 3. "Accessibility vector" of health care by gender and age groups

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по полу и возрасту / Categories of respondents by sex and age				
	Мужчины / Men	Женщины / Women	Молодежь (до 30 лет) / Youth	Средний возраст (от 30 до 60(55) лет) / Average age	Пенсионный возраст (старше 60(55) лет) / Retirement age
Вектор доступности по организационному компоненту (рассчитан на основе вопроса а) / Accessibility vector by organizational component (calculated on the basis of question a)	0,474	0,557	0,537	0,501	0,540
Вектор доступности по информационно-коммуникационному компоненту доступности (вопросы b, c, d) / Availability vector on the information and communication component of accessibility (questions b, c, d)	0,619	0,556	0,447	0,555	0,737
Вектор доступности первичной помощи (вопрос е) / Accessibility vector of primary care (question e)	0,132	0,150	0,091	0,134	0,194
Вектор доступности с позиций качества работы общественного транспорта (вопрос f) / Availability vector from the standpoint of the quality of public transport (question f)	0,261	0,294	0,267	0,267	0,309

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по полу и возрасту / Categories of respondents by sex and age				
	Мужчины / Men	Женщины / Women	Молодежь (до 30 лет) / Youth	Средний возраст (от 30 до 60(55) лет) / Average age	Пенсионный возраст (старше 60(55) лет) / Retirement age
Вектор доступности бесплатной медицинской помощи (вопрос g) / Accessibility vector for free medical care (question g)	0,165	0,317	0,210	0,214	0,340

Различия между возрастными группами по параметрам доступности медицинской помощи – сакраментальны. Респонденты пенсионного возраста имеют больший вектор доступности медицинской помощи (0,401), чем представители среднего возраста и молодежи (0,318 и 0,298 соответственно). Выявленное различие наблюдается по всем компонентам, объединенным в рамках единого вектора доступности, будь то открытость интернет-пространства или бесплатность услуг. Тот факт, что молодежь более строго оценивает организационный компонент доступности (качество работы регистратур, очереди и пр.), свидетельствует об их высокой, чем у представителей средней возрастной группы, требовательности к условиям сервиса.

Гендерные различия в доступности медицинской помощи затрагивают только

«стоимостной» аспект: женщины в большей степени, чем мужчины, оплачивают медицинские услуги. При этом значения длины вектора по критерию «дистанция», которые в целом превышают значения по альтернативной шкале, практически совпадают для обеих групп (рис. 2).

Различие в доступности медицинской помощи между возрастными группами проходит по границе пенсионного возраста, тогда как представители «молодой» (до 30 лет) и «средневозрастной» (с 30 до 60 лет) групп населения находятся, если опираться на полученные данные, в равных условиях (рис. 3). Представители же старшего поколения подвергаются наибольшему риску: значение вектора доступности медицинской помощи существенно возрастает для них по обоим критериальным шкалам.

