

Т.В. Чубарова
ИЭ РАН, Москва

Доходы и потребление медицинских услуг: опыт анализа с позиции теории опекаемых благ

Аннотация. В статье рассматривается влияние доходов населения на уровень потребления медицинских услуг в контексте теории опекаемых благ, которая подразумевает активное участие государства в развитии системы охраны здоровья населения. На основе анализа литературы и эмпирических данных были систематизированы возникающие в этой области методологические проблемы, в том числе направление влияния дохода на состояние здоровья и потребление медицинских услуг (акцент сделан на вопросах организации и финансирования здравоохранения). Отмечается специфика ситуации в России, где низкий уровень государственного финансирования и расширение платности в связи с развитием частной медицины и возможностью оказания платных услуг государственными медицинскими организациями потенциально создает барьеры для получения медицинской помощи малообеспеченными гражданами. Однако государственная система здравоохранения остается важным фактором смягчения ситуации, поэтому влияние дохода на потребление медицинских услуг в России носит опосредованный характер. Сделан вывод о том, что для нейтрализации влияния дохода на потребление медицинских услуг необходимо не просто повышение доходов граждан, а обеспечение универсального доступа к здравоохранению, важным условием которого является государственное финансирование.

Ключевые слова: *доходы населения, потребление медицинских услуг, неравенство, финансирование здравоохранения, общественные расходы на здравоохранение, платежи населения.*

Классификация JEL: D31, H51, I18.

DOI: 10.31737/2221-2264-2020-47-3-10

В концепции опекаемых благ медицинские услуги занимают особое место¹. Предполагается, что важность для человека и особые характеристики медицинских услуг превращают их в необычный товар, требуя активного участия государства в финансировании и организации здравоохранения. Однако формы такого участия могут быть различными, даже при том что опекаемый характер медицинских услуг может признаваться открыто или косвенно. Однако у социализированной медицины есть противники, которые рассматривают медицинские услуги как обычный рыночный товар со всеми вытекающими отсюда последствиями. В этом контексте возникает серьезная дискуссия о соотношении личной и общественной выгоды от медицинского обслуживания.

На уровень потребления медицинских услуг влияют институциональные и финансовые аспекты, конкретные меры государственной политики. Однако возможны провалы

государства, связанные с избыточным потреблением, что повышает значение принятия оптимального решения. Проблема состоит в том, кто в итоге лучше обеспечит потребность в медицинской помощи – государственные бюрократы, распределяющие общественные средства, или граждане, принимающие самостоятельные решения за собственные деньги.

Признание медицинских услуг опекаемым благом подразумевает их универсальное оказание по потребности, для того чтобы снизить или вообще устранить влияние уровня дохода на их потребление. Здесь важна и социально-этическая составляющая, связанная с проблематикой социального неравенства.

В данной статье на основе обзора литературы, имеющихся статистических данных и результатов социологических опросов рассмотрены методологические подходы к пониманию взаимосвязи дохода с потреблением медицинских услуг. Причем акцент здесь сделан на анализе ситуации в России.

¹ Под опекаемыми благами понимаются товары и услуги, в отношении которых имеются нормативные интересы общества (подробнее см. (Рубинштейн, 2009)).

Доходы и потребление медицинских услуг: методологические подходы

Определить объем необходимого потребления медицинских услуг представляется довольно сложной задачей. Используемые количественные показатели (число посещений врача, госпитализаций, проведенных процедур и анализов и т.п.) скорее отражают процесс, а не результат потребления, что является более важным, когда речь идет об услугах. Для получения информации в разрезе доходных групп обычно привлекают социологические методы со всеми свойственными им недостатками.

На международном уровне в последнее время чаще рассматривают не потребление или доступ, а формальное право граждан на получение той или иной услуги (покрытие). Его легче измерить, например, используя такой показатель, как доля государственного или другого обязательного финансирования здравоохранения. При этом не учитывается, могут ли граждане реально получить медицинскую помощь, что, на наш взгляд, является хорошим примером управленческого провала.

