

Б.А. Тхориков<sup>1</sup>

## ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БЕЛГОРОДСКОЙ АГЛОМЕРАЦИИ

*В статье изложены основные результаты исследования и оценки динамики развития рынка платных медицинских услуг Белгородской агломерации в течение 2009–2011 годов. Определена степень готовности жителей Белгородской агломерации отказаться от бесплатной медицины в пользу коммерческого здравоохранения.*

*Ключевые слова:* медицинские учреждения, рынок медицинских услуг, платные медицинские услуги.

*Форм. 2. Лит. 10.*

Б.О. Тхоріков

## ДИНАМІКА РОЗВИТКУ РИНКУ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ БЕЛГОРОДСЬКОЇ АГЛОМЕРАЦІЇ

*У статті викладено основні результати дослідження та оцінювання динаміки розвитку ринку платних медичних послуг Белгородської агломерації протягом 2009–2011 років. Визначено ступінь готовності мешканців Белгородської агломерації відмовитися від безкоштовної медицини на користь комерційної охорони здоров'я.*

*Ключові слова:* медичні установи, ринок медичних послуг, платні медичні послуги.

В.А. Tkhorikov

## DEVELOPMENT DYNAMICS AT THE MARKET OF COMMERCIAL HEALTHCARE IN BELGOROD AGGLOMERATION

*The article presents the key results of the research and evaluation of the development dynamics for the market of commercial healthcare within Belgorod agglomeration during 2009–2011. Readiness of population in Belgorod agglomeration to refuse from public (free of charge) healthcare services and choose commercial healthcare is determined.*

*Keywords:* medical facilities; healthcare market; commercial healthcare.

**Постановка проблемы.** В последние годы стремительно развивающаяся система рыночных взаимоотношений начала успешно проникать и осваивать отечественное здравоохранение. По данным агентства "DISCOVERY Research Group" (2008 г.), объем рынка платных медицинских услуг (ПМУ) в России составляет 320–490 млрд. руб. и ежегодно увеличивается на 25,0%, в том числе за счет роста количества пациентов, желающих получать медицинскую помощь на возмездной основе [6]. Однако органы государственной власти оставляют без должного внимания объективные тенденции по развитию коммерческого здравоохранения. В результате отсутствия централизованного регулирования рынок платных медицинских услуг формируется стихийно.

**Анализ последних исследований и публикаций.** Российские эксперты в области здравоохранения отмечают в своих работах, что реальный сектор государственного здравоохранения имеет отрицательную тенденцию развития, проявляющуюся в фактической невозможности предоставить пациентам полный объем бесплатных медицинских услуг, предусмотренных законодательством. Причина этого кроется в хроническом дефиците финансирования территориальных программ обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью (ТППГ) и сокращении расходов административных образований на

<sup>1</sup> Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия.

муниципальное здравоохранение [2]. Существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер, их мера не соответствует экономическим возможностям страны. Объем государственных расходов в РФ на здравоохранение примерно равен расходам развивающихся стран (Бразилия, Парагвай, Перу). Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия. Это дезориентирует российское население, вызывает недовольство среди пациентов [1], препятствует поиску альтернативных путей финансирования и рациональному использованию ресурсов здравоохранения [8; 10].

**Нерешенные ранее части общей проблемы.** В сложившейся ситуации представляет интерес исследование и оценка регионального рынка ПМУ и определение степени готовности пациентов выступить в качестве стороны, софинансирующей медицинскую помощь в виде приобретения медицинских услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) или целенаправленного обращения в частные медицинские организации.

**Цели исследования** заключаются, во-первых, в оценке реального объема рынка платных медицинских услуг Белгородской агломерации и динамики его развития в среднесрочной перспективе, и, во-вторых, в исследовании потребительских предпочтений пациентов, обращающихся за платной медицинской помощью.

**Основные результаты исследования.** Объектами исследования были выбраны муниципальная система здравоохранения города Белгорода, жители города Белгорода и Белгородского района, образующие вместе Белгородскую агломерацию.

Оценка реального рынка платных медицинских услуг проводилась по четырем сегментам:

**1. Коммерческая сфера здравоохранения.** По имеющимся данным, в Белгороде наблюдается рост числа субъектов коммерческой сферы здравоохранения. Так, в 2009 г. было зарегистрировано 69 предпринимателей без образования юридического лица и 104 юридических лица, предоставляющих платную медицинскую помощь. В 2011 г. их общее число увеличилось до 75 и 124 соответственно.

Основными направлениями деятельности на протяжении 2009–2011 гг. неизменно остаются: стоматология, гинекология, дерматовенерология, кардиология, гастроэнтерология, эндокринология, терапия, урология и педиатрия. В параклинической службе наиболее востребованными являются функциональные (УЗИ, ЭКГ, холтеровское мониторирование) и лабораторные (диагностика инфекций, комплексные диагностические панели по различным профилям, аллергические пробы) исследования, физиотерапевтические услуги.