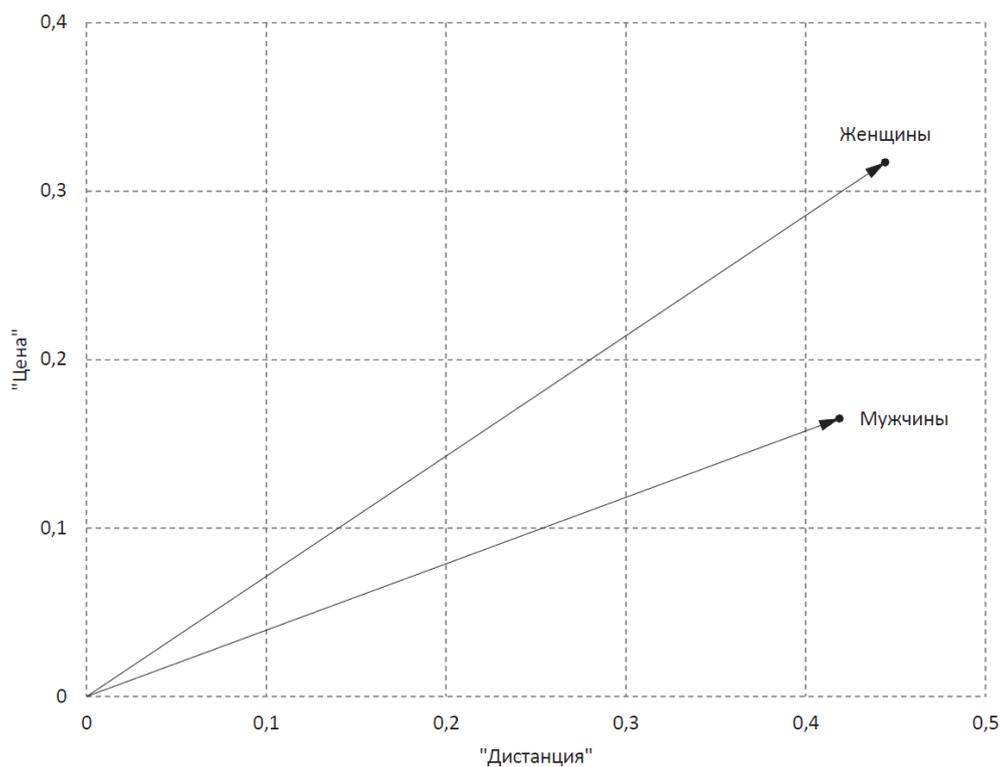


Рис. 2. «Вектор доступности» медицинской помощи для мужчин и женщин  
Fig. 2. "Vector of availability" of medical care for men and women

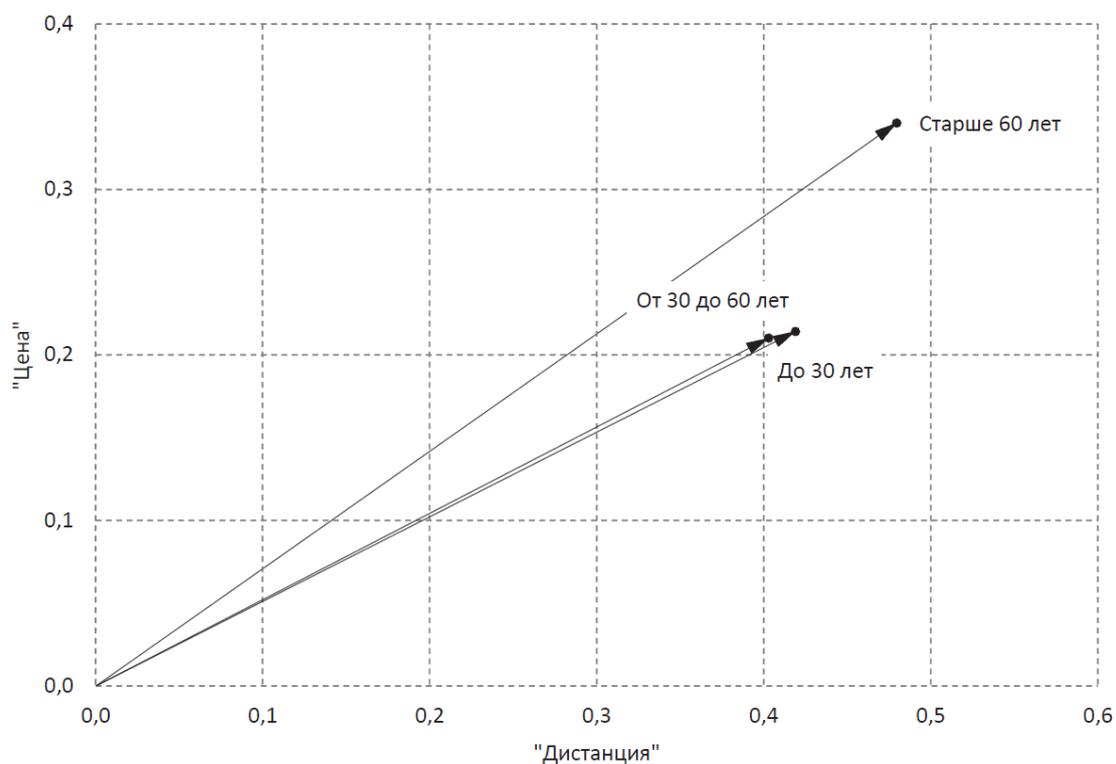


Рис. 3. «Вектор доступности» медицинской помощи по возрастным группам  
Fig. 3. "Vector of availability" of medical care by age groups