Состояние здоровья также может описываться различными показателями – продолжительностью жизни, общей или хронической заболеваемостью и т.п.

Измерение доходов также вызывает серьезные методологические проблемы. Источником данных являются в основном опросы, поэтому в получаемых из них оценках высока доля субъективизма, причем известно, что респонденты очень неохотно раскрывают такую информацию. Это приводит к усложнению вопросов, а следовательно, и сложности интерпретации результатов. Возможно, для отражения ситуации важны не столько денежные доходы как таковые, а общий уровень благосостояния, богатство граждан (Vaum, 2005).

Связь доходов и здоровья

Современные исследования демонстрируют положительную связь между доходом и состоянием здоровья. Более высокий уровень дохода связан с лучшим состоянием здоровья, т.е. здоровье у более обеспеченных граждан лучше, чем у малообеспеченных

(Braveman, Cubbin, Egerter et al., 2010). Доходы могут рассматриваться как основной показатель различий в состоянии здоровья населения (Zimmerman, 2019). Опросы о самооценке состояния здоровья подтверждают, что более состоятельные респонденты оценивают его гораздо выше, чем малообеспеченные. По данным ОЭСР, рост душевого дохода на 10% в реальном исчислении ассоциируется с приростом продолжительности жизни на 2,2 месяца (OECD, 2017).

Уровень дохода связан со здоровьем на уровне как общества в целом, так и отдельных граждан. Известный британский исследователь М. Мармот (Marmot, 2002) выделяет два направления причинно-следственной связи между доходом и здоровьем, а именно через материальные условия, необходимые для биологического выживания, социальное участие и возможность контролировать жизненные обстоятельства. Причем чем меньше товаров и услуг предоставляется населению публично, тем важнее становится индивидуальный доход для поддержания здоровья.

Возможны различные интерпретации причинно-следственных связей. Увеличение доходов обеспечивает больше ресурсов для здоровья – здоровые люди более продуктивны и, следовательно, могут получать более высокие доходы на рынке труда. Но можно предположить наличие третьего фактора, который ведет к улучшению здоровья и росту дохода (Larrimore, 2011). Если уровень дохода и неравенство в доходах связаны с состоянием здоровья, можно допустить, что влияющие на них меры государственной политики могут в кратко- или долгосрочной перспективе привести к улучшению состояния здоровья (Adeline, Delattre, 2017). Однако исследования показывают, что только одно увеличение дохода не ведет к значительному повышению самооценки состояния здоровья (Larrimore, 2011).

Зависимость между доходом и состоянием здоровья не является линейной: если низкий доход однозначно отрицательно влияет на состояние здоровья, то влияние среднего и высокого дохода на здоровье не так явно выражено (Deaton, 2003). Как правило, сокра-

щение доходов (временное или постоянное) оказывает большее влияние на состояние здоровья в сторону его ухудшения, чем увеличение доходов. Состояние здоровья граждан с высокими доходами лучше, однако неравенство в доходах не имеет прямого влияния на здоровье (Adeline, Delattre, 2017).

Остается рассмотреть влияние здоровья на доходы. Если у человека крепкое здоровье, то у него и доходы выше — такое заключение вполне соответствовало бы теории человеческого капитала. Хотелось бы отметить две работы по данной проблематике, основанные на российских эмпирических данных. В исследовании ВОЗ анализируется влияние состояния здоровья на предложение и производительность труда, ранний выход на пенсию (WHO, 2007). Показано, что менее состоятельные люди страдают от плохого здоровья вдвойне: они более подвержены хроническим заболеваниям, а в случае болезни их материальное положение страдает сильнее, чем у более состоятельных людей. Хронические заболевания снижают подушевой медианный доход индивида с заданными характеристиками на 5,6%. В работе (Кузьмич, Рошин, 2007) авторы выявили в целом положительный вклад здоровья в заработки. Плохое здоровье по сравнению с нормальным в большей степени влияет на занятость и доходы, причем сильнее, чем хорошее здоровье по сравнению с нормальным. Выгоды от здоровья становятся заметнее, когда оно утрачивается, что усложняет реализацию профилактических программ.

