



Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
Институт социальной политики

НАСЕЛЕНИЕ РОССИИ В 2017 ГОДУ: ДОХОДЫ, РАСХОДЫ И СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ, МОНИТОРИНГ НИУ ВШЭ

Специальный выпуск
«Потребление медицинских услуг и лекарств
в период экономического спада»



Авторы: Овчарова Л.Н., Селезнева Е.В.

Главный редактор — Л.Н. Овчарова, директор Института социальной политики.

Ответственный редактор — С.С. Бирюкова, вед. н. с. Института социальной политики.

Мониторинг социально-экономического положения и социального самочувствия населения. Специальный выпуск «Потребление медицинских услуг и лекарств в период экономического спада» / под ред. Л.Н. Овчаровой. – М.: НИУ ВШЭ. 2017.

Институт социальной политики

<http://isp.hse.ru>

Материал подготовлен в рамках реализации Специального проекта НИУ ВШЭ «Мониторинг динамики бедности, доходов, самочувствия и потребительских предпочтений российских домохозяйств» (ТЗ-112/2017).

© Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», 2017
При перепечатке ссылка обязательна.

Исследовательский коллектив Института социальной политики НИУ ВШЭ представляет новый выпуск мониторинга социально-экономического положения и социального самочувствия населения России за 2017 год.

Представленный выпуск является специальным. Он посвящен изменению в потреблении медицинских услуг и лекарств. Столкнувшись со снижением реальных доходов, домохозяйства экономят на приобретении различных товаров и услуг, в том числе на собственном лечении. Обращаясь к данным выборочных обследований, мы пытаемся выяснить, в какой мере в новых экономических условиях российское население сократило потребление платных медицинских услуг и медикаментов, в каких социальных группах сокращение было наиболее значительным. Отдельной задачей стало измерение нагрузки расходов на лечение на бюджет семей в кризисные годы: если при снижении платежеспособности семья не может отказаться от платных медицинских услуг и лекарств, она тратит все большую долю своих доходов на лечение, и это снижает ее потребительские возможности на других рынках товаров и услуг.

Провести такой анализ позволили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ НИУ ВШЭ) за 2013-2016 годы, а также результаты специального обследования Института социальной политики о стратегиях адаптации населения страны к негативным изменениям в экономике, проведенного в сентябре 2016 года. Для оценки динамики частоты потребления и объема расходов на платные медицинские услуги и лекарства базовым годом для сравнения стал 2013 год.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ	3
1. МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СПРОСЕ И ПРЕДЛОЖЕНИИ МЕДИКАМЕНТОВ И ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	5
2. МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И МЕДИКАМЕНТОВ.....	10
<i>Показатели и источники данных для микроэкономического анализа потребления платных медицинских услуг и медикаментов.....</i>	10
<i>Экономия на лечении как реакция населения на снижение доходов в 2014-2016 годах.....</i>	11
<i>Распространенность платного лечения.....</i>	14
<i>Объем денежных расходов на лечение.....</i>	23
<i>Индивидуальные платежи за амбулаторную помощь</i>	23
<i>Совокупные расходы домохозяйств на лечение</i>	25
<i>Изменения в расходах на лечение в 2014-2016 годах в сопоставлении с кризисом 2008-2009 годов.....</i>	31
<i>Нагрузка расходов на лечение на бюджет домохозяйств.....</i>	33
ПРИЛОЖЕНИЕ Изменения в потреблении платных медицинских услуг и лекарств с целью экономии в период экономического спада 2014-2016 годов в различных социально-демографических группах.....	36

РЕЗЮМЕ

- В период экономического спада 2014-2016 годов, сопровождавшегося падением реальных душевых доходов на 12,9%, российские домашние хозяйства стали экономить на покупках товаров и услуг, в том числе и на платных медицинских услугах и лекарствах. Имея доступ к бесплатным альтернативам, пусть и худшего качества, граждане стали отказываться от платной медицинской помощи. В 2014-2016 годах 42,8% потребителей платных медицинских услуг снизили свои расходы по этой статье, а 17,3% — полностью отказались от них. При этом в 2016 году произошло восстановление уровня потребления платной амбулаторной помощи, что связано с восстановлением доходов у ресурсообеспеченных домохозяйств, которые являются основными потребителями данных услуг. Экономия на лекарствах характеризуется меньшими масштабами, поскольку они относятся к потребностям первой необходимости, от которых семьи отказываются в последнюю очередь. Только 2,5% потребителей лекарств полностью прекратили покупать их в экономически неблагоприятный период, а 35,2% граждан, покупавших лекарства до кризиса, стали тратить на них меньше.
- В 2014-2016 годах доля плативших за медицинские услуги значительно снизилась среди пациентов *стационаров* (с 28,6% до 24,7%), в то время как за услуги стоматологов и других работников поликлиник население платило почти так же часто, как и в предшествующие годы. Однако в денежном эквиваленте на *стоматологическую помощь и зубопротезирование* российские домохозяйства стали расходовать меньше средств: в период с 2013 по 2016 годы в сопоставимых ценах расходы снизились на 25,3%. Доля домашних хозяйств, оплачивавших *амбулаторную помощь* (за исключением стоматологической), осталась неизменной, при этом удельный вес обращающихся в частные поликлиники в общем числе амбулаторных пациентов после кратковременного снижения в 2014 году в последующие два года стал увеличиваться. Средняя величина платежей за амбулаторную помощь в расчете на один месяц в 2016 году в сопоставимых ценах 2013 года на 5,3% превысила значение базового года.
- В рассматриваемый период снижалась распространенность неформальных платежей, и в первую очередь в стационарах: доля неформальных платежей в общей численности случаев платного лечения в стационаре сократилась с 71,7% в 2013 году до 48,5% в 2016 году. Таким образом, падение доходов населения оказало существенное влияние на необязательные благодарственные платежи.
- *Снижение потребления* платных медицинских услуг больше характерно для населения с низкой платежеспособностью (индивидов с низкими доходами, неработающих трудоспособного возраста) и низкими потребностями в медицинской помощи (пациентов-детей или граждан, дающих высокие оценки своему здоровью и не имеющих хронических заболеваний).
- После падения в 2014-2015 годах *восстановление уровня* потребления медицинских услуг и лекарств началось в трех группах домохозяйств: с более высокими доходами, высоким уровнем образования или плохим состоянием здоровья (пожилых, инвалидов, граждан, оценивающих свое здоровье как «плохое» или «очень плохое»).
- Неуклонное сокращение расходов на лекарства в рассматриваемый период происходило в Москве и Санкт-Петербурге. При этом после кратковременного снижения уже к 2016 году жители этих городов *вернулись* к докризисному потреблению

платных медицинских услуг. На селе и в небольших городах была зафиксирована противоположная тенденция: продолжающийся спад потребления платных медицинских услуг с наметившимся к концу периода ростом в расходах на лекарства.

- Стремление к восстановлению докризисного уровня потребления платных медицинских услуг и лекарств в условиях продолжающегося снижения доходов привело к повышению доли расходов на лечение в общем объеме доходов домохозяйств. Значение данного показателя, рассчитанного по методике ВОЗ (доля расходов на лечение доходах домохозяйства, оставшихся после вычета расходов на еду), увеличилось для населения страны в целом с 7,6% в 2013 году до 8,6% в 2016 году.
- Домохозяйства с повышенным спросом на медицинскую помощь (с пожилыми и инвалидами в составе) традиционно отличаются повышенной долей расходов на лечение — значение рассматриваемого показателя для них в среднем в два раза выше, чем для домохозяйств без таких членов семьи. И именно для них в 2015-2016 годах зафиксированы более высокие темпы роста нагрузки от расходов на лечение на общий бюджет: в семьях с пожилыми этот показатель вырос на 4,6%, а в семьях с инвалидами — на 13,8%.
- Мониторинг позволил провести сравнительный анализ изменений в потреблении платных медицинских услуг и лекарств в условиях текущего падения доходов и кризиса 2008-2009 годов. Напомним, что нынешнее падение доходов населения является более длительным и более значительным, чем то, что наблюдалось во время предыдущего кризиса. Однако при нынешнем падении доходов расходы домохозяйств на лечение снизились меньше: если к 2016 году в сопоставимых ценах спад по сравнению с 2013 годом составил 8,3%, то в 2009 году сокращение по сравнению с 2008 годом достигало 14,6%. Несмотря на различия в падении доходов, наблюдаются сопоставимые изменения в потреблении *платных медицинских услуг*. При этом зафиксированы различия в потреблении лекарств: в текущем периоде население стало меньше тратить на *лекарства*, а в 2008-2009 годах рост расходов на лекарства замедлился, но не прекращался.

1. МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СПРОСЕ И ПРЕДЛОЖЕНИИ МЕДИКАМЕНТОВ И ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В период неблагоприятных экономических условий, адаптируясь к росту цен, опережающему рост номинальных доходов, домохозяйства изменяют свое потребительское поведение. Чаще всего в таких ситуациях население переходит к выбору более дешевых аналогов товаров и услуг или отказывается от их потребления¹. Хотя граждане России имеют право на получение бесплатной медицинской помощи, возможность пройти назначенное лечение нередко зависит от платежеспособности, поэтому снижение расходов на платные медицинские услуги и лекарства может иметь негативные последствия для здоровья населения. Значительная часть граждан приобретает лекарства для лечения дома за счет личных средств. По данным выборочного обследования Росстата², в 2015 году бесплатно или на льготных условиях лекарства (или компенсацию взамен льготных лекарств) получили всего 6,5% населения, среди населения старше трудоспособного возраста — 18,5%. Обращение к платным услугам может быть вызвано не только неудовлетворительным для пациента качеством, но и недоступностью бесплатных услуг. Почти треть (29,1%) пациентов, получивших платную амбулаторную помощь в 2015 году, в отсутствие денежных средств не смогли бы пройти лечение или диагностику: в медицинских организациях, которые могли оказать помощь бесплатно, отсутствовали необходимый специалист или оборудование³.

В рамках нашего мониторинга базовым показателем уровня реальных душевых доходов является соотношение номинальных доходов в рассматриваемый месяц, квартал или год с доходами за аналогичный период предыдущего года, скорректированное на индекс потребительских цен. Данные на **Рисунке 1** свидетельствуют о том, что в 2014 году реальные доходы населения падали только в первом и четвертом кварталах, но в дальнейшем эта тенденция стала устойчивой. Таким образом, начиная с четвертого квартала 2014 года мы наблюдаем снижение реальных доходов населения по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Важно отметить, что, несмотря на то, что это пятый случай снижения реальных доходов за постсоветскую историю, мы впервые

¹ По результатам опросов ВЦИОМ, проведенных по заказу НИУ ВШЭ, более дешевые товары и услуги приобретали в разные месяцы 2016-2017 года от 37% до 45% населения, не приобрели необходимые блага — от 30% до 41%. Более детально результаты опросов изложены в выпуске «Мониторинг социально-экономического положения и социального самочувствия населения. Выпуск Июнь 2017» [на сайте мониторинга Института социальной политики НИУ ВШЭ](#).

² Данные [Выборочного наблюдения доходов и участия населения в социальных программах](#) (ВНДН-2016; Росстат).

³ Еще 33,5% плативших пациентов не устроило качество бесплатных услуг. Порядка трети пациентов предпочли платные услуги бесплатным, так как не имели достаточно времени на посещение медицинской организации, или график ее работы не был удобен для них. Таковы данные обследования домохозяйств — [Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости](#) (Росстат).

столкнулись с таким длинным периодом падения: в предыдущие кризисы восстановление начиналось в течение одного года.

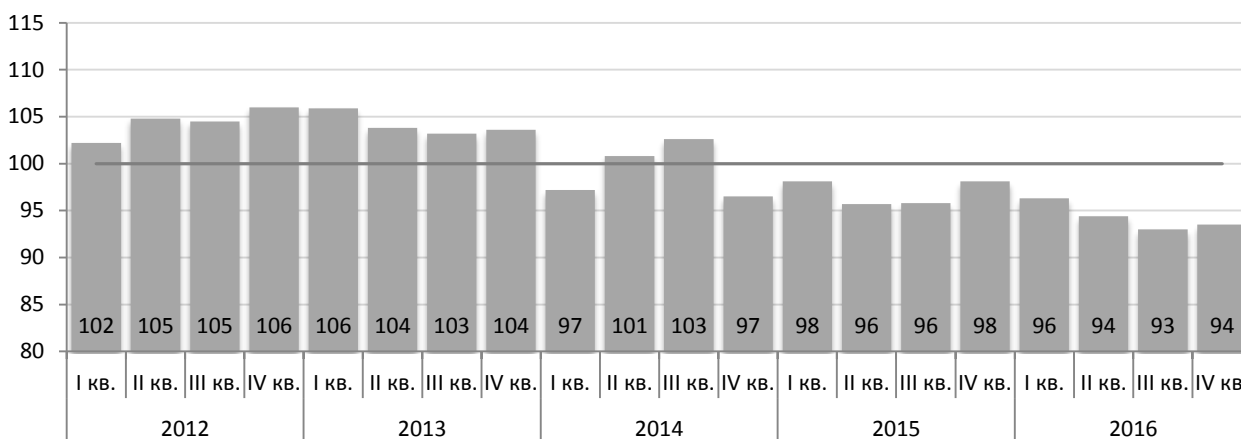


Рисунок 1 — Квартальная динамика реальных располагаемых доходов населения в 2012-2016 гг., % к соответствующему периоду предшествующего года

Источник: оперативные данные Росстата

В 2014 году население столкнулось со значительным подорожанием лекарств: рост цен на медикаменты оказался выше общего индекса потребительских цен (113,1% против 111,4%), при этом инфляция стоимости медицинских услуг была ниже (109,2%; см. **Рисунок 2**). Однако наименее благоприятным для населения с точки зрения динамики цен на лекарства стал 2015 год: при общем росте потребительских цен на 12,9% цены на лекарства выросли на 19,6%. Цены на медицинские услуги в 2015 году снова показали более сдержанный рост и повысились на 11,1%, но этот разрыв был частично компенсирован в 2016 году, когда при общем росте цен на 5,4% медицинские услуги подорожали на 7,8%, а медикаменты — на 4,9%.

Значимым фактором роста цен на фармацевтическую продукцию стала девальвация рубля. Максимальные темпы прироста цен на медикаменты наблюдались в 2015 году, когда страна переживала валютные шоки. Цены на медикаменты, не входящие в список ЖНВЛП⁴, зависят от курсов валют, поскольку заметная часть российского рынка лекарств представлена импортными препаратами, а отечественные лекарства изготавливаются с использованием ввозимого из-за рубежа сырья и оборудования. Несмотря на проводимую в последние годы политику по импортозамещению⁵, к 2016 году российский потребитель все еще сильно зависел от иностранных лекарств: по оценкам DSM Group, в 2013-2016 годах импорт лекарственных средств сократился на 22% по числу упаковок и на 40% в долларовом эквиваленте, но рост курсов валют обеспечил увеличение импорта лекарств по их стоимости в рублях на 26%. По данным упомянутого

⁴ Предельные отпускные цены производителей, а также предельные размеры оптовых и розничных надбавок на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП) утверждаются органами государственной власти.

⁵ Такая задача поставлена в Федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (2011 год), Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 года (2014 год).

маркетингового агентства, доля импортных препаратов в общем объеме рынка в 2014-2017 годы снизилась незначительно — с 76% до 71% по стоимости и с 45% до 39% по числу упаковок⁶. А принятое в конце 2015 года постановление Правительства РФ об ограничении допуска иностранных производителей лекарств к государственным закупкам (так называемое постановление «Третий лишний»), которое усиливает поддержку отечественных производителей и производителей из стран ЕАЭС, способствует снижению импорта на госпитальном рынке, но не потребительском.

Еще одним фактором ускорения инфляции на лекарства в эти годы могло стать постепенное вымывание с рынка препаратов с невысокой ценой, реализация которых невыгодна аптекам. В 2014-2016 годах в список ЖНВЛП, было включено более 90 новых наименований. Эксперты DSM Group указывают, что в рассматриваемый период цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства росли значительно медленнее, чем на прочие⁷. Однако эффект этого регулирования не стоит переоценивать: по данным агентства, только 40% аптечных продаж приходится на лекарства с регулируемой ценой. Таким образом, большая часть препаратов, приобретаемых домохозяйствами, — это лекарства с нерегулируемой ценой. Контроль цен на ЖНВЛП и неблагоприятные экономические условия создают для производителей и аптек стимулы к повышению цен в сегменте без регулирования. В результате, именно население, а не медицинские организации, приобретающие в основном препараты с контролируемой ценой, ощущает ускоренный рост цен.