В известной степени предсказуемы и итоги анализа доступности медицинской помощи в территориальном контексте. Так, в доступности инфраструктуры здравоохранения, особенно в аспектах доступности первичной медицинской помощи и качества работы общественного транспорта, жители сельских поселений стеснены более жесткими, по сравнению с горожанами, рамками (табл. 4). Однако жители села демонстрируют более «короткий»

«вектор доступности» по параметрам бесплатности медицинской помощи. Мы можем говорить об ограниченном, по крайней мере в сравнении с городами, распространении в сельской местности коммерциализации медицинских услуг. С одной стороны, это свидетельствует о скромных запросах к доступности услуг, с другой стороны, может быть связано с уже отмеченным низким уровнем распространенности платежей.

Таблица 4. «Вектор доступности» медицинской помощи по типам территорий  
Table 4. "Accessibility vector" of medical care by type of territory

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по месту проживания / Categories of respondents by place of residence			
	Город / City	Село / Village	Крупные города / Major cities	Муниципальные районы / Municipal districts
Вектор доступности по организационному компоненту / Accessibility by organizational component	0,518	0,529	0,538	0,499
Вектор доступности по информационно-коммуникационному компоненту доступности / Accessibility by information and communication component	0,524	0,773	0,451	0,733
Вектор доступности первичной помощи / Availability of primary care	0,087	0,319	0,099	0,192
Вектор доступности с позиций качества работы общественного транспорта / Accessibility from the perspective of the quality of public transport	0,228	0,444	0,233	0,331
Вектор доступности бесплатной медицинской помощи / Access to free medical care	0,259	0,222	0,287	0,208

Векторы доступности медицинской помощи в разрезе территорий демонстрируют заметное расхождение в системе координат «цена – дистанция». Если для сельских жителей преградой к получению медицинской помощи выступает прежде

всего пространственно-временная удаленность медицинских организаций, то для горожан (и в большей степени для жителей крупных городов) главным препятствием является необходимость оплачивать медицинские услуги (рис. 4).