Связь доходов и объема потребления медицинских услуг

В мировой литературе заметно меньше исследований взаимосвязи между доходами и объемом потребления медицинских услуг. Обычно подобные работы основаны на материалах отдельных стран, поэтому требуют особой аккуратности при сравнении ввиду существенных различий в системах здравоохранения.

Исследования на основании национальных данных о госпитализации в США показали, что состояние здоровья незастрахованных граждан в среднем хуже, но они потре-

бляют меньше медицинской помощи и попадают в больницу только в наиболее серьезных случаях, получают меньше медицинских процедур, и уровень смертности у них выше (Castaneda, Saygili, 2016).

Для теории опекаемых благ важны организационные и финансовые усилия государства, которые позволяют нивелировать влияние уровня доходов на состояние здоровья. В нашем случае акцент сделан на финансовых аспектах государственного участия в предоставлении медицинских услуг населению.

Сравнение состояния здоровья населения США и Англии показало, что, несмотря на различия в организации здравоохранения, уровне социальной защиты и социального неравенства в целом, неравенство в состоянии здоровья по доходам широко распространено в Англии и сходно с положением в США, хотя в целом здоровье населения Англии лучше. Такие факторы, как раса, этническая принадлежность, курение, употребление алкоголя и условия финансирования, не смогли объяснить этого факта. Можно предположить, что необходимо внимание к общим социальным условиям, а не просто к финансированию и организации оказания медицинской помощи (Martinson, 2012).

Исследователи рассматривают влияние доходов на расходы на здравоохранение. Например, выявлено, что рост агрегированного дохода является движущей силой увеличения расходов на здравоохранение в США, однако такой вывод сложно экстраполировать на другие страны, так как он не учитывает институционального контекста (Acemoglu, Finkelstein, Notowidigdo, 2013).

Получение медицинской услуги связывают с возможностью ее оплачивать, так называемая плата из кармана. Несмотря на различие систем финансирования здравоохранения, такие платежи растут во всех странах ОЭСР и в настоящее время в среднем составляют около 20%. В качестве показателя финансового бремени рассматривается доля расходов бюджетов домашних хозяйств на здравоохранение, которая в среднем по ОЭСР составляет 3% и варьирует от 2% во Франции, Люксембурге

и Словении до более 5% – в Республике Корея и почти 7% – в Швейцарии (ОЭСР, 2019).

В странах ОЭСР вероятность посещения врача при наличии потребности в медицинской помощи – несмотря на различия в средних значениях – у более обеспеченных граждан выше, независимо от организации здравоохранения (Devaux, 2015). Хотя масштаб таких различий варьируется: от 18% в Финляндии; 15,1% – в США; 14,1% – в Польше до 0,9% – в Великобритании; 1,5% – в Ирландии и 2% – в Нидерландах. Исследования показывают, что хотя в большинстве стран ОЭСР услуги врачей общей практики распределяются достаточно равномерно, или скорее в пользу бедных, богатые граждане чаще посещают специалистов, поэтому в целом происходит сдвиг потребления медицинской помощи в пользу более обеспеченных, особенно в случаях частного страхования (Kaestner, Lubotsky, 2016).

Несмотря на средний высокий уровень общественного финансирования, доля граждан, которые не могут по финансовым причинам позволить посещение врача, оказывается значительной, причем и среди обеспеченных граждан (17% в среднем по ОЭСР, 28% –

в нижней и 9% – в верхней доходной группе). Это относится и к так называемым катастрофическим, т.е. крупным и одномоментным расходам, которые несут граждане во всех странах и во всех доходных группах, хотя в нижних группах они в среднем значительно выше, например в Венгрии (8,8%), Литве (6,4%), Греции (6%), Португалии и Польше (5,9%).