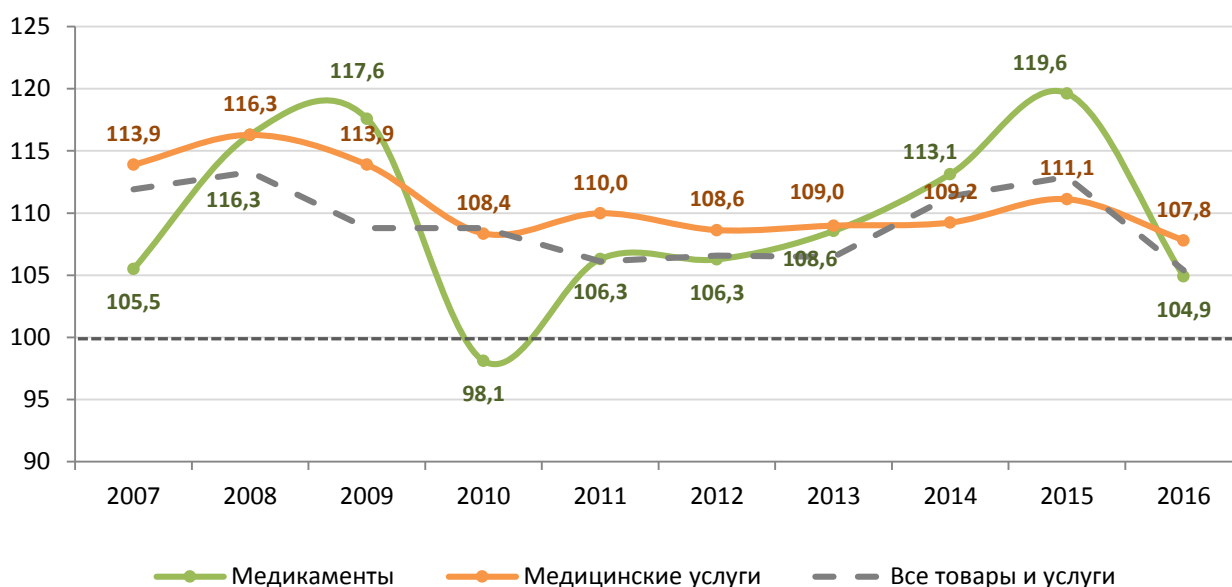


Рисунок 2 — Темпы инфляции на медицинские услуги и медикаменты (частные индексы потребительских цен, в %, декабрь к декабрю предыдущего года)

Источник: данные Росстата

⁶ Для более подробной информации см. [Аналитические отчеты DSM Group](#).

⁷ Цены в аптеках на нерегулируемые препараты в 2014 году росли в 2,4 раза быстрее, чем цены на ЖНВЛП, в 2015 году — в 5,1 раза, в 2016 году — в 5,4 раза.

Медицинские услуги в период экономического спада подорожали меньше, чем лекарства, а в 2014 и 2015 годах цены на платные медицинские консультации и манипуляции росли даже медленнее, чем в среднем на потребительские товары и услуги в экономике (**Рисунок 2**). В отличие от цены на лекарство, цена на медицинскую услугу в большей степени зависит от издержек производителя на труд, которые являются более гибкими и могут быть сокращены в экономически неблагоприятный период, в том числе, для поддержания спроса в этом сегменте, и в меньшей степени — от издержек на дорожающее сырье. Необходимо отметить, что в «кризисные» годы медицинские услуги дорожали с теми же темпами, что и до 2013 года. И только в 2016 году рост цен немного замедлился на фоне общего снижения цен.

Рассмотрев динамику цен на медицинские услуги и лекарственные средства, перейдем к динамике объемов их потребления. Индексы физического объема позволяют оценить изменение розничных продаж или объемов услуг, оказанных населению, при исключении влияния динамики цен.

В 2014 году при ускорившемся росте цен на медикаменты быстрее росли и объемы потребления фармацевтических, медицинских и ортопедических товаров (**Рисунок 3**). Это означает, что рост цен не заставил население существенно сократить потребление товаров для здоровья. Тем не менее, уже в 2015 году, когда темпы инфляции достигли пика, объемы розничных продаж упали на 6%. В 2016 году рынок стабилизировался, и такую позитивную тенденцию прошлого года аналитики DSM Group связывают с ростом продаж населению безрецептурных препаратов.

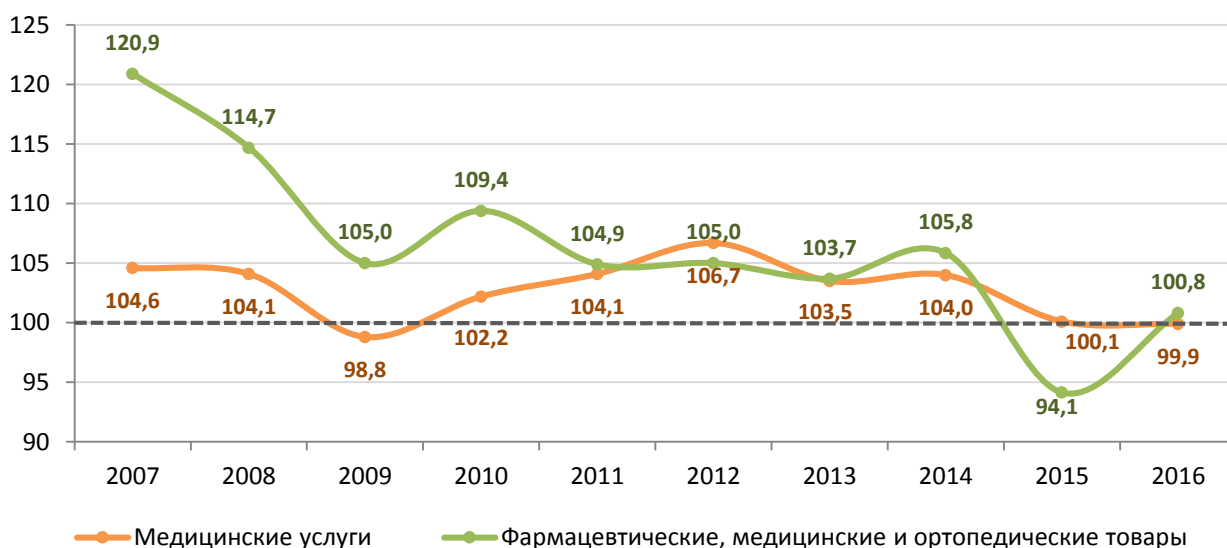


Рисунок 3 — Индексы физического объема платных медицинских услуг населению и розничной продажи фармацевтических, медицинских и ортопедических товаров, в % к предыдущему году

Источник: данные Росстата

В сегменте медицинских услуг прирост потребления в 2014 году сохранился, однако в 2015 году, когда рост цен на медицинские услуги немного ускорился, рост потребления остановился. В 2016 году темпы роста объемов оказанных услуг также были близки к нулю.

Таким образом, в отличие от фармацевтического рынка, который испытал ощутимый спад в 2015 году, рынок медицинских услуг был более стабильным. С одной стороны, это может быть связано с менее значительным ростом цен на медицинские услуги, по сравнению с лекарствами. С другой стороны, как указывают аналитики РосБизнесКонсалтинга со ссылкой на экспертов в области здравоохранения, в экономически неблагоприятный период драйвером спроса населения на платную медицинскую помощь стало снижение ее доступности в государственных медицинских организациях⁸. Однако, как будет показано ниже, население стремилось увеличить уровень потребления платных услуг только в амбулаторном звене, в то время как платежи в стационарах и расходы на стоматологическую помощь имели тенденции к снижению.

⁸ См. статью [Платные медицинские услуги](#) // Журнал РБК. Сентябрь 2016 года.

2. МИКРОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И МЕДИКАМЕНТОВ

В дополнение к агрегированным на уровне экономики показателям в этом выпуске мы анализируем динамику индикаторов потребления, измеренных на микроуровне с помощью выборочных обследований населения, что позволяет изучить влияние новых экономических условий на поведение *различных групп населения* на рынках медицинских услуг и лекарств, а также понять, на *каких компонентах лечения* в большей степени сэкономили жители страны.

Показатели и источники данных для микроэкономического анализа потребления платных медицинских услуг и медикаментов

Эмпирической базой исследования стали данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ за 2007-2016 годы (далее — РМЭЗ НИУ ВШЭ⁹), а также результаты специального выборочного обследования населения о стратегиях адаптации к новым экономическим условиям, проведенного Институтом социальной политики НИУ ВШЭ в сентябре 2016 года (далее — обследование ИСП).

Выборка РМЭЗ НИУ ВШЭ составляет в разные годы от 9,6 тыс. до 17,1 тыс. индивидов, проживающих в 3,7–6,5 тыс. домохозяйствах. Сбор информации осуществляется в осенне-зимний период года, и полученные данные характеризуют период активного обращения граждан за медицинской помощью. Выборка обследования ИСП составляет 2,1 тыс. индивидов, предоставивших информацию о 2,1 тыс. домохозяйств, в которых они проживают. Выборки обоих обследований являются репрезентативными для населения России.

При подготовке выпуска были проанализированы различные показатели потребления платных медицинских услуг и лекарств.

Индикаторами *распространенности случаев оплаты* медицинской помощи стали доли индивидов (членов семьи), получивших платную медицинскую помощь в общем числе респондентов, обратившихся за амбулаторной и стационарной помощью. Поскольку население может получить платные медицинские услуги в медицинских организациях разного типа (в том числе государственных), отдельно рассматривался показатель обращаемости в частные медицинские организации в общем числе индивидов, получавших амбулаторную помощь. В связи с низкой долей (менее 2%) показатель обращаемости в частные медицинские организации среди пациентов стационаров не рассматривался.

⁹ Подробнее об обследовании см. [сайт РМЭЗ НИУ ВШЭ](#).

Средние расходы населения на медицинские услуги и лекарства были оценены как на уровне домохозяйств, так и на индивидуальном уровне. Первый показатель позволяет получить согласованные данные о расходах членов семьи на лечение, второй — понять, на лечение кого именно из членов домохозяйства (индивидов какого возраста и с каким состоянием здоровья) тратила деньги семья. Для оценки расходов на амбулаторную помощь на индивидуальном уровне использовался показатель средней величины платежей за услуги данного вида, рассчитанный лишь для индивидов, имевших такие расходы. Показатель средних платежей дополнил данные о распространенности случаев оплаты амбулаторной помощи и позволил разделить изменения в расходах на амбулаторную помощь в результате сокращения числа случаев оплаты и снижение величины платежей. Средние величины платежей за стационарное лечение не рассматривались в связи с небольшим числом наблюдений о госпитализациях в массиве РМЭЗ НИУ ВШЭ.

В число показателей *доступности платных медицинских услуг и лекарств* вошли: (1) доля расходов на лечение (нагрузка расходов на лечение на бюджет домохозяйства), (2) доля домохозяйств, сокращавших потребление медицинских услуг и лекарств или отказывавшихся от них в период экономического спада 2014-2016 годов.

Процент домохозяйств, которые сэкономили на лечении в экономически неблагоприятный период был оценен на данных обследования ИСП, а нагрузка медицинских расходов на бюджет домохозяйств, а также показатели распространенности случаев оплаты и расходов на лечение — на данных РМЭЗ НИУ ВШЭ.

Динамика большинства индикаторов до 2015 года была представлена в материалах мониторинга прошлого года¹⁰. Текущий анализ был дополнен данными 2016 года и данными в разрезе групп населения, различающихся по спросу на медицинскую помощь и платежеспособности.

Экономия на лечении как реакция населения на снижение доходов в 2014-2016 годах

Результаты специального обследования ИСП о стратегиях адаптации россиян к новым экономическим условиям показывают, что в условиях снижения реальных доходов население начинает экономить на платных услугах и лекарствах, при этом не отказывается от лекарств, а переходит на более дешевые, но в то же время достаточно массово отказывается от платных медицинских услуг (**Рисунок 4**).

Почти половина (42,8%) домохозяйств, пользовавшихся платными медицинскими услугами до кризисного периода, *стали обращаться за такой помощью реже или переклЮчилиСь на более дешевые услуги*. По распространенности случаев экономии услуги врачей оказались в верхней части списка. Чаще население ограничивало себя только в

¹⁰ Результаты анализа представлены в выпуске Мониторинга Института социальной политики НИУ ВШЭ [«Население России в 2016 году: доходы, расходы и социальное самочувствие. Мониторинг НИУ ВШЭ. Август-Сентябрь 2016»](#).

расходах на досуг, питание, приобретение одежды и обуви. Реже, чем на посещении платного врача или платных анализах и процедурах, население сэкономило на туристических поездках, приобретении бытовой техники и услугах связи, а также образовательных услугах.

Решение *полностью отказаться от платных медицинских услуг* в 2014-2016 годах приняли 17,3% потребителей, что реже отказов от проведения досуга и расходов на отпуск, однако чаще отказов от платных образовательных услуг, услуг по присмотру и уходу за детьми, пожилыми и инвалидами.

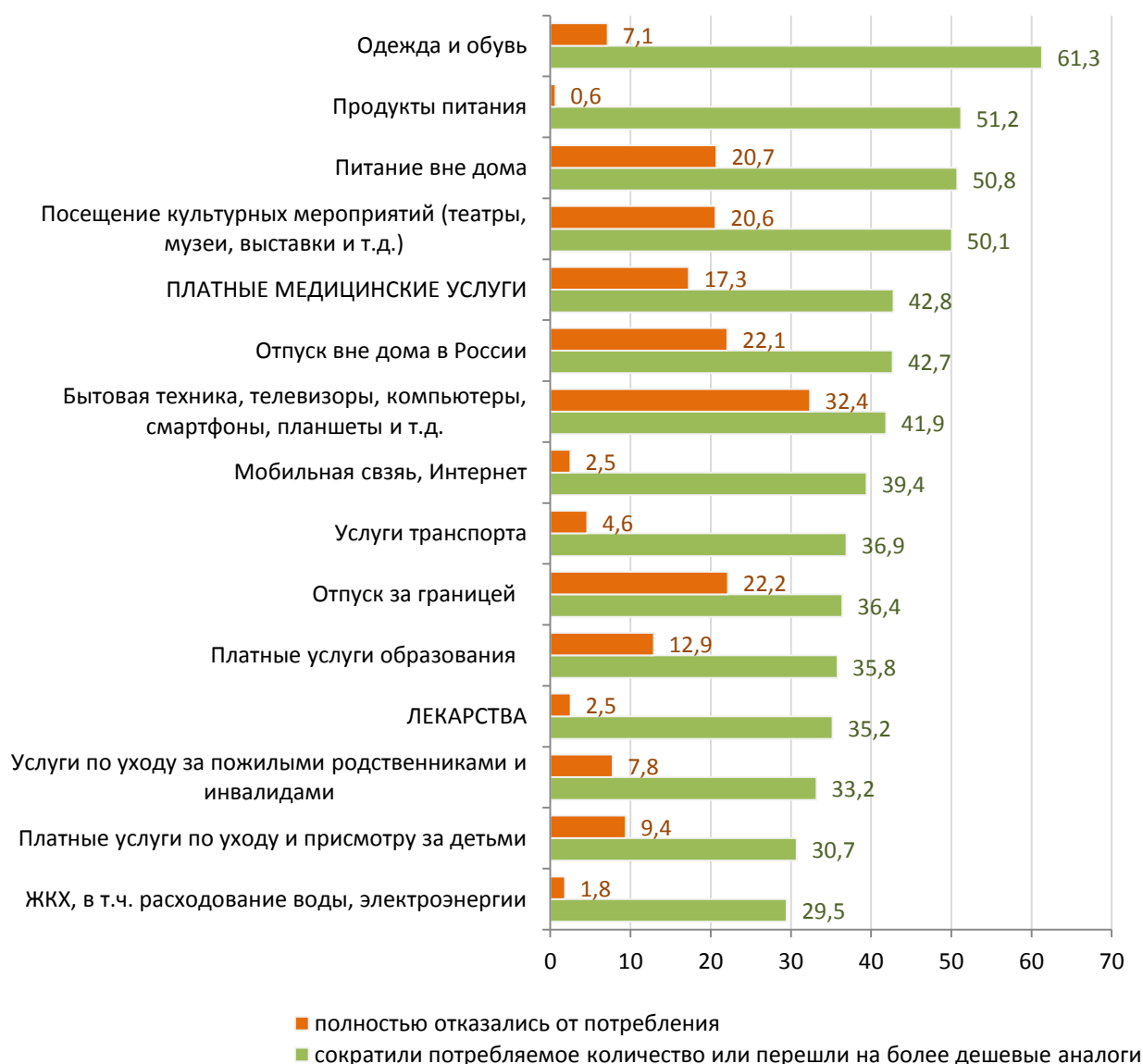


Рисунок 4 — Изменения в потреблении различных групп товаров и услуг в ответ на снижение реальных доходов в 2014-2016 годах¹¹, % от числа потребителей данных товаров и услуг

Источник: обследование ИСП

¹¹ Формулировка вопроса: «Многие домохозяйства в течение последних двух лет [с сентября 2014 года по сентябрь 2016 года] изменили свое поведение с целью экономии в новых экономических условиях. Как изменилось обычное поведение Вашего домохозяйства в отношении следующих товаров и услуг?»