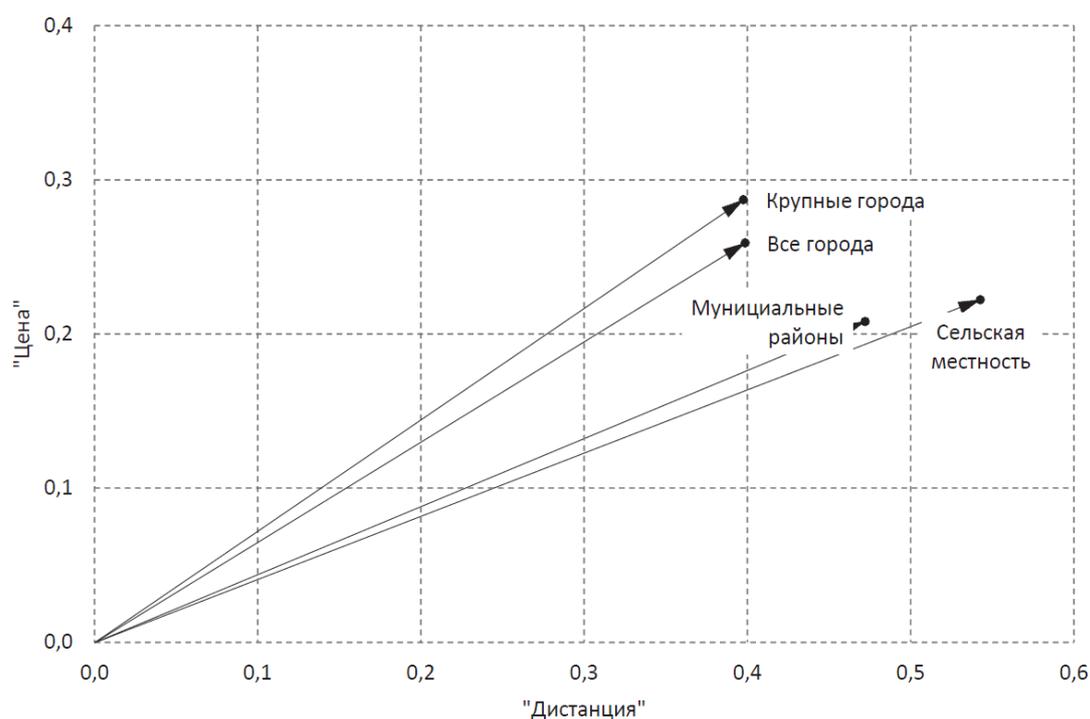


Рис. 4. «Вектор доступности» медицинской помощи в территориальном разрезе  
Fig. 4. "Vector of availability" of medical care in the territorial context

Трактовка подобных территориальных различий сопряжена со сложностями методологического характера. В частности, мы не знаем, насколько горожан устраивает такое положение вещей. Не исключено, что возможность получить желаемую платную услугу у квалифицированного специалиста без необходимости стоять длинную очередь они могут расценивать, в известной степени, и как свое преимущество.

Французская поговорка, гласящая, что болезнь – путешествие для бедных, подтверждается и данными проведенного исследования. Вектор транспортной доступности медицинской помощи максимален для граждан с наименьшими доходами. По другим параметрам доступности медицинской помощи положение наименее обеспеченных людей более драматично, чем граждан, чей уровень доходов более высок (табл. 5).

Таблица 5. «Вектор доступности» медицинской помощи по доходным группам  
Table 5. "Accessibility vector" of medical care by income group

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по уровню дохода / Categories of respondents by income level		
	20 % наименее обеспеченных / the poorest	60 % среднеобеспеченных / middle-income	20 % наиболее обеспеченных / the most wealthy
Вектор доступности по организационному компоненту / Accessibility by organizational component	0,612	0,504	0,508
Вектор доступности по информационно-	0,703	0,581	0,483

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по уровню дохода / Categories of respondents by income level		
	20 % наименее обеспеченных / the poorest	60 % среднеобеспеченных / middle-income	20 % наиболее обеспеченных / the most wealthy
коммуникационному компоненту доступности / Accessibility by information and communication component			
Вектор доступности первичной помощи / Availability of primary care	0,297	0,126	0,045
Вектор доступности с позиций качества работы общественного транспорта / Accessibility from the perspective of the quality of public transport	0,436	0,276	0,165
Вектор доступности бесплатной медицинской помощи / Access to free medical care	0,246	0,258	0,231

Наиболее обеспеченные респонденты имеют минимальный «вектор» доступности по критерию «дистанция», а наименее финансово обеспеченные, напротив, характеризуются максимальной «удаленно-

стью» от поставщика медицинских услуг (эта закономерность сохраняется и при сопоставлении групп респондентов по социальной самоидентификации) (рис. 5).