Данные по 22 европейским странам ОЭСР позволяют отметить, хотя и с определенными ограничениями, тенденцию обратной связи между государственными расходами на здравоохранение и долей населения, которому медицинская помощь не доступна по финансовым причинам (см. рисунок).

Доходы и потребление медицинских услуг в России

В России медицинские услуги финансируются из государственного бюджета и фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивая их практически универсальное покрытие. К тому же существует развитая государственная институциональная структура (медицинские организации). Логично предположить, что поскольку все

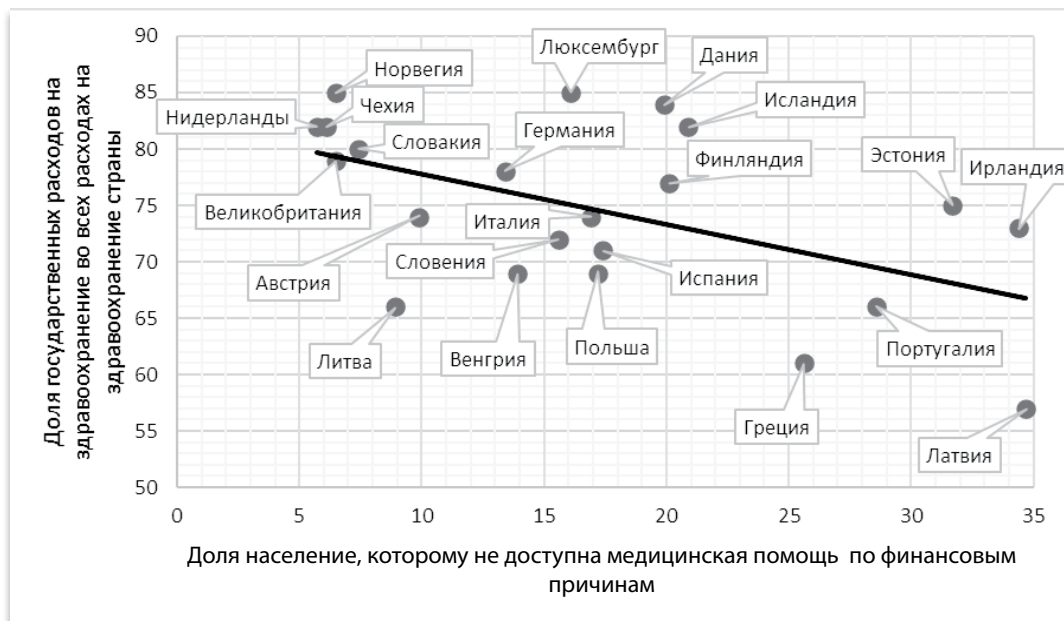


Рисунок.

Население, которому медицинская помощь не доступна по финансовым причинам

Источник: OECD, 2019.

граждане имеют право/доступ независимо от дохода, последние не должны существенно влиять на объем потребления медицинских услуг. Доход если и влияет, то опосредовано (например, при прочих равных условиях, уровень образования влияет на общее состояние здоровья, а состоятельные граждане более образованны).

Однако и эксперты, и граждане отмечают распространение платности в российском здравоохранении, связанное с развитием частной медицины и возможностью получения платных услуг в государственных медицинских организациях. Это свидетельствует о наличии проблем в доступности и качестве бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях, обусловленных в том числе низким уровнем государственного финансирования (Chubarova, 2019). В итоге, по данным ВОЗ, доля личных выплат граждан за медицинские услуги в России довольно значительная и составила в 2016 г. 40% текущих расходов на здравоохранение, или более 90% частных расходов².

При этом более состоятельные граждане платят больше и абсолютно, и относительно. Доля медицинских услуг в структуре общих расходов домохозяйств на услуги растет по 20%-м группам, составив в 2018 г. 1,45% (первая группа); 2,86%; 3,56%; 4,50% и 6,92% (пятая группа) соответственно. При этом соотношение абсолютных расходов на медицинские услуги пятого и первого квантилей составило 24,5 раза (Здравоохранение в России, 2019, с. 168).