На лекарствах население сэкономило реже, чем на платных медицинских услугах: по сравнению с 2014 годом потребление лекарств сократили 35,2% населения (**Рисунок 4**). Лекарства являются потребностью первой необходимости, поэтому случаи полного отказа от назначенных врачом медикаментов в связи с падением реальных доходов минимальны — на них указали только 2,5% опрошенных. По распространенности эти отказы сопоставимы с отказами от услуг мобильной связи и Интернета.

Более высокая готовность населения отказываться от платных медицинских услуг, нежели чем от приобретения медикаментов, — это рациональный потребительский выбор, поскольку первые в России имеют бесплатные аналоги. Их качество может быть ниже, такая помощь может быть получена менее оперативно, чем платная, однако в условиях снижения доходов и роста цен такое замещение может показаться домохозяйствам допустимым, поскольку позволяет сэкономить средства в текущем периоде.

Как и следовало ожидать, снижение потребления платных медицинских услуг и лекарств более характерно для групп населения с низким уровнем доходов и тех, кто субъективно ощутил заметное ухудшение материального положения в результате падения реальных доходов. Тем не менее, пересмотрели свои потребительские предпочтения и семьи, которые считают, что в 2014-2016 годах стали жить лучше. В течение двух лет 34,3% семей в данной группе сократили потребление платных медицинских услуг, а 15,4% полностью отказались от таковых; 18,5% стали покупать меньше лекарств, а 1,8% отказались от покупки медикаментов (**Приложение, Рисунки П1 и П2**). Опережающий рост цен на лекарства мог сделать их менее доступными для групп населения не только с низким, но и с относительно высоким уровнем благосостояния.

Согласно данным мониторинга, 56,4% населения старше трудоспособного возраста не снизили потребление лекарств, но лишь 24,6% пожилых граждан сохранили в период экономического спада прежний уровень потребления платных медицинских услуг. Аналогичная ситуация характерна и для трудоспособных граждан (**Приложение, Рисунок П3**), но для пожилых снижение доступности медикаментов и платных медицинских услуг может иметь более значимые социальные последствия.

Возможность сохранить привычный уровень потребления товаров и услуг для поддержания здоровья зависит и от состава семьи. Наиболее высокие шансы получать те же платные услуги, что и до кризиса, имели одиноко проживающие граждане трудоспособного возраста, не имеющие иждивенцев (**Приложение, Рисунок П4**). Чаще всего о сокращении потребления как услуг, так и лекарств, сообщают одиноко проживающие пожилые индивиды — доля сохранивших докризисный уровень потребления среди них несколько ниже, чем среди всех граждан старше трудоспособного возраста (18,4% против 24,6% для медицинских услуг и 51,3% против 56,4% для лекарств). Хотя среди рассматриваемых типов домохозяйств семьи с детьми имеют наивысшие риски бедности, доли отказывающихся от лечения по экономическим причинам среди них невелики. Имея сравнительно невысокий объем потребления платных медицинских услуг и лекарств, в период снижения доходов они могут сохранить привычный уровень потребления с меньшими затруднениями. Кроме этого, можно предположить, что в тех

случаях, когда медицинские услуги и препараты приобретаются для детей, эта статья расходов получает в бюджете семьи большой приоритет. При этом на лечении чаще, по сравнению с прочими семьями с детьми, сэкономили монородительские семьи (одинокий взрослый с детьми), имеющие, как правило, более жесткие бюджетные ограничения.

Распространенность платного лечения

Три года падения реальных доходов населения сопровождались небольшим, но статистически значимым сворачиванием платежей за лечение в стационаре: доля граждан, оплачивающих медицинские услуги или лекарства при лечении в больницах, в общей численности таких пациентов сократилась с 28,6% в 2013 году до 24,7% в 2016 году (**Рисунок 5**). При этом практически не изменился уровень платности амбулаторной помощи. В экономически неблагоприятный период услуги стоматологов население оплачивало почти так же часто, как и в предшествующие годы: доля плативших среди обратившихся за стоматологической помощью и зубопротезированием оставалась стабильной на уровне 59-60%.

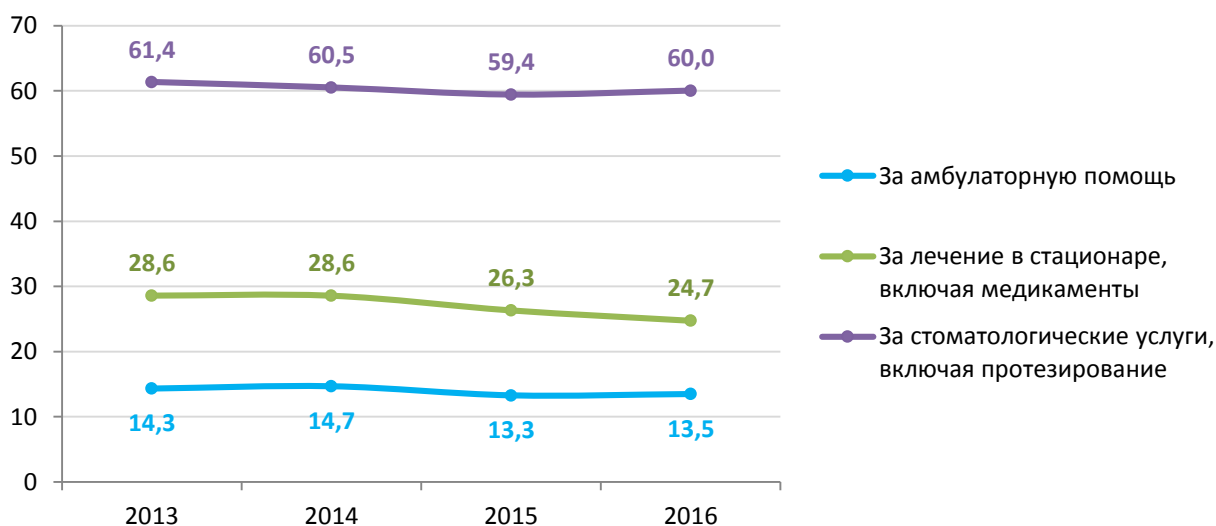


Рисунок 5 — Доля плативших среди обратившихся за медицинскими услугами различных видов, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

За относительно стабильными общими показателями распространенности случаев оплаты медицинских услуг скрываются более значительные изменения в отдельных группах пациентов.

Сокращение доли плативших в большей степени было характерно для групп населения с невысоким спросом на медицинскую помощь, в то время как пациенты с плохим здоровьем, нуждающиеся в более сложном лечении, реже отказывались от платных медицинских услуг и к 2016 году вернулись к докризисному уровню потребления. В частности, платную амбулаторную помощь все реже получило население с «хорошим» и «очень хорошим» здоровьем: доля плативших в данной группе сократилась с 11,8% в 2014

году до 7,9% в 2016 году (**Рисунок 6**). Индивиды со «средним» здоровьем в эти годы обращались за платной амбулаторной помощью с постоянной частотой, в 15-16% случаев. Население с «плохим» и «очень плохим» здоровьем вслед за ростом цен на медицинские услуги в 2013-2015 годах снизило их потребление: доля плативших сократилась с 13,9% до 11,5%, но в 2016 году она увеличилась до 15,1%. Наблюдаемый рост мог стать результатом возвращения таких пациентов к необходимым им платным услугам, получение которых было отложено в 2014 и 2015 годах, в ожидании роста доходов. Однако когда падение доходов затянулось на непривычно длительное время, граждане с повышенным спросом на медицинские услуги и лекарства перераспределили свой бюджет в пользу этих статей.

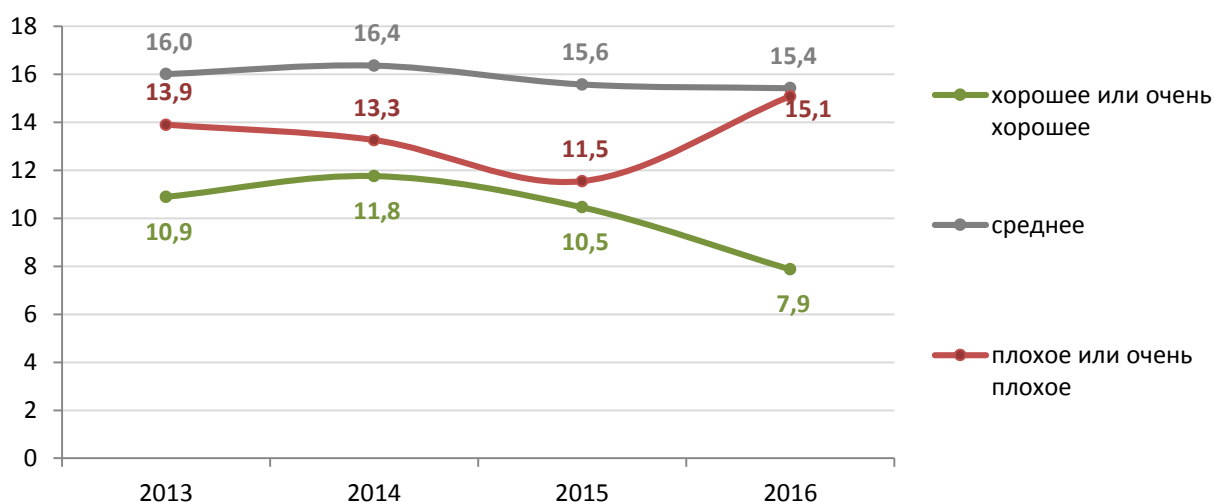


Рисунок 6 — Доля плативших за амбулаторную помощь в группах населения, в зависимости от самооценки здоровья, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Среди относительно здоровых пациентов стационаров, не имеющих хронических заболеваний, с падением доходов в 2014 году доля плативших за лечение и пребывание резко снизилась (с 9,7% до 5%). В 2015 году, не дождавшись роста доходов, они все же стали чаще обращаться за платными услугами, реализовав отложенный спрос и перераспределив расходы в пользу медицинских услуг (**Рисунок 7**). В 2016 году восстановление зарплат высокооплачиваемых работников, большинство из которых относится к данной группе пациентов, предопределил и рост обращений за платным лечением. Пациенты с хроническими заболеваниями в меньшей степени изменили свое потребительское поведение на рынке платных услуг, несмотря на то, что в 2016 году мы наблюдали существенное снижение реального размера пенсии — важного источника доходов данной группы. Доля плативших среди них снизилась с 12,8% в 2013 году до 10,2% в 2015 году (год наиболее интенсивного роста цен на медицинские услуги), а в 2016 году вернулась к докризисному уровню. Такая динамика обусловлена насущностью потребности в медицинских услугах для таких пациентов; на ее удовлетворение используются ресурсы всего домохозяйства.

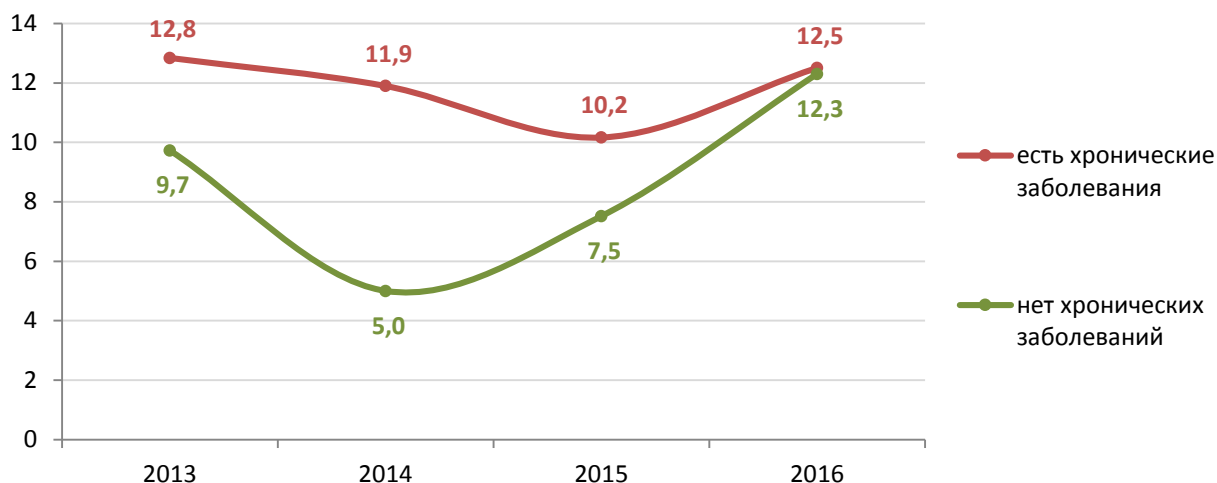


Рисунок 7 — Доля плативших за лечение и пребывание в медицинской организации среди пациентов стационаров, имеющих и не имеющих хронические заболевания, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В период с 2013 по 2016 годы доля плативших за лечение наиболее существенно снизилась среди пациентов поликлиник и стационаров младше трудоспособного возраста (**Рисунок 8**). В связи с высокой социальной значимостью этой группы населения и в докризисный период дети получали необходимое лечение полностью бесплатно значительно чаще, чем взрослые, и относительно более высокая доступность бесплатных услуг могла позволить родителям сократить расходы на лечение детей в период снижения доходов за счет перехода в бесплатный сегмент. В 2013-2016 годах граждане трудоспособного возраста стали несколько реже платить за амбулаторную и стационарную помощь (доли сократились, соответственно, с 18,5% до 17,5% и с 13,1% до 9,9%), а пациенты старше трудоспособного возраста, напротив, стали к 2016 году чаще лечиться платно (доли возросли, соответственно, с 13,7% до 14,5% и с 11,4% до 14,6%).

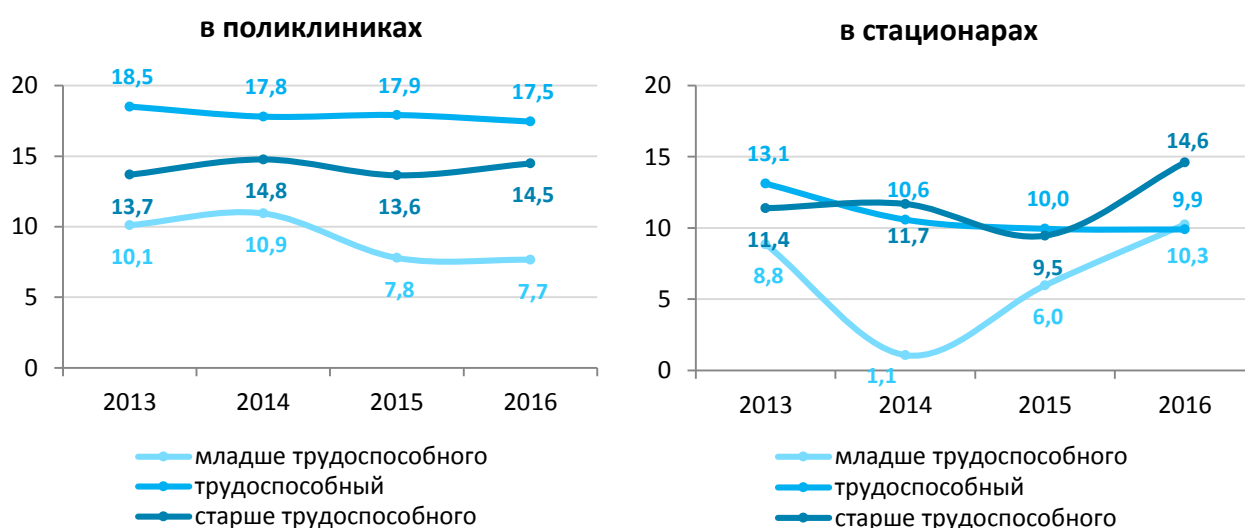


Рисунок 8 — Доля плативших за лечение среди пациентов поликлиник и стационаров разных возрастов, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Необходимость госпитализаций в связи с рождением детей, а также, возможно, более внимательное отношение к своему здоровью определили менее значительное сокращение доли плативших среди женщин, прошедших стационарное лечение, по сравнению с мужчинами (**Рисунок 9**). Среди пациентов женского пола доля плативших сократилась с 12,3% в 2013 году до 10,3% в 2014 году. К 2016 году она достигла 13,8% и превысила докризисный уровень. Среди мужчин доля плативших снижалась на протяжении 2 лет (с 2013 по 2015 годы) более высокими темпами — с 10,7% до 6,7%. К 2016 году она возросла до 9,6%, однако все же не достигла уровня докризисного 2013 года. В результате, к концу периода наблюдения разрыв между женщинами и мужчинами в доле пациентов, оплативших медицинские услуги в стационаре, увеличился.