По экспертным оценкам, валовая выручка в 2009 г. представителей коммерческого здравоохранения составила около 153,0 млн. рублей. В 2011 г. общая выручка превысила 260 млн. рублей.

**2. Кассовые внебюджетные платежи государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения.** Общая стоимость платных медицинских услуг, оказанных пациентам в 2009 г. в муниципальном секторе здравоохранения

г. Белгорода, составила 167,4 млн. рублей. Наибольший удельный вес (до 65,0%) имеет амбулаторно-поликлиническая помощь, не включенная в ТППГ, в том числе стоматология, обязательные периодические и медицинские осмотры, функциональная диагностика. В 2011 г. муниципальные учреждения здравоохранения оказали населению платных медицинских услуг на сумму 244 млн. рублей.

**3. Добровольное медицинское страхование (ДМС).** Крупнейшими страховыми компаниями, работающими на рынке ДМС Белгородской области, являются ОАО «Ингосстрах», Белгородский региональный филиал ООО «СК «Согласие», ООО «Росгосстрах – Столица», филиал ОАО СК «РОСНО», филиал ОСаО «Россия». Общий объем рынка, сформированный данными игроками, составил в 2009 г. приблизительно 25 млн. рублей. За 2010–2011 гг. данный сегмент рынка не претерпел значительных изменений.

Также неизменными на протяжении трех лет остаются основные потребители линейки продуктов ДМС – это предприятия добывающей и обрабатывающей промышленности с численностью работников более 2000 человек, сельскохозяйственные предприятия, в том числе с участием иностранного капитала. Физические лица, самостоятельно приобретающие полисы ДМС, представлены единично.

**4. «Теневой» сектор.** Здравоохранение как отрасль народного хозяйства традиционно причисляется общественностью к числу наиболее коррумпированных: 70,0% россиян считают, что коррупционные явления сильно распространены в отечественной медицине, при этом лишь 2/5 из них видят в этом негативные последствия. Возможно, по причине такого безразличия многих граждан к проблемам нарушения закона во взаимоотношениях врача и пациента, находящего социетальную поддержку в глубоких пробелах законодательства и низкой правовой культуре общества, коррупция получила благоприятные предпосылки для интеграции в российское здравоохранение в виде национальной особенности [3–5; 7].

Для оценки объема теневых платежей в муниципальной системе здравоохранения г. Белгорода нами проведены социологические исследования среди жителей Белгородской агломерации методом анкетирования в периоды февраль–апрель 2010 г. и ноябрь–декабрь 2011 г. с использованием специально разработанной социологической анкеты, содержащей закрытые неальтернативные косвенные вопросы.

С учетом величины генеральной совокупности, равной 358,3 тыс. человек, размер репрезентативной выборки для каждого исследования (при доверительной вероятности 95,0% и доверительном интервале 5,0%) составил 384 человека. Отбор респондентов производился по принципу случайной бесповторной выборки.

Остановимся на некоторых результатах исследования. Установлено, что в 2009 г. 96,35% респондентов прибегали к неформальному вознаграждению сотрудников ЛПУ и только 3,65% опрошенных никогда этого не делали. Наиболее эффективной формой такого вознаграждения названы наличные денежные средства (81,47%), но 73,63% респондентов использовало также продукты питания и алкогольные напитки, 22,61% – офисную бумагу и канцелярские

товары. В 2011 г. число респондентов, использовавших неформальные платежи медицинским работникам, увеличилось до 98,18%, при этом преобладающей формой вознаграждения стали наличные денежные средства – 90,89%.

Как правило, неформальные платежи сопровождают первичное посещение врача-специалиста (46,88% – 2011 г., 45,26% – 2009 г.), при повторном обращении к этому прибегают 20,83% (2011 г.) (23,53% – 2009 г.) респондентов, при вызове врача на дом – 14,32% (2011 г.) (13,68% – 2009 г.).

В большинстве случаев пациенты стараются обращаться к одному и тому же врачу-специалисту (61,98% – 2011 г., 59,94% – 2009 г.), который получает от них денежные средства (65,89% – 2011 г., 58,88% – 2009 г.) и содействует в оказании медицинской помощи надлежащего качества с приемлемым временным ожиданием (66,93% – 2011 г., 71,39% – 2009 г.).