Вместе с тем у граждан есть возможность получать бесплатную медицинскую помощь. Исследование (Аналитический центр Юрия Левады, 2016) показало, что чем ниже доход респондентов, тем более вероятно их обращение в государственные медицинские учреждения по полису ОМС при наличии потребности – около 80% респондентов из групп с низким и средним достатком и 66% – из высокодоходной группы. Однако на эту ситуацию можно посмотреть и по-другому – обеспе-

ченные граждане охотно пользуются государственной системой здравоохранения.

В России официально возможно оказание платных услуг в государственных медучреждениях, что объясняется соображениями повышения качества обслуживания и облегчения доступа. В высокодоходной группе респондентов 11% отметили, что платят в государственных учреждениях, а среди низкодоходных респондентов платят только 3% и 5% – в среднедоходной группе. Среди платных пациентов существует разделение – в частную клинику сразу обратятся 13% респондентов из высокодоходной группы, 6% из средне- и 4% из низкодоходной групп. Вместе с теми, кто платит в государственных учреждениях, за плату получают медицинские услуги 23% респондентов из группы с высокими, 11% – средними и 7% – низкими доходами.

В опросе Левада-центра 86% граждан (вне зависимости от уровня дохода) признают, что качественную медицинскую помощь в нашей стране могут получить только те, у кого есть деньги. Поскольку более состоятельные люди обычно и более требовательные, выше вероятность того, что они будут получать услуги лучшего качества и в большем объеме. Данные Международной программы социальных исследований (ISSP) показали, что значительная часть опрошенных россиян (67,7%) полагает несправедливым, что лица с более высокими доходами могут позволить себе более качественное медицинское обслуживание, чем люди с более низкими доходами. При этом подавляющая часть опрошенных (93%) считает, что здравоохранением должно заниматься государство (Кислицына, 2018).

* * *

Доходы как детерминант здоровья определяют как риски для здоровья, так и наличие ресурсов для его сохранения и улучшения. У граждан с более низким доходом и, соответственно, с недостатком финансовых средств вероятность проблем со здоровьем значительно выше, и их состояние здоровья в большей степени зависит от общественных усилий

² WHO Global Health Expenditure Database (GHED) (<https://apps.who.int/nha/database>).

и нейтрализации фактора дохода. Поэтому концепция опекаемых благ более чем релевантна для здравоохранения, подтверждая важность государства для его организации и финансирования. Однако признание этого факта не облегчает брести практического выбора, а высокий уровень общественного финансирования автоматически не является гарантией смягчения влияния доходов на здоровье.

Многое в этой области зависит от конкретной политики государства, которое должно определить: 1) границы нормативного интереса государства, т.е. мериторный объем потребления медицинских услуг, в то время как определение потребности усложняется в условиях роста давления осведомленных пациентов на систему здравоохранения; 2) меры, которые будут способствовать сглаживанию влияния дохода на потребление медицинских услуг. Такого эффекта скорее возможно добиться не просто повышая уровень доходов населения, а обеспечив универсальный доступ к здравоохранению через солидарные схемы финансирования и организации оказания медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCIAS