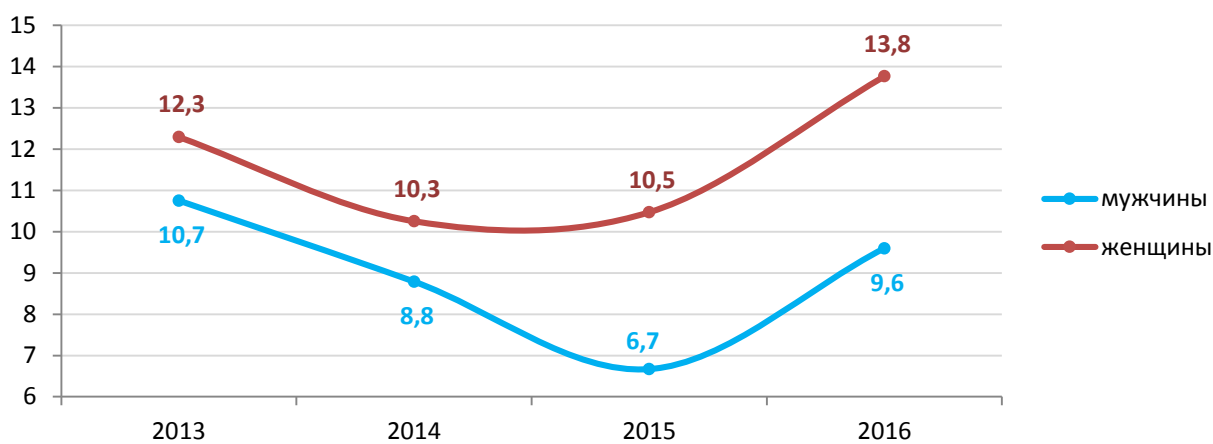


Рисунок 9 — Доля плативших за лечение и пребывание в медицинской организации среди госпитализированных женщин и мужчин, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Потребление платных услуг в стационарах в группах населения с высокой платежеспособностью (занятых граждан и проживающих в семьях с высокими доходами — составляющих четвертую и пятую квинтильные группы) снизилось лишь временно, в 2014 году (**Рисунки 10 и 11**). К 2016 году доля плативших в этих социальных группах вернулась к докризисному уровню или превысила его. В менее платежеспособных слоях населения (среди незанятого населения трудоспособного возраста и представителей первой и второй квинтильных групп по доходу) доля плативших среди пациентов стационара продолжала сокращаться и в 2015 году. В 2016 году она увеличилась лишь незначительно у незанятых и представителей первой квинтильной группы, с минимальными доходами. Зафиксированный рост может быть обусловлен настоятельностью потребности: чтобы оплатить необходимую медицинскую помощь бедные берут деньги в долг, а незанятые из небедных семей используют доходы других членов домохозяйства.

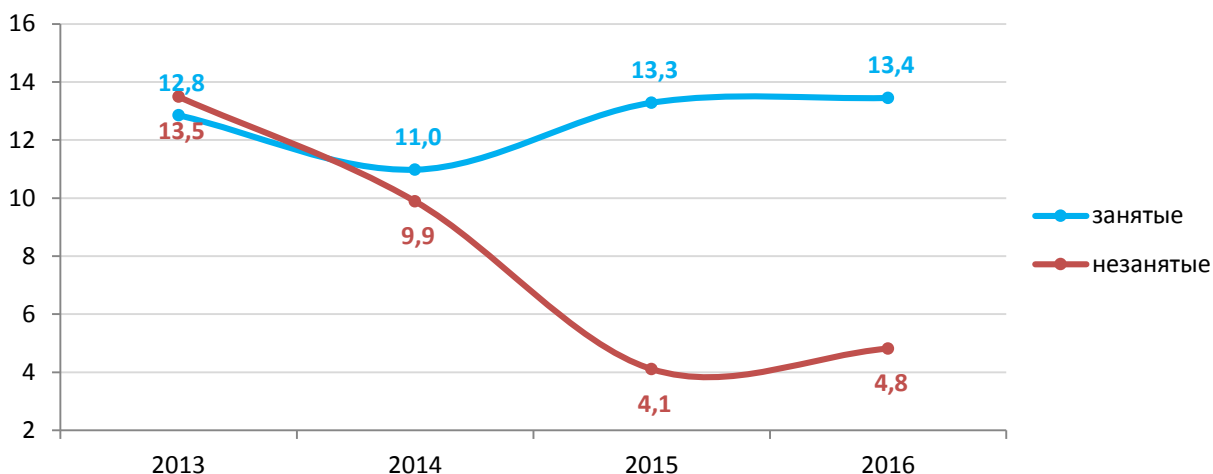


Рисунок 10 — Доля плативших за лечение и пребывание в стационаре среди занятых и незанятых пациентов больниц трудоспособного возраста, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

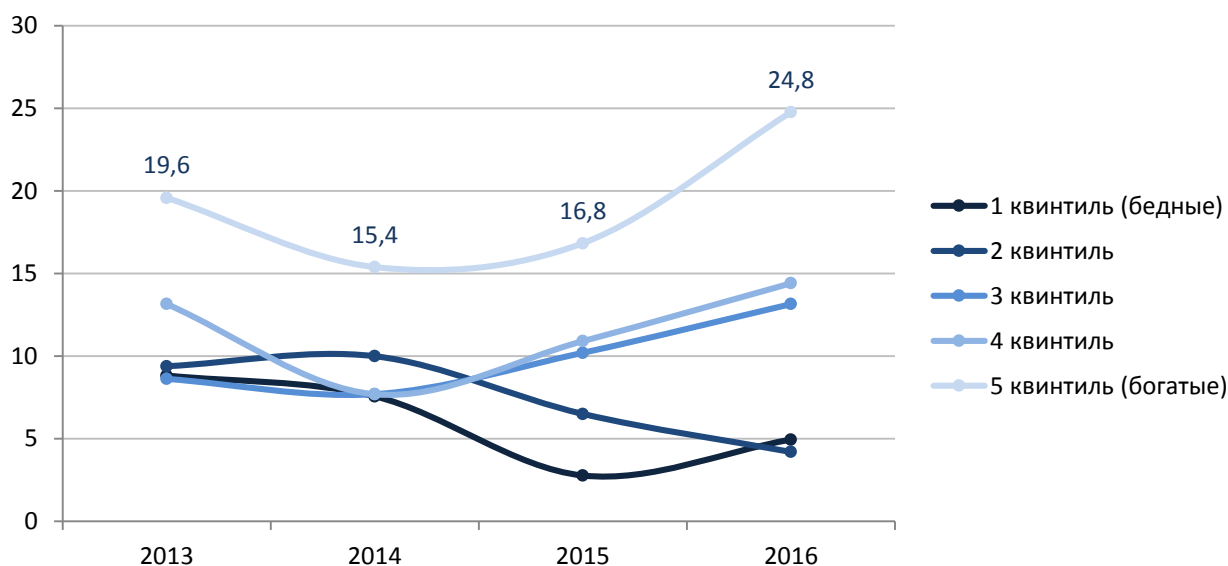


Рисунок 11 — Доля плативших за лечение и пребывание в стационаре среди пациентов больниц с различным уровнем доходов, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Более высокий уровень притязаний к качеству медицинской помощи и более высокий уровень доходов определяют повышенный спрос на платные медицинские услуги для населения с высшим образованием. В зависимости от образования дифференцирована распространённость платежей за медицинские услуги не только в стационарах, но и в поликлиниках. Данные **Рисунка 12** показывают, что пациенты с высшим образованием предъявляют самый высокий спрос на платные медицинские услуги. На протяжении рассматриваемого периода среди них в случае обращения за амбулаторной помощью доля плативших сокращалась в 2013 и 2014 годах, но в 2016 году она вернулась к докризисному уровню (порядка 23%). Среди обращавшихся за стационарной помощью она увеличилась (с 14,1% в 2013 году до 20% в 2016 году), при этом возрос и разрыв в доле плативших между пациентами с высшим образованием и без него.

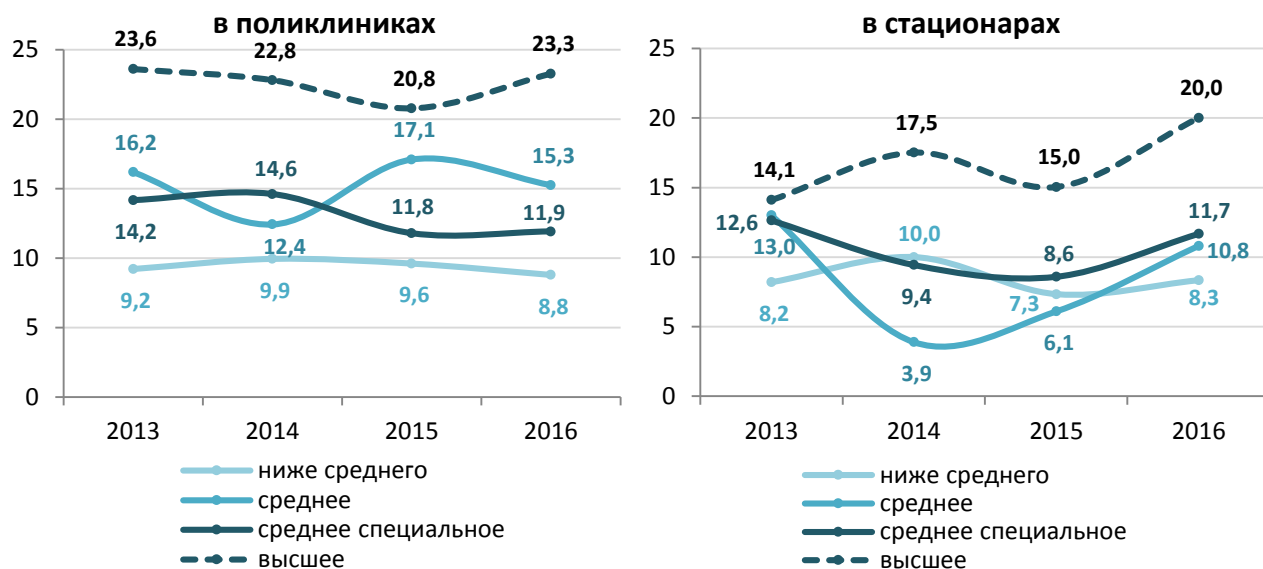


Рисунок 12 — Доля плативших за лечение среди пациентов поликлиник и стационаров с разным уровнем образования, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В Москве и Санкт-Петербурге падение реальных доходов никак не повлияло на распространенность платы за амбулаторное лечение: доходы населения упали, но их высокий уровень относительно других типов поселений позволил сохранить привычный образ жизни в части потребления медицинских услуг амбулаторного звена. Население других городов-миллионников сначала стремилось удержать привычное качество медицинских услуг, но когда их жители поняли, что кризис затягивается надолго, они скорректировали потребление и сократили спрос. Ухудшение ситуации в бесплатном сегменте здравоохранения заставило расширить платность и в городах с населением 950-500 тыс. чел. В то же время в малых городах и сельской местности даже снижение доступности бесплатной поликлинической помощи в условиях падения реальных доходов привело к сокращению распространенности платных услуг (**Рисунок 13**).

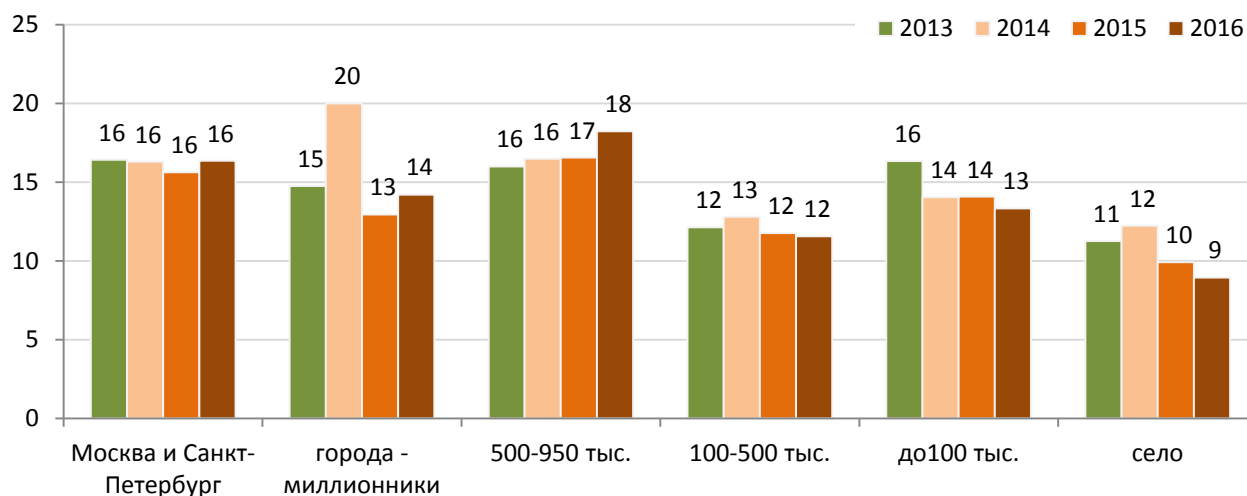


Рисунок 13 — Доля плативших за лечение среди пациентов поликлиник в населенных пунктах различного типа, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В период неблагоприятных изменений в экономике снижалась и *распространенность неформальных платежей* — пациенты реже передавали деньги за лечение и подарки в руки врачам (**Рисунок 14**). Наиболее серьезное сокращение неформальных платежей наблюдалось в стационарном сегменте, где слабее развиты официальные платные услуги. Доля пациентов больниц, которые платили за свое лечение неформально, в общей численности плативших сократилась с 71,5% в 2013 году до 48,5% в 2016 году. То есть в ситуациях, когда обязанность заплатить не закреплена законодательно, пациенты, ощутившие снижение доходов, с меньшей готовностью благодарили врачей за пройденное лечение. Одновременно с этим, как показывают данные РМЭЗ НИУ ВШЭ, в рассматриваемый период получила развитие практика легально платных услуг в стационарах: доля пациентов, оплачивающих свое лечение в стационаре официально, через кассу медицинского учреждения, возросла с 18,5% в 2013 году до 22,8% в 2015 году и 22,3% в 2016 году. Это может свидетельствовать о том, что наблюдаемая динамика в отношении неформальных платежей складывалась не только под влиянием экономического спада, но и в результате развития расширения сегмента услуг, которые официально подлежат оплате.

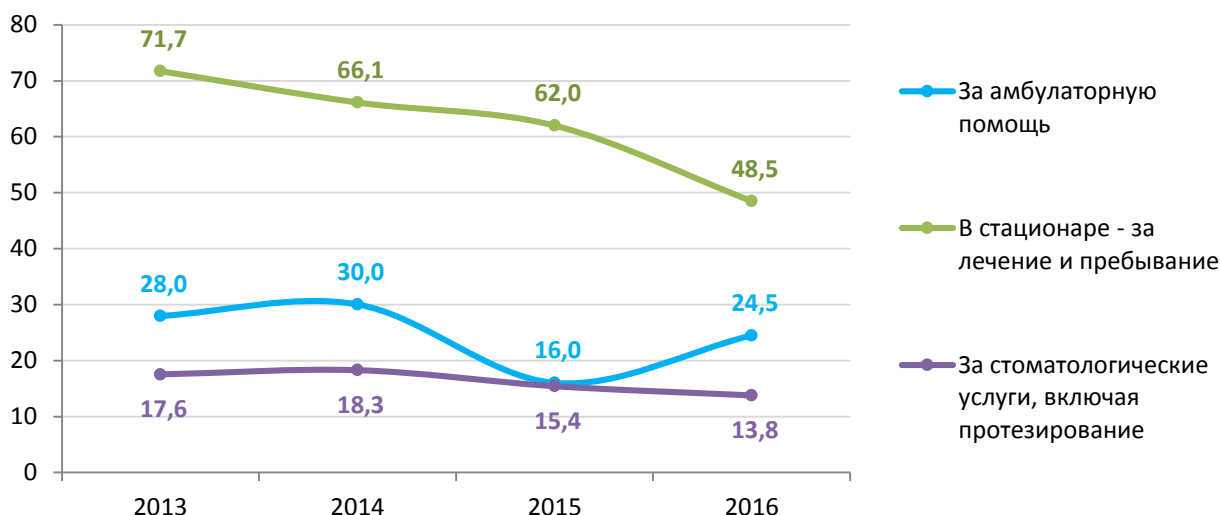


Рисунок 14 — Доля плативших неформально (деньгами или подарками) среди оплативших медицинские услуги различных видов, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Среди тех, кто оплачивал амбулаторную помощь, доля плативших неформально снизилась в два раза. В первый «кризисный» год, когда еще не было понятно, что падение доходов будет длительным, она составляла 30%, а к 2015 году доля плативших неформально снизилась до 16%. В 2016 году, когда в ряде секторов экономики наметился рост реальной заработной платы, данные обследования снова фиксируют рост распространенности неформальных платежей в поликлиниках — до 24,5%; как видно, пока что он не достигает предкризисного уровня. Следует подчеркнуть, что в амбулаторном звене здравоохранения распространенность неформальных платежей значительно ниже, чем в стационарах. При этом самые низкие показатели наблюдаются в секторе стоматологии: доля плативших неформально за услуги стоматологов снижается на протяжении последних 8 лет, и в 2016 году она достигла своего минимального значения —

13,8%. При общей широкой распространенности платных услуг в стоматологии пациенты не видят необходимости в дополнительных неформальных платежах.