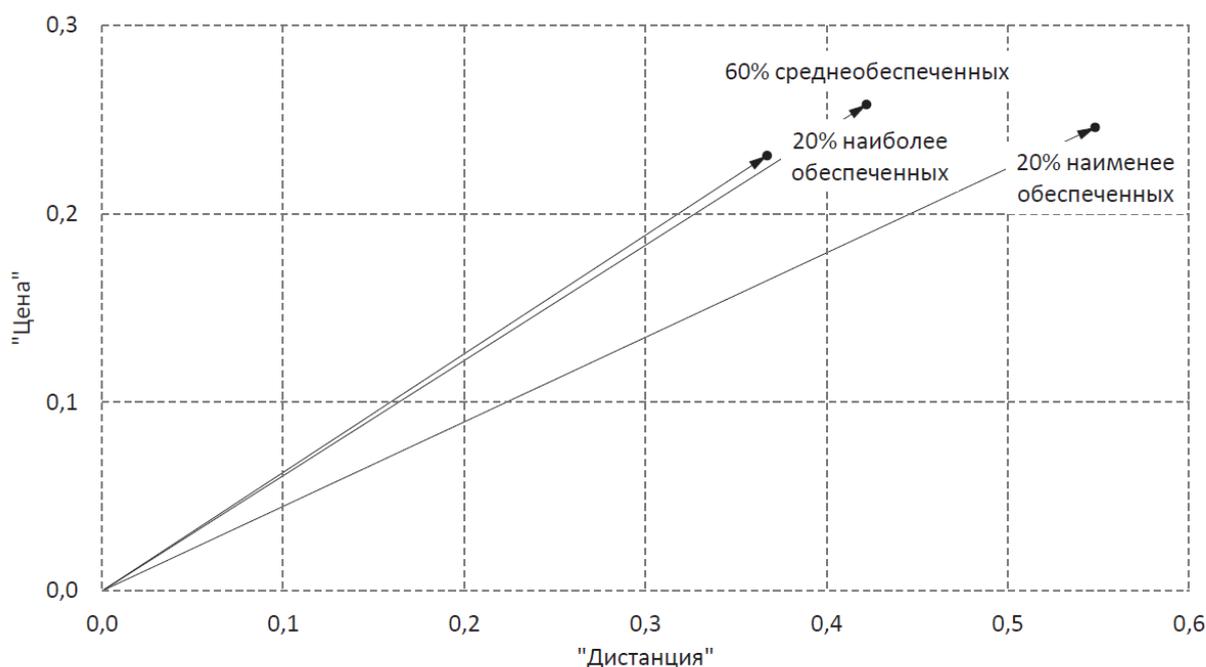


Рис. 5. «Вектор доступности» медицинской помощи по доходным группам  
Fig. 5. "Vector of availability" of medical care by income groups

Пациенты со сравнительно более высоким доходом реже обращаются за бесплатной помощью, однако различия между выделенными категориями по степени участия в соплатежах нельзя назвать существенными. Респонденты и наиболее, и наименее финансово обеспеченные вынуждены оплачивать услуги здравоохранения практически «на равных».

Однако в наибольшей степени различия в параметрах доступности медицинской помощи проявляются в сравнении групп по самооценке здоровья. Те, кто негативно оценивают свое здоровье, фиксируют значительно более низкие, чем альтернативные категории, показатели доступности услуг по всем рассматриваемым пунктам (табл. 6).

Таблица 6. «Вектор доступности» медицинской помощи по самооценке здоровья  
Table 6. "Vector of availability" of medical care by self-assessed health

Элементы вектора доступности медицинской помощи / Elements of vector of availability of medical care	Категории респондентов по самооценке здоровья / Categories of health self-assessment respondents		
	Хорошее и очень хорошее / Good and very good	Удовлетворительное / Satisfactory	Плохое и очень плохое / Bad and very bad
Вектор доступности по организационному компоненту / Accessibility by organizational component	0,485	0,521	0,619
Вектор доступности по информационно-коммуникационному компоненту доступности / Accessibility by information and communication component	0,418	0,635	0,751
Вектор доступности первичной помощи / Availability of primary care	0,084	0,152	0,238
Вектор доступности с позиций качества работы общественного транспорта / Accessibility from the perspective of the quality of public transport	0,193	0,302	0,387
Вектор доступности бесплатной медицинской помощи / Access to free medical care	0,191	0,242	0,444

Лица, имеющие тяжелые формы заболеваний, вынуждены теснее контактировать с медицинскими службами, а потому острее реагируют на все шероховатости организационного процесса оказания медицинской помощи. Нередко и простая необходимость добраться до медицинского учреждения оборачивается для них большой проблемой, не говоря уже о бремени

многочисленных и утомительных процедур. В целом такую закономерность следует считать либо само собой разумеющейся, либо статистическим артефактом.