- Аналитический центр Юрия Левады (2016). Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Итоговый отчет. М.: Аналитический центр Юрия Левады [Analytical Center of Yuri Levada (2016). *The confrontation of logics: The doctor, the patient and the authorities in the context of reforming the healthcare system*. Final report. Moscow: Analytical Center of Yuri Levada (in Russian).]
- Здравоохранение в России. 2019 (2019). Стат. сб. М.: Росстат. [*Health in Russia Statistical. 2019*(2019). Statistical collection. Moscow: Rosstat (in Russian).]
- Кислицына О.А.** (2018). Восприятие россиянами несправедливости неравенства в доступе к услугам здравоохранения и детерминирующие его факторы // *Социальные аспекты здоровья населения*. № 3 (61). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/981/30/lang.ru/> [Kislitsyna O.A. (2018). Perception of injustice of inequality in access to health care by Russians and its determinants. *Social Aspects of Population Health*, 3 (61). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/981/30/lang.ru/> (in Russian).]
- Кузьмич О.С., Рощин С.Ю.** (2007). Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья. Препринт WP15/2007/02. М.: ГУ ВШЭ [Kuzmich O.S., Roshchin S.Yu. (2007). *The effect of health on wages and employment: Empirical estimates of health outcomes*. Preprint WP15 / 2007/02. Moscow: NRU HSE (in Russian).]
- Рубинштейн А.Я.** (2009). Опекаемые блага и их место в экономической теории // *Общественные науки и современность*. № 1. С. 139–153. [Rubinstein A.Ya. (2009). Protected goods and their place in economic theory. *Social Sciences and Contemporary World*, 1, 139–153 (in Russian).]
- Acemoglu D., Finkelstein A., Notowidigdo M.J.** (2013). Income and health spending: Evidence from oil price shocks. *Review of Economics and Statistics*, 95 (4): 1079-1095.
- Adeline A., Delattre E.** (2017). Some microeconomic evidence on the relationship between health and income. *Health Economics Review*, 7 (1), 27.
- Baum F.** (2005). Wealth and health: The need for more strategic public health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 542–545.
- Braveman P.A., Cubbin C., Egerter S., Williams D.R., Pamuk E.** (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: What the patterns tell us. *American Journal of Public Health*, 100 (Suppl. 1), 186–196.
- Castaneda M.A., Saygili M.** (2016). The health conditions and the health care consumption of the uninsured. *Health Economics Review*, 6, 55.
- Chubarova T.** (2019). Inequality of access to the Health system in Russia: The case of out of

- pocket payments. In: S. An, T. Chubarova, B. Deacon, P. Stubbs (eds.). *Social policy, poverty, and inequality in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union agency and institutions in flux*. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Deaton A.** (2003). Health, inequality, and economic development. *Journal of Economic Literature*, XLI, March, 113–158.
- Devaux M.** (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 16 (1), 21–33.
- Larrimore J.** (2011). Does a higher income have positive health effects? Using the earned income tax credit to explore the income-health gradient. *Milbank Quarterly*, 89 (4), 694–727.
- Marmot M.** (2002). The influence of income on health: Views of an epidemiologist. *Health affairs*, March/April, 21, 2, 31–46.
- Martinson M.L.** (2012). Income inequality in health at all ages: A comparison of the United States and England. *American Journal of Public Health*, 102 (11), 2049–2056.
- OECD (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OECD.
- Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X.** (2006). OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174 (2), 177–183.
- WHO (2007). Economic consequences of non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. WHO: European Bureau.
- Zimmerman F.J.** (2019). Trends in health equity in the United States by race/ethnicity, sex, and income, 1993–2017. *JAMA Network Open*, 2 (6), 1963–1986.

Поступила в редакцию 23.04.2020

Received 23.04.2020

T.V. Chubarova

Institute of Economics, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Income and consumption of medical care through the lens of protected goods' approach

Abstract. The article examines the influence of income on the level of consumption of medical care in the context of the theory of patronised goods, that implies active participation of the state in the development of health care system. Based on literature review and analysis of empirical data, relevant methodological problems are discussed, including the direction of influence of income on health status and consumption of medical care, with an emphasis on the organization and financing of health care. The specificity of the situation in Russia is noted, where the low level of public funding alongside the expansion of fee for service due to development of private medicine and the possibility of charging fees by public medical organizations potentially create barriers to access to medical care for low-income citizens. However, the state health care system remains an important factor in mitigating the problem; therefore, the influence of income on utilisation of medical care in Russia is indirect. The author suggests that in order to neutralize the impact of income on consumption of medical care, it is necessary to ensure universal access to health care, an important condition being adequate public funding rather than increase of people's income.

Keywords: *population income, consumption of medical care, inequality, health financing, public health spending, out-of-pocket payments.*

JEL Classification: D31, H51, I18.

DOI: 10.31737/2221-2264-2020-47-3-10