Необходимо отметить, что, помимо уже указанных факторов, к снижению распространенности неформальных платежей в медицинских организациях в 2013-2016 годах могли привести и преобразования в системе здравоохранения. Во-первых, в соответствии с указами Президента РФ, в этот период возросла средняя величина оплаты труда медицинских работников¹². Во-вторых, в условиях проводимой оптимизации численности медицинских работников последние могут опасаться наказаний за взимание неформальной оплаты с пациентов. Описанные изменения снижают стимулы для врачей и медицинского персонала принимать от пациентов деньги в конвертах и подарки.

Снижение доходов и рост цен на медицинские услуги, наблюдаемые в условиях падения реальных доходов, не привели к существенному снижению спроса на услуги частных поликлиник. В 2014 году наблюдалось кратковременное снижение доли граждан, обращавшихся в такие медицинские организации, в общей численности получивших амбулаторную помощь (с 9,9% в 2013 году до 8,7% в 2014 году; **Рисунок 15**). К 2015 году показатель вернулся к уровню 2013 года, а к 2016 году превысил это значение и достиг 10,7%.

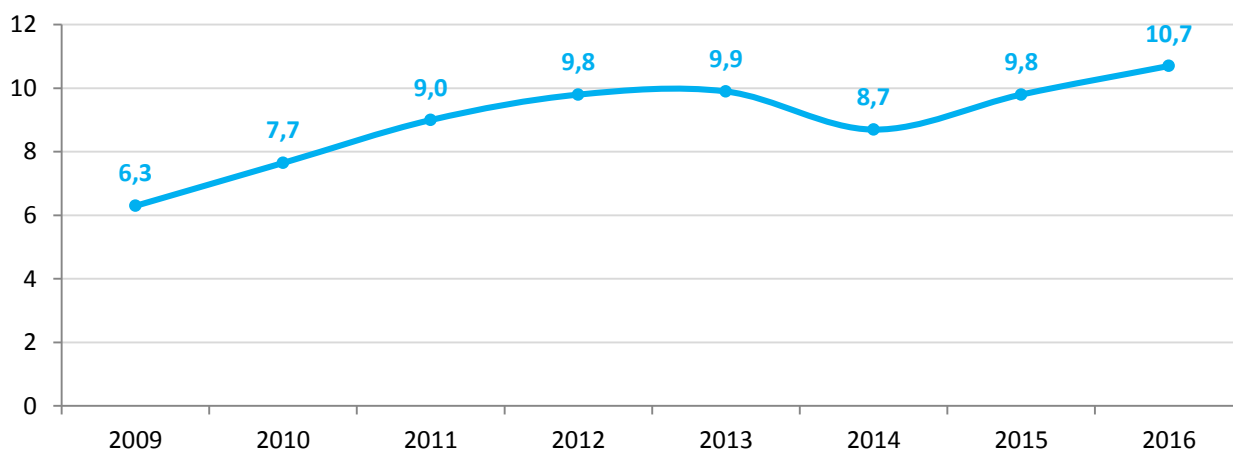


Рисунок 15 — Доля обращающихся в частные клиники среди всех граждан, получивших амбулаторную помощь в течение 30 дней до момента опроса, %

Примечание: данные за 2010 год отсутствуют.

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В значительной мере наблюдаемый рост обеспечивают пациенты с самыми высокими доходами (представители пятой квинтильной группы; **Рисунок 16**). Необходимо, однако, отметить, что и в группах населения с более низкими доходами, даже в первой квинтильной группе (с минимальными доходами) существенного снижения доли обращающихся в частные клиники не произошло.

¹² По итогам проекта НИУ ВШЭ «Условия перевода работников на эффективный контракт в учреждениях социальной сферы» (2015 год, рук. — Л.И. Яковсон).

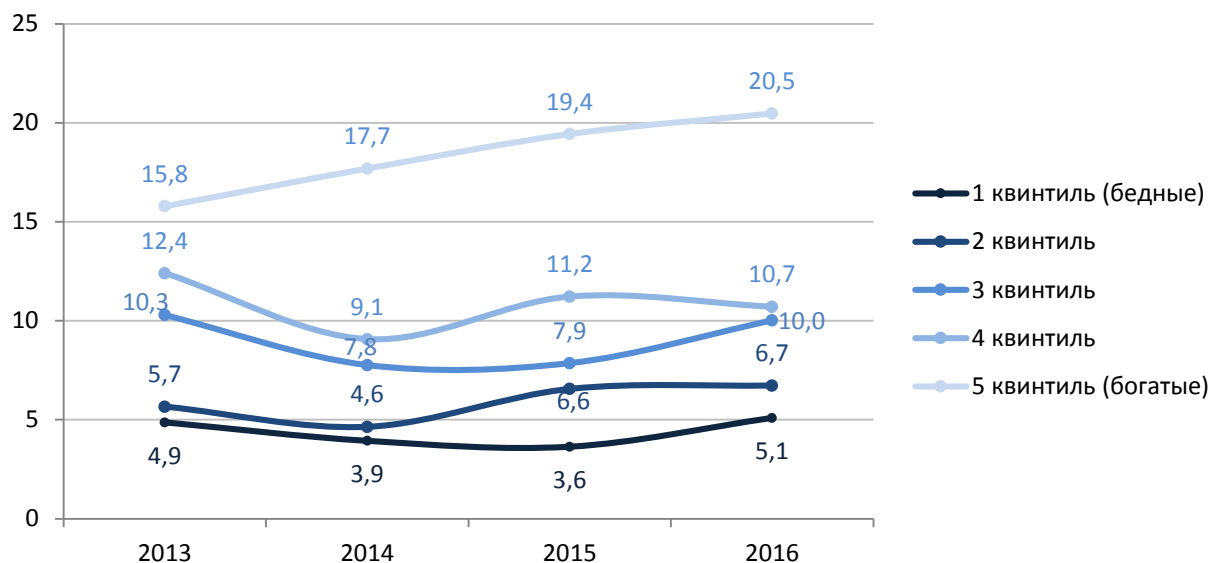


Рисунок 16 — Доля обращавшихся в частные клиники среди граждан, получивших амбулаторную помощь, с различным уровнем доходов, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В 2014-2016 годах наиболее значительно доля обращавшихся в частные клиники увеличилась в группах населения с более высокими требованиями к качеству медицинских услуг – имеющих высшее образование (**Рисунок 17**), а также среди граждан с установленной инвалидностью, то есть, предъявляющих повышенный спрос на медицинское обслуживание (**Рисунок 18**).

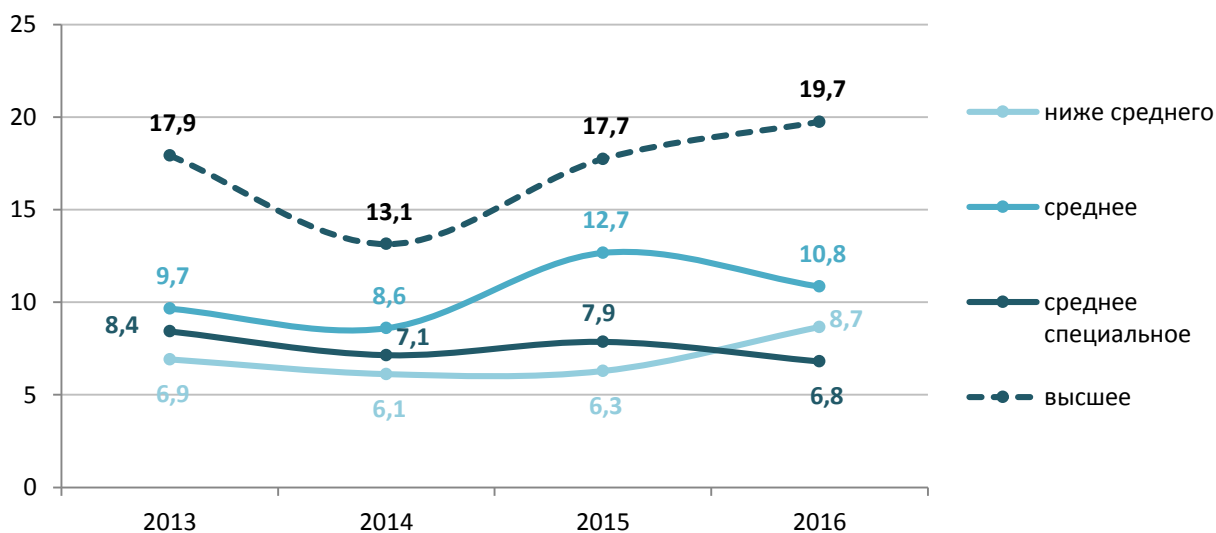


Рисунок 17 — Доля обращавшихся в частные клиники среди граждан, получивших амбулаторную помощь, по уровню образования, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

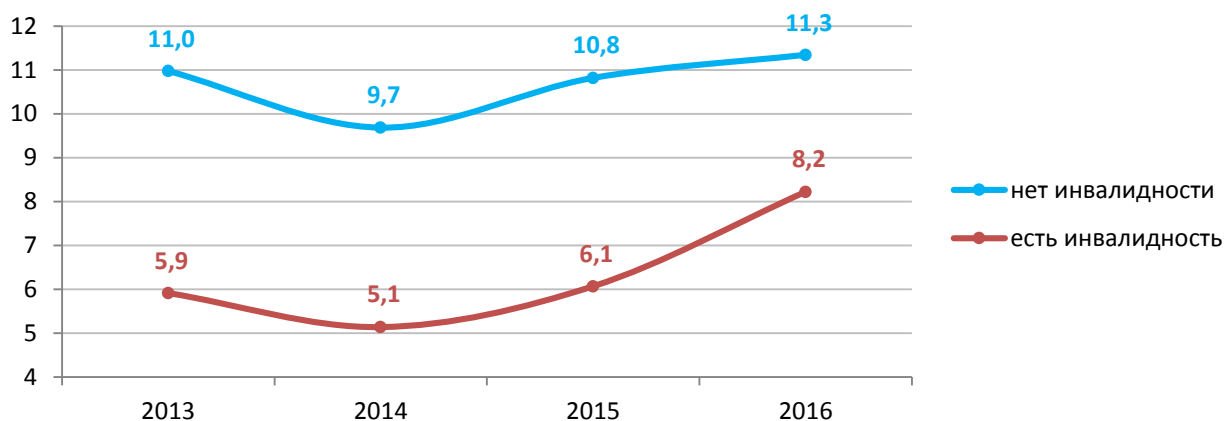


Рисунок 18 — Доля обращающихся в частные клиники среди граждан, получивших амбулаторную помощь, по наличию инвалидности, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Объем денежных расходов на лечение

Динамика расходов на лечение зависит от изменений в объемах потребления лекарств и платной медицинской помощи и предпочтений потребителей в отношении их качества: так же, как и в случае с другими рынками товаров и услуг, в период экономического спада население с целью экономии может переходить в более дешевые сегменты медикаментов и платной медицины. В связи с этим для полноты картины сведения о частоте обращений за медицинской помощью необходимо дополнить информацией о фактических расходах населения на медицинские услуги и товары. Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ позволяют проанализировать динамику затрат домашних хозяйств на оказание платной амбулаторной помощи и покупку фармацевтических и медицинских товаров за 2013-2016 годы в сопоставимых ценах. По платежам за амбулаторное лечение мы имеем информацию о каждом респонденте, поэтому проанализировать их можем не только на домохозяйственном, но и на индивидуальном уровне. В рамках настоящего мониторинга концептуально экономией мы считаем сокращение расходов на лечение в сопоставимых ценах (с корректировкой на изменение цен). Базой для определения сопоставимых цен является последний докризисный период — 2013 год.

Индивидуальные платежи за амбулаторную помощь

Как уже отмечалось выше, в 2014 году реальные доходы населения снизились в первом квартале, затем последовал их рост на протяжении двух кварталов, и в четвертом квартале снова произошло снижение (**Рисунок 1**). Домохозяйства планировали свои бюджеты, еще не зная, что впереди их ожидает как минимум два года падения доходов, поэтому в конце 2014 года, когда проводился сбор данных РМЭЗ, в потреблении платных медицинских услуг население продолжало придерживаться стандарта, сложившегося в период роста доходов, тем более, что рост цен на медицинские услуги был ниже общего индекса потребительских цен.

Как результат, средняя сумма расходов на амбулаторную помощь, полученную в течение 30 дней до проведения обследования, у плативших за нее пациентов увеличилась в сопоставимых ценах на 7,9% по отношению к уровню 2013 года (**Таблица 1**). Падение расходов на амбулаторное лечение данные обследования фиксируют только в 2015 году, который отличался максимальным ростом цен на медицинские услуги. Так, в 2015 году средние платежи за амбулаторную помощь сократились по сравнению с 2013 годом на 23,7%. Однако уже в 2016 году, несмотря на продолжающееся падение реальных доходов, эти расходы вернулись на докризисный уровень и даже превысили его на 5,3% в сопоставимых ценах.

Таблица 1. Расходы на амбулаторное лечение в ценах 2013 года, тыс. рублей

	2013	2014	2015	2016
Средняя величина платежей за амбулаторную помощь, полученную в течение 30 дней до момента опроса (для индивидов, получивших платную амбулаторную помощь в этот период)	3,8	4,1	2,9	4,0

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ показывают, что такое возвращение к прежним практикам потребления было не столько результатом восстановления реальной заработной платы у платежеспособных слоев населения, сколько вынужденным действием в условиях, когда необходимую помощь можно получить только за деньги, и откладывать ее получение больше невозможно. На это указывает тот факт, что наиболее значительно в 2015-2016 годах возросли платежи за амбулаторное лечение в первой квинтильной группе с самыми низкими доходами (в 2,4 раза), среди индивидов старше трудоспособного возраста (на 60%; **Рисунок 19**), а также среди лиц, оценивающих свое здоровье как «плохое» или «очень плохое» (в 2,3 раза; **Рисунок 20**). В значительной мере именно расходы пожилых граждан и индивидов со слабым здоровьем обеспечили рост среднего размера платежей за амбулаторное лечение. В то же время население трудоспособного возраста и индивиды со «средним» здоровьем к 2016 году все еще тратили на амбулаторную помощь меньше, чем в 2013 году.