#### Обсуждение

Модель поведения человека как расчетливого участника рынка, выбранная в качестве теоретической основы статьи, достоверна, но не абсолютна, поскольку осно-

вана на допущении, что индивид обладает всей полнотой информации о возможных альтернативах лечения. В действительности человек почти никогда не владеет достоверной информацией о качестве медицинской помощи и порядке ее получения. Информационная асимметрия между потребителем и поставщиком услуг делает выбор первого случайным и импульсивным [5]. Если больному и удастся найти оптимальный «маршрут» получения медицинской помощи, то преимущественно в результате трудного опыта проб и ошибок. Индивид действует скорее стихийно, а потому затрачивает как время, так и личные средства, пока не найдет нужную альтернативу.

Доступность медицинской помощи демонстрирует различные варианты сопряженности и дихотомии в разрезе половозрастных и социально-экономических категорий населения, что служит подтверждением исходной гипотезы. Например, сельские жители сталкиваются с проблемой пространственно-временной доступности больше, чем с необходимостью оплачивать услуги, тогда как горожане оказываются в обратной ситуации, хотя и для них проблемы досягаемости услуг сохраняют актуальность. Однако в большинстве случаев такой дихотомии не отмечается. Респонденты наименее материально обеспеченные имеют самый «длинный» вектор доступности по шкале «дистанция», но по степени участия в платежах они находятся на одном уровне со средне- и наиболее обеспеченными категориями населения. Представители старшей возрастной группы демонстрируют удлинение вектора доступности как по показателю затраченных средств, так и досягаемости услуг. Для них ограничения платности и досягаемости не конкурентны друг другу, а сопряжены. Это обусловлено как объективной проблемой, информационной асимметрией между пациентом и врачом, так и недостаточным развитием институтов здравоохранения, призванных нивелировать эту базовую асимметричность, что делает процесс получения медицинской помощи непредсказуемым и затратным.

Таким образом, следует различать гипотетическую ситуацию баланса между стоимостью и дистанцией, с одной стороны, и реальную ситуацию – с другой. Однако движение в направлении желаемого равновесия всё-таки необходимо. Оно требует более разумного и прозрачного разграничения зон ответственности между государственным и коммерческим секторами в обеспечении населения медицинской помощью. Речь не идет о том, чтобы вся медицинская помощь оказывалась на бесплатной основе. Напротив, учитывая ожидания и потребности населения, немалая доля которого приветствует платные услуги при условии освобождения от ряда угнетающих обстоятельств, нельзя не признать их конкурентных преимуществ и перспективности. Необходимо сделать процесс получения медицинской помощи более предсказуемым, а низкая доступность медицинской помощи в государственных организациях не должна быть поводом для выбора коммерческих услуг в качестве единственного и неизбежного выхода.

В дальнейшем нам еще предстоит разобраться, насколько сильна связь между параметрами «цена» и «дистанция», а также какова ее природа. Вопросом остается и то, что представляет собой то или иное соотношение параметров «цена» и «дистанция». В одном случае оно может быть отражением процесса поиска желаемого оптимума, в другом – уже найденной «разумной комбинацией». Развитие исследования будет связано с привлечением к измерению «вектора доступности» медицинской помощи фактических показателей пространственно-временной, организационно-коммуникационной доступности, а также данных об участии населения в софинансировании медицинских услуг.

### **Выводы**

Доступность медицинской помощи в современных российских социально-экономических условиях включает два компонента. Первый – доступность в контексте организации медицинской помощи,

второй – с позиций необходимости оплаты услуг из личных средств граждан. Оба эти аспекта составляют вектор доступности как единую структуру.

Вместе с тем их можно рассматривать в дихотомии друг относительно друга. Так, медицинская помощь, предоставляемая бесплатно (например, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь по месту жительства), может сопровождаться сопутствующими затруднениями, как то: сложность записи к специалисту, необходимость долгого ожидания приема и пр. Оплачиваемые медицинские услуги в платной клинике, что само по себе ограничивает их доступность, пациент избегает необходимости стоять в очередях, получает возможность выбора лечащего врача и времени для приема. Индивид, нуждающийся в медицинской помощи, всякий раз решает эту дилемму, опираясь на свои возможности и доступную информацию о сравнительных преимуществах имеющихся альтернатив. Эта простая модель послужила теоретической основой для анализа результатов проведенного социологического исследования.

Итоги опроса позволили обнаружить варианты расхождений двух обозначенных переменных в рамках «вектора» медицинской помощи (например, для жителей сельских территорий более актуальны проблемы пространственной и организационной доступности, для горожан – коммерциализации здравоохранения), однако в большинстве случаев платность и удаленность медицинской помощи накладываются друг на друга. Человек лишен возможности планирования затрат времени и средств на ее получение. Он вынужден искать оптимальный вариант соотношения «цена–дистанция» опытным путем, пробуя те или иные варианты. Полученные выводы свидетельствуют о неудовлетворительном качестве механизмов нивелирования информационной асимметрии между потребителем и поставщиком медицинских услуг в контексте отечественной системы здравоохранения.

*Информация о конфликте интересов: автор не имеет конфликта интересов для деклараций.*

*Conflict of interests: author has no conflict of interests to declare.*

#### Литература

1. Вялых, Н.А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социологические исследования. 2015. № 11. С. 126-132.
2. Калашников, К.Н., Дуганов, М.Д. Платные медицинские услуги: бремя или альтернатива? // Проблемы развития территории. 2017. № 3 (89). С. 109-127.
3. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.
4. Хиршман, А.О. Выход, голос и верность. М.: Новое издательство Москва, 2009. 156 с.
5. Akerlof, G.A. The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism // The Quarterly Journal of Economics. 1970. Vol. 84. P. 488–500.
6. Funding health care: Options for Europe / edited by E. Mossialos [et al.]. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, 2002. 329 p.
7. Kuhlthau, K.A. Measures of Availability of Health Care Services for Children // Academic Pediatrics. Vol. 11, Issue 3, Supplement, 2011.
8. World Bank. 1997. World Development Report 1997: The State in a Changing World. N.Y.: Oxford University Press. [Online] available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5980> (date of access: November 2, 2018).
9. Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. Problems and Strategies in Services Marketing // Journal of Marketing. 1985. № 2 (49). P. 33.

#### References

1. Vyalykh, N.A. (2015) "Factors of reproduction of social inequality in the sphere of consumption of medical services", *Sociological Studies*, 11, 126-132 (In Russ.).
2. Kalashnikov, K.N., Duganov, M.D. (2017), What is Paid Medical Service: a Burden or an Alternative? // *Problems of territory's development*, 3 (89), 109-127 (In Russ.).
3. Ulumbekova, G.E. (2015), *Zdravookhranenie v Rossii. Chto nado delat'* [Health

care of Russia. What should be done], GOETAR-Media, Moscow, Russia (In Russ.).

4. Khirshman, A.O. (2009), *Vykhod, Golos i Vernost'* [Exit, Voice, and Loyalty], Novoe izdatelstvo Moskva, Moscow, Russia (In Russ.).

5. Akerlof, G.A. (1970), "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism", *The Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500.

6. Mossialos, E. (ed.) (2002), *Funding health care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

7. Kuhlthau, K.A. (2011), "Measures of Availability of Health Care Services for Children", *Academic Pediatrics*, 11 (3), 231.

8. World Bank. 1997. *World Development Report 1997: The State in a Changing World*, Oxford University Press, N.Y. [Online] available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5980> (date of access: November 2, 2018).

9. Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. (1985), "Problems and Strategies in Services Marketing", *Journal of Marketing*, 2 (49), 33

**ОБ АВТОРЕ:**

**Калашиников Константин Николаевич**, кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Вологодский научный центр Российской академии наук, ул. Горького, д. 56а, г. Вологда, 160014, Россия; [konstantino-84@mail.ru](mailto:konstantino-84@mail.ru)

**ABOUT THE AUTHOR:**

**Konstantin N. Kalashnikov**, PhD in Economics, Senior Researcher, Federal State Budgetary Institution of Science Vologda Scientific Center of the Russian Academy of Sciences, 56a Gorky St., Vologda, 160014, Russia; [konstantino-84@mail.ru](mailto:konstantino-84@mail.ru)