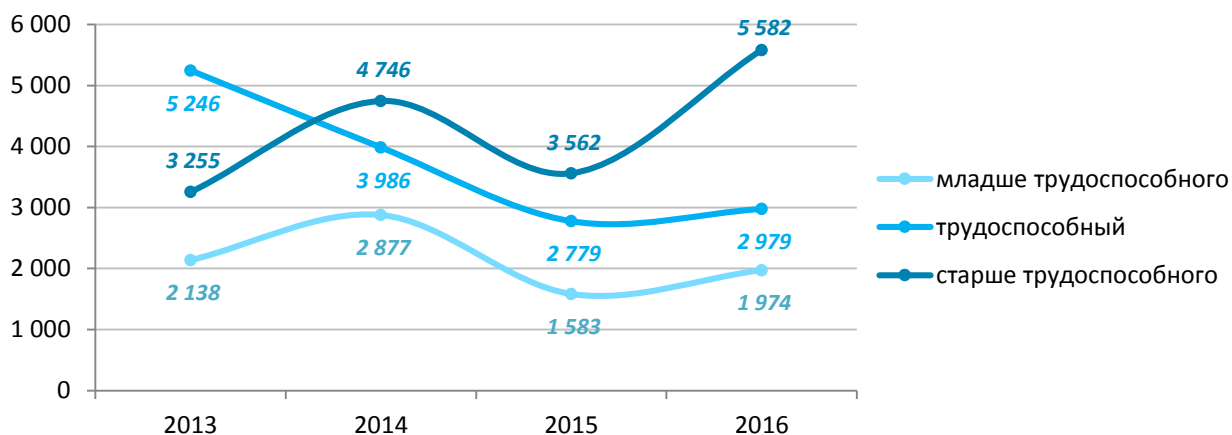


Рисунок 19 — Средняя величина платежей за амбулаторную помощь, по возрасту получателей, в ценах 2013 года, рублей

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

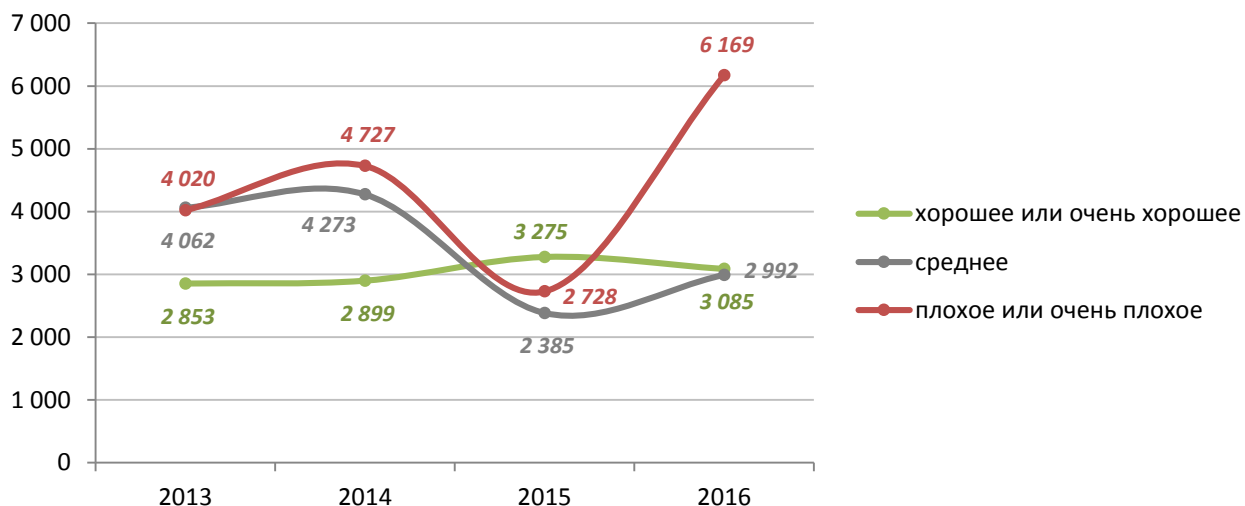


Рисунок 20 — Средняя величина платежей за амбулаторную помощь, по самооценке здоровья получателей, в ценах 2013 года, рублей

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Совокупные расходы домохозяйств на лечение

Полученные оценки совокупных расходов домохозяйств на лечение, рассчитанные как сумма расходов на медицинские услуги и лекарства, свидетельствуют об их сокращении в 2014 и 2015 годах, с выходом на траекторию роста в 2016 году: в 2013-2015 годах совокупное снижение составило 11%, а рост 2016 года — 3,4% по сравнению с 2015 годом (**Рисунок 21**). В 2014 году сокращение расходов на лечение на 3% по сравнению с 2013 годом произошло за счет расходов на стоматологическую и стационарную помощь, а в 2015 году, прежде всего, произошло сокращение расходов на лекарства и амбулаторную помощь. В 2016 году замедлилось падение расходов на лекарства и стационары, а расходы на амбулаторную помощь вернулись к уровню 2014 года, в то время как расходы на стоматологию продолжали падать. В 2013-2016 годах совокупные расходы домохозяйств на лечение сократились на 8%, расходы на медицинские услуги — на 14%.

Из рассматриваемых видов медицинской помощи в 2013-2015 годах российские домохозяйства наиболее значительно (на 20,4% в сопоставимых ценах) сократили расходы на амбулаторную помощь. Однако к 2016 году расходы по этой статье не только вернулись на докризисный уровень, но и превысили его. На 13% в 2013-2015 годах сократились расходы семей на стационарную и стоматологическую помощь. Если к 2016 году население стало тратить на лечение в стационарах снова больше (рост расходов в 2015-2016 годах составил 5,9%), то потребление услуг по лечению и протезированию зубов по-прежнему сокращалось, несмотря на падение цен на медицинские услуги в 2016 году. Как результат, общее сокращение средств, направляемых российскими семьями на оплату стоматологической помощи, в 2013-2016 годах составило 25%. В целом, в новых экономических условиях доступность платных услуг стоматологов снижается. По данным РМЭЗ НИУ ВШЭ, доля домохозяйств, сообщивших, что они не смогли получить

необходимые для членов семьи услуги стоматологов по экономическим причинам, увеличилась с 9,7% в 2014 году до 11,1% в 2016 году.

Значительно меньшими темпами, чем расходы на медицинские услуги, в 2014-2015 годах сокращались расходы на лекарства, витамины и другие медикаменты (спад составил 7%). Кроме этого, уже в 2016 году наблюдалась обратная динамика — расходы по этому направлению увеличились на 5,7% по сравнению с 2015 годом. Такой результат закономерен, поскольку лекарства относятся к набору минимальных базовых потребностей, и расходы по ним восстанавливаются в первую очередь, нередко в ущерб другим платежам.

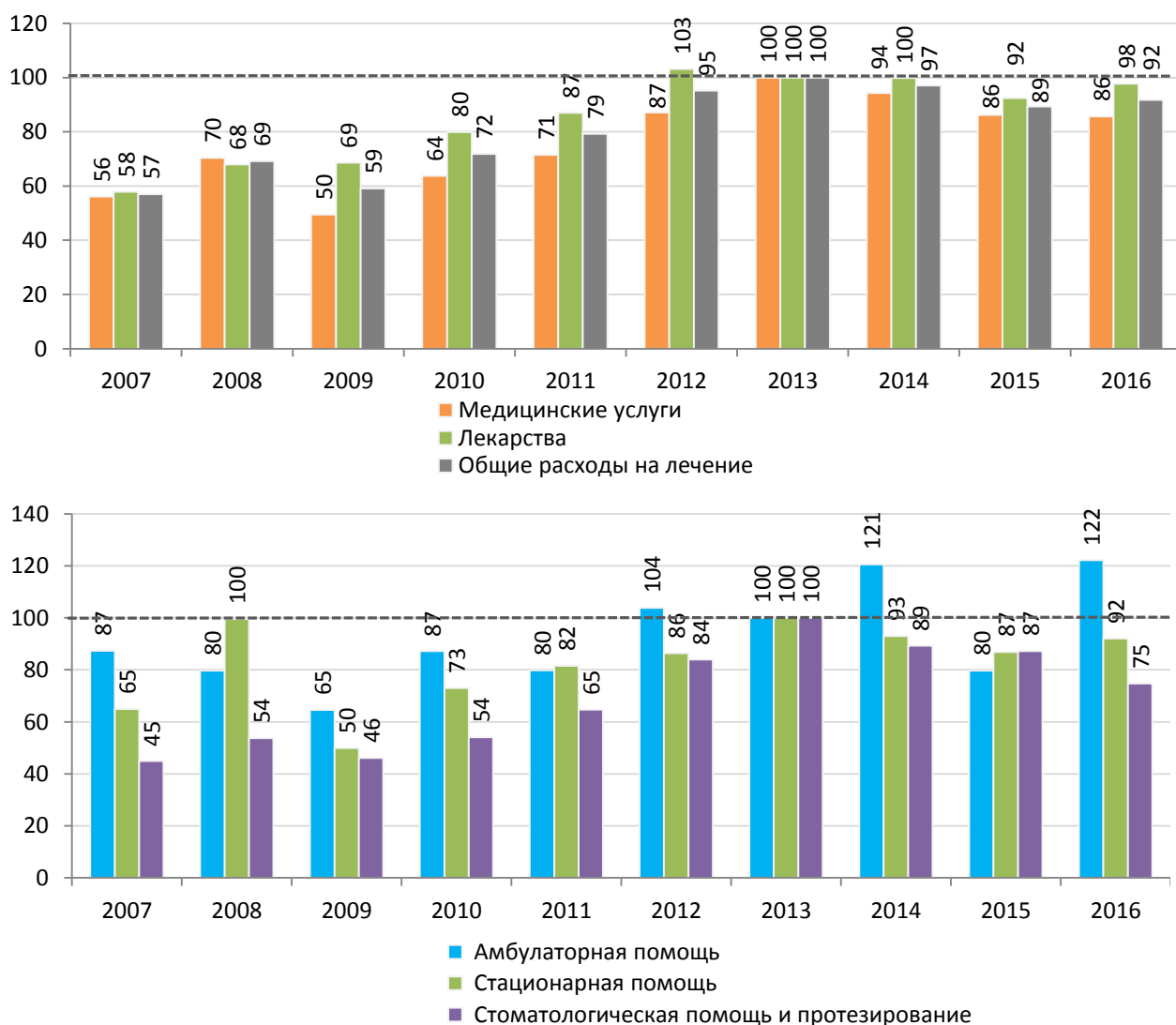


Рисунок 21 — Динамика душевых расходов домохозяйств на лечение, в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

В целом динамика потребления медицинских услуг и лекарств, наблюдаемая по данным выборочных обследований населения (**Рисунок 21**), соответствует трендам, выявленным на макроэкономических данных (**Рисунок 3**): наиболее заметный спад потребительской активности пришелся на период 2014-2015 годов. В 2016 году, по сравнению с 2015 годом, спрос населения на платные медицинские услуги существенно не

изменился, а спрос на лекарства немного вырос. При этом данные РМЭЗ НИУ ВШЭ демонстрируют более сильную негативную динамику: если по данным статистики на рынке медицинских услуг наблюдалось замедление роста, то по выборочным данным фиксируется падение; данные Росстата указывают на рост потребления фармацевтической продукции в 2014 году, данные РМЭЗ — на его относительную стабильность. Кроме этого, выборочные обследования показывают более интенсивный рост расходов на медикаменты в 2016 году.

Наблюдаемые различия объясняются несколькими причинами. Во-первых, необходимо понимать, что наборы товаров и услуг, потребление которых они описывают, не полностью совпадают. Росстат использует общий показатель, описывающий динамику потребления не только лекарств, но и медицинских и ортопедических товаров, в то время как в данных РМЭЗ они не охвачены. Во-вторых, различается состав населения, поведение которого описывают данные. По сравнению с данными Росстата, РМЭЗ НИУ ВШЭ характеризует более бедное население, которое в экономически неблагоприятный период может быть более склонно к экономии и сокращению потребления. Кроме того, в выборку РМЭЗ НИУ ВШЭ могли не попасть семьи с тяжелобольными членами семьи, которые имеют значительные расходы на лечение, не могут отказаться от них даже в период снижения реальных доходов и потому обеспечивают рост потребления в условиях снижения доступности медицинской помощи. Индивиды, тратящие время на уход за родственниками, имеют основания для отказа от участия в обследовании, что может привести к недооценке потребления платных услуг и лекарств.

Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ демонстрируют, что динамика расходов на лечение различается по типам поселения (**Рисунок 22**). Если по выборке в целом (**Рисунок 21**) в 2015-2016 годах увеличения расходов на медицинские услуги не происходило, то население Москвы и Санкт-Петербурга, которое в среднем тратит на этот компонент лечения больше¹³, стало в этот период расходовать на оплату медицинских манипуляций и консультации более значительные суммы, а население небольших городов и села, напротив, продолжало сокращать свои расходы. В результате в 2013-2016 годах разрыв в расходах на медицинские услуги между жителями двух столиц и населением страны в целом увеличился с 2,3 до 2,8 раз, с жителями села — с 4,7 до 9 раз.

В отношении расходов на лекарства прослеживается противоположная закономерность: на протяжении всего периода падения доходов с 2014 года жители столиц, тратящие на лечение в среднем больше, сокращали расходы на лекарства, в то время как жители других городов и села после экономии на лекарствах в 2015 году, к 2016 году вновь увеличили свои расходы (**Рисунок 23**). Более значительные расходы на лекарства у жителей двух столиц позволяют предположить, что они, скорее всего, в кризис отказались от непервостепенных препаратов. Жители других населенных пунктов, достигнув предела экономии в 2015 году, в следующем году были вынуждены увеличить расходы на лекарства в реальном выражении.

¹³ В предкризисном 2013 году жители двух столиц тратили на оплату медицинских услуг в 2,3 раза больше, чем средний житель России, и в 4,7 раза больше, чем средний житель села.

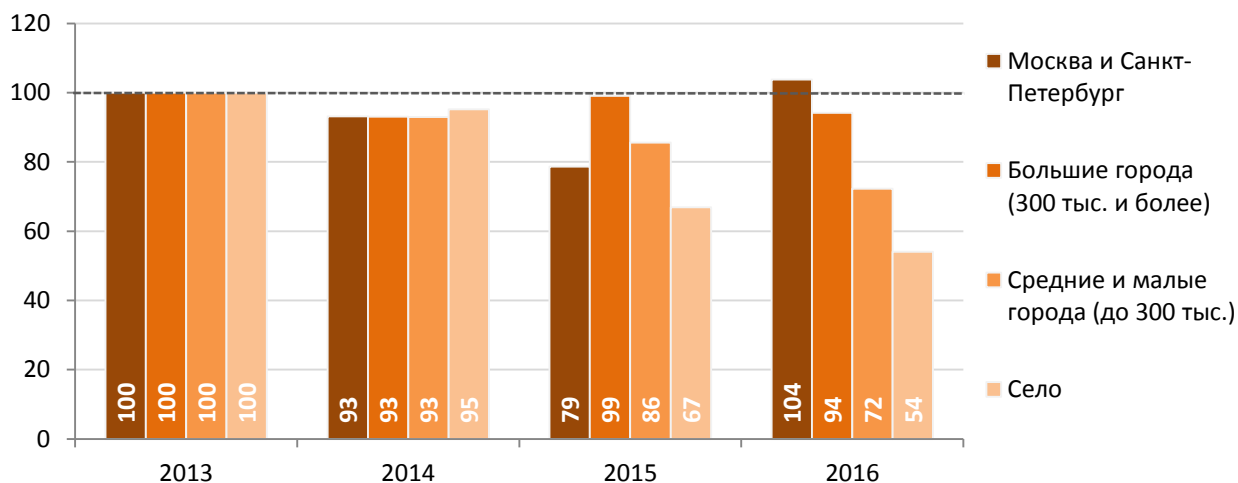


Рисунок 22 — Динамика душевых расходов домохозяйств на медицинские услуги, по месту проживания, в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

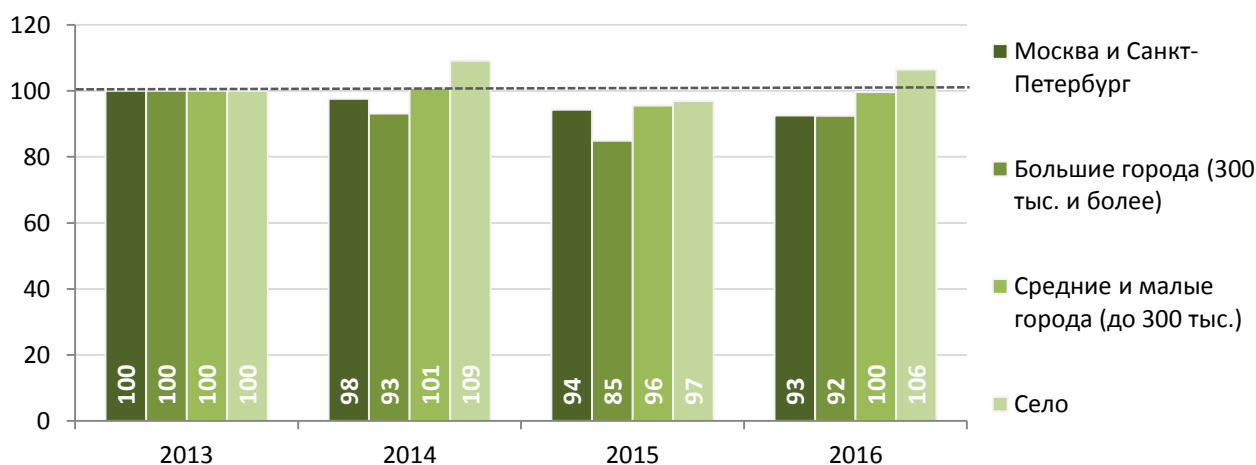


Рисунок 23 — Динамика душевых расходов домохозяйств на лекарства, витамины и другие медикаменты, по месту проживания, в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Модели изменения расходов на лечение различаются в разных доходных группах населения. Самые состоятельные семьи (представляющие пятую квинтильную группу), которые тратят на медицинские услуги значительно больше, чем остальное население¹⁴, сократили данные расходы в 2014 году, в первый экономически неблагоприятный год, сохраняя в следующие годы потребление платных услуг на относительно стабильном уровне (**Рисунок 24**). Домохозяйства из четвертой квинтильной группы, значительно снизив расходы на медицинские услуги к 2015 году, в 2016 году приблизились к докризисному уровню трат. Менее значительные, но аналогичные по направлению изменения были характерны и для домохозяйств из третьего квинтиля. Небогатые домохозяйства (из первой и второй квинтильных групп), тратящие на медицинские услуги меньшие суммы, увеличили потребление платных медицинских услуг в 2014 году, когда

¹⁴ В 2013 году домохозяйства из пятой квинтильной группы тратили на медицинские услуги в 3,5 раза больше, чем средний россиянин; к 2016 году аналогичное соотношение достигло 3,6.

реальные доходы снизились еще незначительно (возможно, в ответ на снижение доступности бесплатных услуг) и сокращали потребление на пике инфляции в 2015 году. В 2016 году, несмотря на продолжающееся снижение уровня благосостояния, самые бедные граждане (первый квинтиль) увеличили потребление платных услуг, на 30% превысив уровень 2013 года. Нарастание объемов потребления при продолжающемся падении доходов указывает на то, что бедное население обращается к платным медицинским услугам в случае крайней необходимости, не может отказаться от них в экономически неблагоприятный период, и эти вынужденные расходы могут нанести ущерб бюджету семьи. Именно расходы на медикаменты и медицинские услуги являются одним из самых распространенных поводов обращения в микрокредитные организации (кредитный инструмент для бедных) или за потребительским кредитом в банки (доступно для пенсионеров).

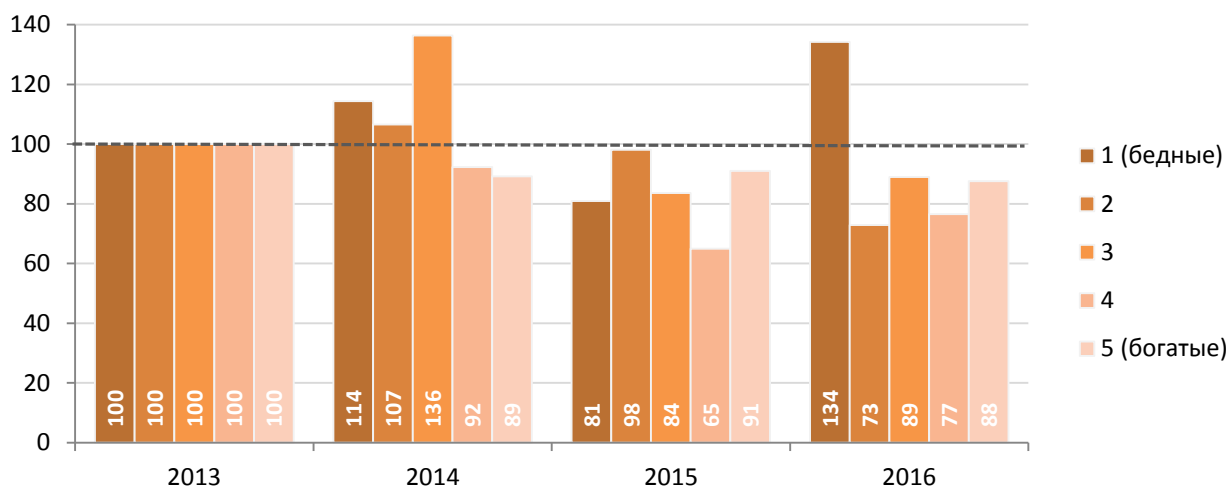


Рисунок 24 — Динамика душевых расходов домохозяйств на медицинские услуги, по доходной обеспеченности домохозяйств (квинтильные группы), в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

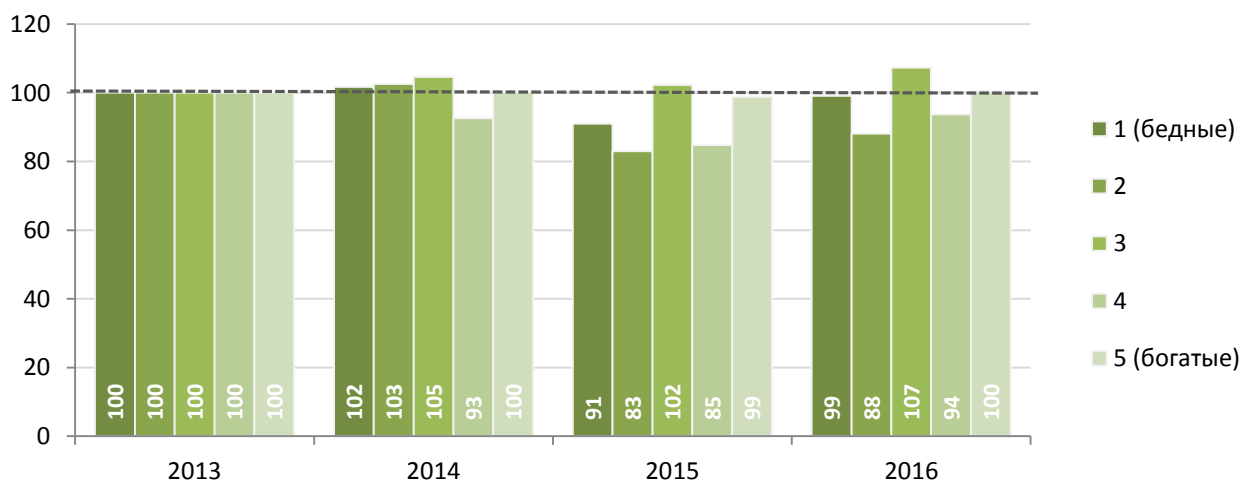


Рисунок 25 — Динамика душевых расходов домохозяйств на лекарства, витамины и другие медикаменты, по доходной обеспеченности домохозяйств (квинтильные группы), в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

При рассмотрении динамики расходов на лекарства в домохозяйствах с различным уровнем доходов можно сделать заключение об относительно стабильном в неблагоприятные годы уровне расходов у самых бедных и самых богатых домохозяйства (**Рисунок 25**). Только в 2015 году, когда цены на лекарства достигли максимума, самое бедное население (из первой квинтильной группы) стало тратить на медикаменты меньше, чем в 2013 году. Население с низкими доходами поддерживает базовый уровень расходов на лекарства, поскольку не может отказаться от покупки медикаментов, которые необходимы для здоровья. Население с высокими доходами может себе позволить не сокращать расходы на лекарства в период экономической нестабильности. Домохозяйства со средними доходами (из второй-четвертой квинтильных групп) пересмотрели свои потребительские привычки и стали тратить на лекарства меньше в 2013-2015 годах, несколько увеличив расходы в реальном выражении к 2016 году.

Кроме этого, в 2015-2016 годах более значительно увеличили расходы на лекарства домохозяйства, которые больше нуждаются в медикаментах — имеющие в своем составе пожилых и инвалидов (**Рисунок 26**). Семьи с пожилыми менее значительно сократили расходы на лечение в 2013-2015 годах (на 9%), по сравнению с семьями без пожилых (на 14%) и в большей степени их увеличили в 2015-2016 годах (на 5%, по сравнению с 2% для домохозяйств без пожилых). Рост расходов на лекарства в 2015-2016 годах был более значительным и в домохозяйствах с инвалидами (7% против 5% у домохозяйств без инвалидов в своем составе). Так как уровень расходов по этой статье в указанных домохозяйствах в два раза превышает уровень расходов на лекарства у домохозяйств без пожилых и домохозяйств без инвалидов, можно ожидать повышения бремени расходов на лечение в данных группах семей.

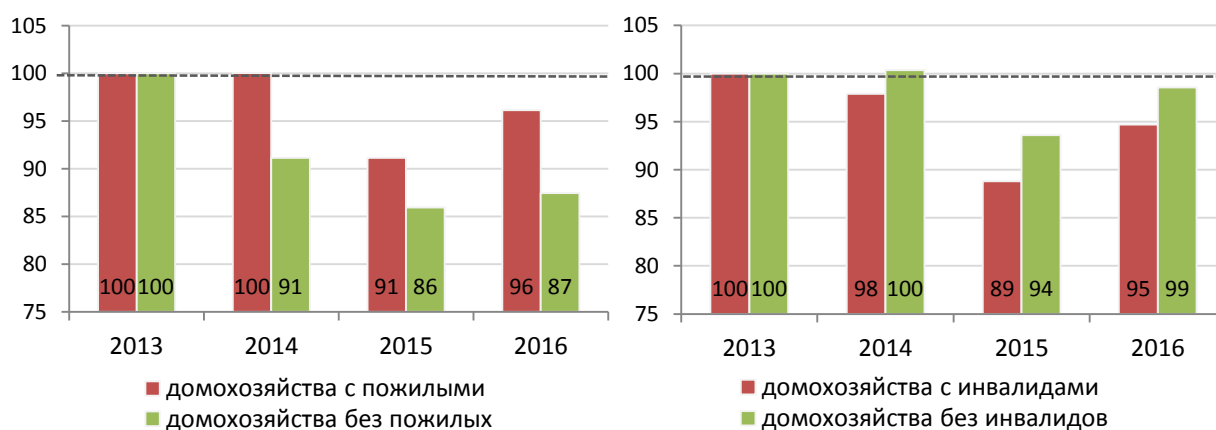


Рисунок 26 — Динамика душевых расходов домохозяйств с различным составом на лекарства, витамины и другие медикаменты в сопоставимых ценах к 2013 г., %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Изменения в расходах на лечение в 2014-2016 годах в сопоставлении с кризисом 2008-2009 годов

Со снижением реальных доходов за постсоветский период население современной России сталкивается в пятый раз, но особенность текущего момента, как мы уже упоминали ранее, — это длительный периода падения доходов. Есть ли различия в реакции на кризисы с разной длительностью периода сокращения реальных доходов населения? Для ответа на этот вопрос проведем сравнение изменений в потреблении медикаментов и платных медицинских услуг в два ближайших кризисных периода, различающиеся по этой характеристике.

Финансово-экономический кризис конца прошлого десятилетия привел к тому, что в 2009 году реальный уровень оплаты труда в среднегодовом выражении снизился на 3,5¹⁵% по сравнению с 2008 годом. Увеличение реальных пенсий на 10,7% обеспечило относительную стабильность общих реальных доходов в этот период — в 2008-2009 годах они увеличились на 1,8%. Падение уровня жизни населения в тот период было краткосрочным, продолжалось в течение одного года, и уже в 2010 году реальные зарплаты не только вернулись на докризисный уровень, но и превысили его на 1,6%. Для текущего периода характерно более длительное и более глубокое падение доходов. В 2014 году, по сравнению с 2013 годом, реальные доходы населения сократились всего на 0,7% (а реальная зарплата увеличилась на 1,2%), но к 2015 году глубина спада по доходам достигла 5,8% (оплата труда снизилась в реальном выражении на 8,4%). В 2016 году по сравнению с 2013 годом реальные доходы населения сократились на 12,9%, реальные заработные платы — на 9,5%.

Цены на медицинские услуги в 2008-2009 годах росли быстрее (на 16,3% и 13,9% соответственно), чем в 2013-2016 годах (7,8% до 11,1% соответственно; см. **Рисунок 2**). Годовые темпы роста цен на медикаменты в 2013-2016 годах соответствовали темпам 2007-2009 годов — в 2009 году инфляция достигла 17,6%, максимальный рост цен в текущем периоде составил 19,6% (в 2015 году). При этом в пост-кризисном 2010 году цены на фармацевтическую продукцию снизились на 1,9% по сравнению с предыдущим годом. В текущем периоде такой благоприятной динамики не наблюдается: после резкого роста в 2015 году в 2016 году рост цен на медикаменты замедлился, однако в фазу падения он до сих пор не перешел.

Динамика потребления медицинских услуг по макроданным (**Рисунок 3**) в каждый из двух периодов похожа. Начавшись с сопоставимых темпов роста в предкризисных 2008 и 2013 годах (около 4%), с падением доходов объем оказанных населению платных услуг стабилизировался — индексы роста приблизились к 100%. Затем, в 2009 и в 2016 годах наблюдался небольшой спад в потреблении платной медицинской помощи.

¹⁵ Изменение в уровне оплаты труда и уровне доходов приводится по среднегодовым данным и с корректировкой на среднегодовой темп инфляции по расчетам Института социальной политики на основе оперативной статистики Росстата.

Оценки потребления, полученные на данных выборочного обследования, показывают, что в 2008-2009 годах домохозяйства более значительно сократили свои расходы на медицинские услуги, чем в 2013-2016 годах: в сопоставимых ценах спад в этих двух периодах составил 29,7% и 14,3% соответственно (**Таблица 2**).

Таблица 2. Глубина падения расходов домохозяйств в периоды падения доходов – изменение душевых расходов домохозяйств на лечение в сопоставимых ценах по сравнению с предкризисным годом

	2009 г. в % к 2008 г.	2015 г. в % к 2013 г.	2016 г. в % к 2013 г.
Медицинские услуги	70,3	86,2	85,7
– амбулаторная помощь	81,0	79,6	122,1
– стационарная помощь	50,1	86,9	92,0
– стоматологическая помощь и протезирование	85,8	87,2	74,7
Лекарства	101,1	92,4	97,7
Общие расходы на лечение	85,4	89,3	91,7

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

При этом расходы на амбулаторную помощь сократились в одинаковой степени в 2008-2009 и 2013-2015 годах (в каждом из периодов снижение составило около 20%), а к 2016 году, несмотря на продолжающееся снижение доходов, они значительно увеличились — на 22,1%. Докризисный уровень расходов на амбулаторную помощь восстановился и в 2010 году, однако тогда возврат к потреблению происходил на фоне роста доходов, в то время как сейчас он наблюдается на фоне падения доходов.

Расходы на стационарную помощь в кризис 2008-2009 годов, напротив, упали более значительно (на 49,9%), чем в текущем периоде (на 13,1% к 2015 году по сравнению с 2013 годом). Расходы на услуги стоматологов, единственный из рассматриваемых видов медицинской помощи, потребление которого население не наращивало в 2016 году, при текущем снижении доходов сократились в большей степени, чем в 2008-2009 годах (на 25,3% к 2016 году по сравнению с 2013 годом).

Несмотря на сопоставимый по масштабам рост цен, динамика продаж фармацевтических, медицинских и ортопедических товаров в 2008-2009 и 2013-2016 годах различается. В прошлый кризис, который начался на фоне высоких темпов инфляции по этой группе товаров (в 2008 году прирост цен составил 14,7%), розничные продажи замедлили рост в 2009 году, а увеличение реальных зарплат в 2010 году позволило рынку вернуться к ускоряющимся темпам (**Рисунок 3**). Стартовой точкой нынешнего периода стал 2013 год с невысокими темпами роста потребления товаров для здоровья, которые при снижении доходов в 2015 году перешли в падение. Значительным отличием периода 2008-2009 годов от 2013-2016 годов является более низкий уровень потребления медикаментов (в 2008 году он был на 32% меньше, чем в 2013 году). Помимо более значительного и более длительного сокращения доходов, в нынешний кризисный период более существенное сокращение в потреблении фармацевтических, медицинских и

ортопедических товаров определялось большими совокупными объемами их потребления. Можно предположить, что одной из причин сокращения спроса в текущем периоде могла стать более высокая доля медицинских товаров непервостепенной необходимости в структуре спроса — именно за счет них мог происходить рост этого рынка в последние годы.

Таким образом, в меньшей степени сократив расходы на платные медицинские услуги, но снизив расходы на лекарства, к 2016 году по сравнению с 2013 годом российские домохозяйства снизили свои общие расходы на лечение в меньшей степени, чем в 2008-2009 годах. Если в 2008-2009 годах расходы на лечение сократились на 14,6%, то в 2013-2015 годах падение составило 10,7%; однако с учетом последующего роста в 2016 году в сопоставимых ценах расходы были уже лишь на 8,3% меньше, чем в 2013 году.

Нагрузка расходов на лечение на бюджет домохозяйств

При снижающихся реальных доходах необходимость увеличить расходы на лечение или невозможность тратить меньше, так как это может оказать негативный эффект на здоровье, приводит к увеличению нагрузки на бюджет домохозяйства. В качестве индикатора такой нагрузки Всемирная организация здравоохранения использует показатель доли расходов на лечение в доходах, оставшихся после приобретения жизненно важных благ — то есть, после вычета расходов на продукты питания¹⁶. В рамках мониторинга мы назвали этот индикатор *показателем нагрузки расходов на лечение на бюджет домохозяйств (показатель нагрузки)*.

Оценки данного показателя, полученные в рамках мониторинга на данных РМЭЗ НИУ ВШЭ, свидетельствуют об увеличении бремени расходов на лечение на бюджет российских домохозяйств с 7,6% в 2013 году до 8,6% в 2016 году (**Таблица 3**).

Таблица 3. Средняя доля расходов на лечение в доходах домохозяйства за вычетом расходов на питание, %

	2013	2014	2015	2016
Все домохозяйства	7,6	8,1	8,3	8,6
домохозяйства с пожилыми	10,3	10,8	10,8	11,3
домохозяйства без пожилых	4,5	4,7	4,9	4,9
домохозяйства с инвалидами	12,3	13,1	12,3	14,0
домохозяйства без инвалидов	6,3	6,7	7,1	7,1

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

Наиболее значительный рост бремени расходов на лечение произошел в 2014 году по сравнению с 2013 годом. В этот период домохозяйства столкнулись с первым падением реальных доходов, однако сокращения потребления платных медицинских услуг еще не произошло: в этот период было зафиксировано увеличение платежей в поликлиниках (**Таблица 1**), некоторый рост неформальных платежей за амбулаторную помощь

¹⁶ См. в [Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology. Discussion Paper. Geneva: World Health Organization. 2004.](#)

(Рисунок 14) и стабильный уровень расходов на лекарства (Рисунок 21). В 2015 году падение доходов усилилось на фоне спада в потреблении платных медицинских услуг (Рисунки 15 и 21), а объем расходов на лекарства в сопоставимых ценах оказался минимальным за четыре рассматриваемых года. В результате, это замедлило рост показателя нагрузки на бюджет домохозяйств.

В 2016 году наблюдалось серьезное увеличение бремени расходов на лечение в домохозяйствах с повышенным спросом на медицинскую помощь — в семьях с инвалидами и пожилыми людьми (Таблица 3), в то время как в остальных семьях этот показатель был стабилен. Увеличение бремени расходов на бюджет данных социально уязвимых групп могло стать следствием вынужденного увеличения потребления платных услуг и лекарств лицами с плохим здоровьем в ситуации, когда отказываться от лечения и далее откладывать его невозможно даже при снижающихся доходах.

Не только бедные, но и относительно богатые домохозяйства стали тратить на лечение большую долю своих доходов в рассматриваемый период. При этом стоит обратить внимание на поступательное увеличение бремени расходов в первой квинтильной группе (Рисунок 27)

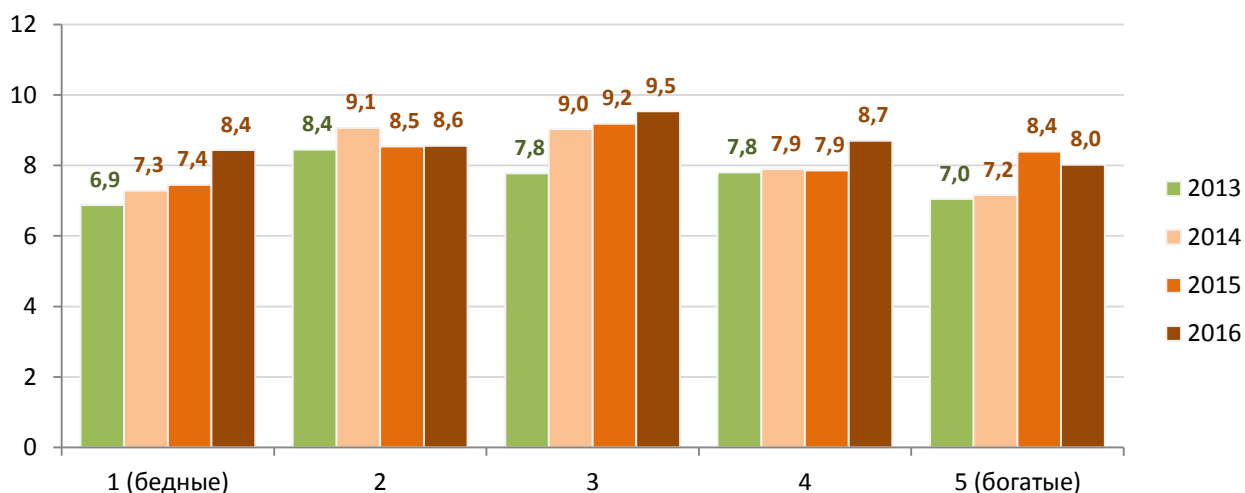


Рисунок 27 — Средняя доля расходов на лечение в доходах домохозяйства за вычетом расходов на питание в домохозяйствах различной обеспеченности, по квинтильным доходным группам, %

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

К домохозяйствами с катастрофическими расходами на лечение ВОЗ причисляет те, (1) чья доля расходов в доходах за вычетом расходов на питание превышает 40% или (2) которые тратят более 25% общих доходов на лечение. Согласно официальной статистике ВОЗ, до 2012 года более четверти своих доходов на медицинские услуги и лекарства тратили порядка 2,5% российских домохозяйств¹⁷. Похожие показатели бремени была зафиксированы в Болгарии, Тунисе, Вьетнаме. Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ для 2013-2016 годов дают более высокие оценки — до 4% населения (Таблица 4, строка 2), однако данный факт может быть следствием смещения выборки обследования в сторону менее обеспеченных домохозяйств.

¹⁷ См. [World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals](#) (с. 20).

Таблица 4. Доля домохозяйств с катастрофическими расходами на лечение, %

	2013	2014	2015	2016
(1) домохозяйства с расходами на лечение в доходах за вычетом расходов на питание, превышающими 40%	3,7	3,9	3,6	3,9
(2) домохозяйства с расходами на лечение в общих доходах, превышающими 25%	4,1	4,1	3,7	4,1

Источник: расчеты авторов по данным РМЭЗ НИУ ВШЭ

При этом полученные оценки показывают, что в период экономического спада существенного изменения доли домохозяйств с катастрофическими расходами не произошло. Однако необходимо отметить, что к концу периода наблюдений, в 2016 году, наиболее высокой доля таких домохозяйств была среди семей с пожилыми (5,8% при 1,3% в семьях без пожилых), инвалидами (8,2% при 2,7% в семьях без инвалидов), а также среди домохозяйств Москвы и Санкт-Петербурга (6,2%).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Изменения в потреблении платных медицинских услуг и лекарств с целью экономии в период экономического спада 2014-2016 годов в различных социально-демографических группах

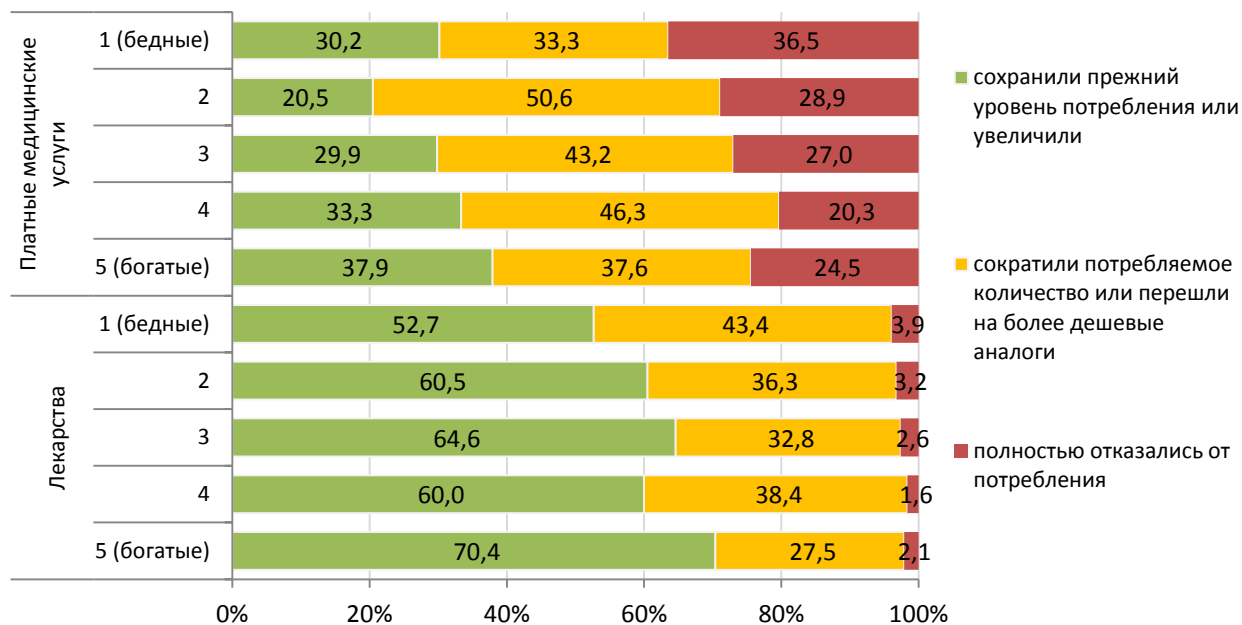


Рисунок П1 — Изменения в потреблении домохозяйств с различным уровнем доходов (по квинтильным доходным группам), % от числа потребителей данных товаров и услуг

Источник: обследование ИСП

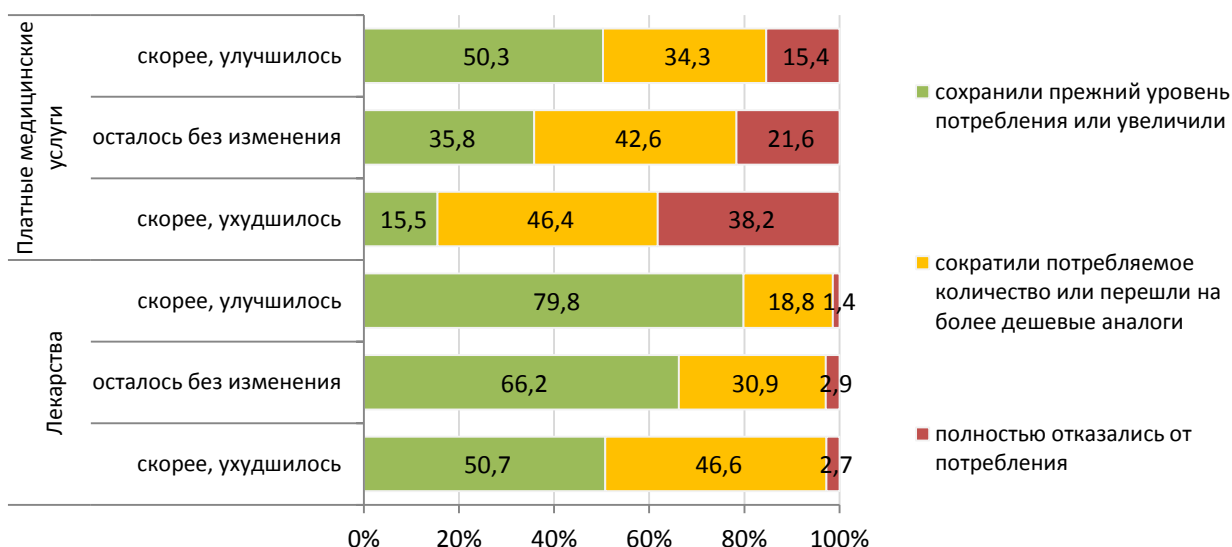
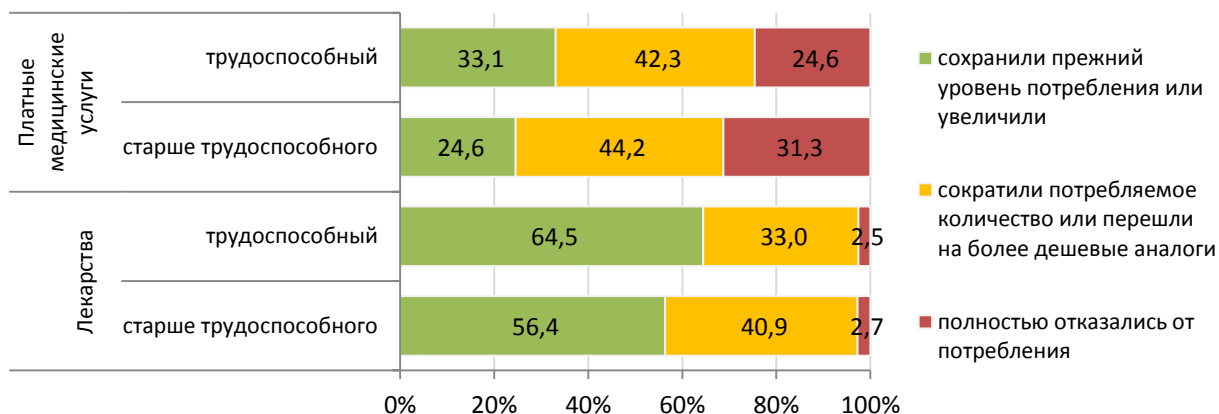


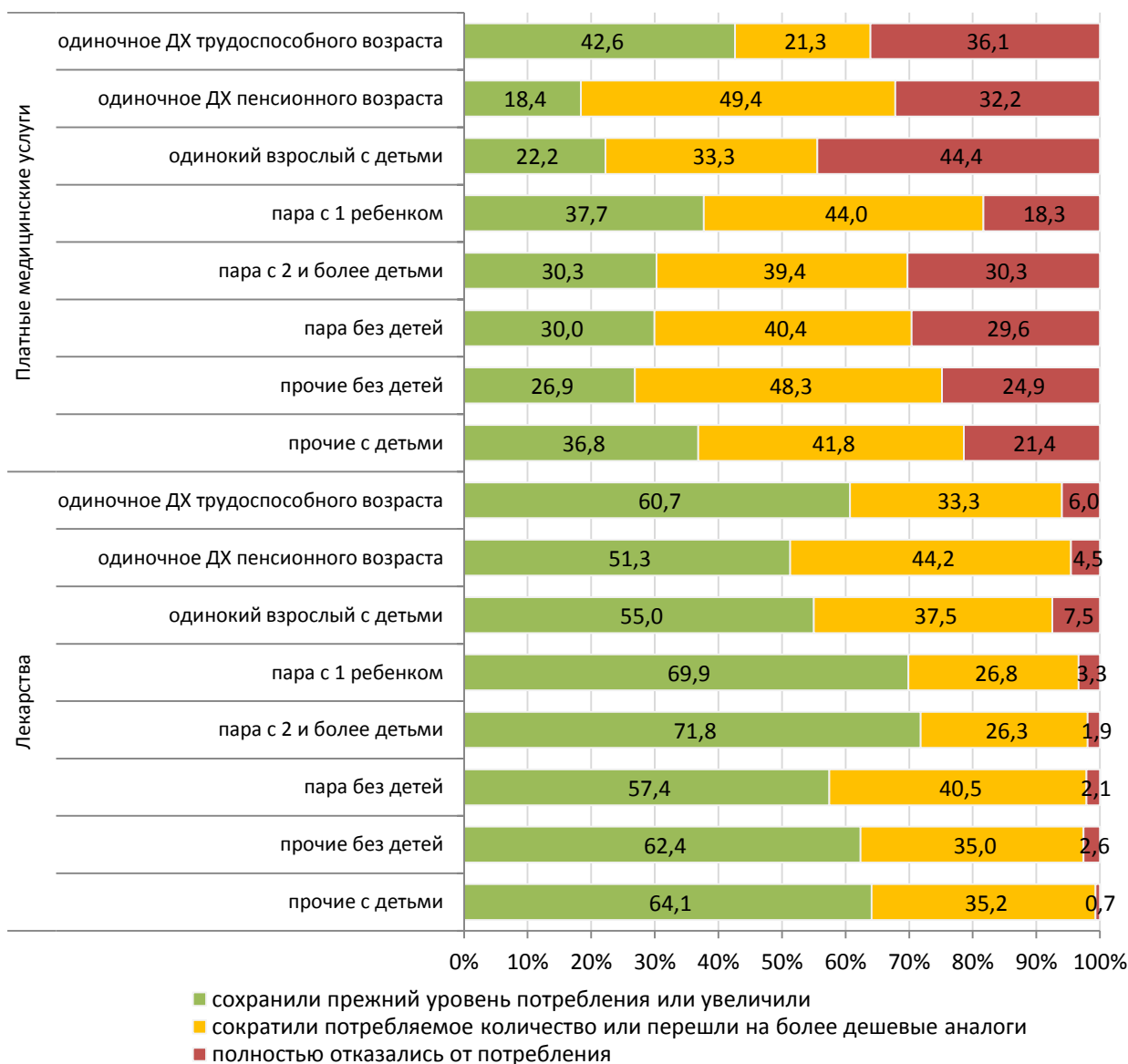
Рисунок П2 — Изменения в потреблении домохозяйств с различными изменениями в материальном положении в период экономического спада, % от числа потребителей данных товаров и услуг

Источник: обследование ИСП



**Рисунок ПЗ — Изменения в потреблении лиц разного возраста,
 % от числа потребителей данных товаров и услуг**

Источник: обследование ИСП



**Рисунок П4 — Изменения в потреблении домохозяйств различного состава,
 % от числа потребителей данных товаров и услуг**

Источник: обследование ИСП