В случае отсутствия налаженных контактов в ЛПУ пациенты самостоятельно предлагают медицинским работникам (57,81% – 2011 г., 43,07% – 2009 г.) оказать им за незаконное вознаграждение следующие услуги: получение листков временной нетрудоспособности без медицинских показаний (23,43% – 2011 г., 29,17% – 2009 г.), помощь при экстренном лечении (36,98% – 2011 г., 24,74% – 2009 г.), получение направлений на диагностические исследования (42,99% – 2011 г., 19,53% – 2009 г.) или медицинских справок, заключений и т.п. (12,23% – 2011 г., 7,29% – 2009 г.), прохождение медицинских осмотров (профилактических, периодических) без очереди (1,82% – 2011 г., 6,51% – 2009 г.). Охотней всего пациентам помогают врачи-специалисты (59,64% – 2011 г., 54,73% – 2009 г.), медицинские сестры (26,83% – 2011 г., 19,96% – 2009 г.) и заведующие лечебными отделениями (21,61% – 2011 г., 18,93% – 2009 г.).

Нами был рассчитан также средний размер неформальных платежей по 26 врачебным специальностям амбулаторно-поликлинического приема. Так, в частности, в 2009 г. врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-невролог, врач-терапевт-участковый и врач ультразвуковой диагностики имеют «тариф» случая поликлинического обслуживания 500,0 рублей; врач-отоларинголог, врач функциональной диагностики – 400,0 рублей; врач-гастроэнтеролог, врач-офтальмолог, врач-уролог – 300,0 рублей; врач-физиотерапевт, врач-эндокринолог – 200,0 рублей; врач-аллерголог-иммунолог – 100,0 рублей.

В круглосуточном стационаре средняя стоимость пребывания в гинекологическом отделении составляет 2050,0 рублей, хирургическом – 2000,0 рублей, офтальмологическом – 1700,0 рублей, неврологическом – 1600,0 рублей, гастроэнтерологическом – 1500,0 рублей, АРО – 1400,0 рублей, терапевтическом – 1400,0 рублей, кардиологическом – 1100,0 рублей, педиатрическом – 1100,0 рублей, отоларингологическом – 900,0 рублей, эндокринологическом – 500,0 рублей.

Полученные нами значения в общем сходны с результатами аналогичного исследования, проведенного в масштабах страны Центром стратегических исследований ОАО «Росгосстрах» [9].

Следует отметить, что в 2011 г. данные размеры неформальных платежей значительно не изменились.

Для определения приблизительного объема неформальных платежей в поликлинических учреждениях г. Белгорода за 2009 г. и 2011 г. нами построена следующая линейная модель:

$$PнФ_n = (C1 \times P1 + C2 \times P2 + C3 \times P3 + C4 \times P5) \times СрНФ_i, \quad (1)$$

где  $PнФ_n$  – размер неформальных платежей в поликлиническом секторе;  $C_i$  – поправочный коэффициент (рассчитанный эмпирически в ходе социологического опроса);  $P_1$  – количество первичных обращений по поводу заболевания;  $P_2$  – количество повторных обращений по поводу заболевания;  $P_3$  – количество вызовов врача на дом;  $P_4$  – количество профилактических осмотров;  $СрНФ_i$  – средний размер неформальных платежей для врачебной специальности.

Линейная модель для расчета приблизительного объема неформальных платежей в стационарных учреждениях имеет следующий вид:

$$PнФ_c = ЛПО_i \times СрНФ_i \times C_i, \quad (2)$$

где  $PнФ_c$  – размер неформальных платежей в стационарном секторе;  $ЛПО_i$  – лечебный профиль отделения;  $СрНФ_i$  – средний размер неформальных платежей в лечебном отделении.

Результаты, полученные с помощью данных моделей, не имеют высокой степени точности, так как оперируют усредненными значениями и не учитывают ряд переменных, в том числе затраты пациентов на различные дорогостоящие процедуры и манипуляции.

Используя сводные статистические отчеты об объемах и видах оказанной медицинской помощи за 2009 г. и 2011 г. и названные модели, мы пришли к выводу, что средняя величина годовых неформальных платежей в муниципальных учреждениях здравоохранения города в 2009 г. находилась на уровне 85,5 млн. рублей, в том числе в амбулаторно-поликлинических – 25,0 млн. рублей, в стационарных – 60,5 млн. рублей, в 2011 г. – 105,0 млн. рублей, причем прирост, главным образом, связан с общим увеличением потреблений медицинских услуг.

Таким образом, годовой оборот рынка платных медицинских услуг Белгородской агломерации в 2009 г. по четырем сегментам составил 430,9 млн. рублей, а в 2011 году – 634 млн. рублей.

Для оценки степени готовности жителей Белгородской агломерации получать медицинскую помощь на возмездной основе тем же респондентам было предложено заполнить еще одну социологическую анкету.

В ходе обработки результатов анкетирования установлено, что в 2009 г. 62,80% опрошенных были недовольны качеством получаемой бесплатной медицинской помощи, в 2011 г. число недовольных несколько сократилось – 51,82%. Одним из факторов невысокой оценки качества является предоставление пациентам в муниципальных ЛПУ по страховому полису объема медицинских услуг, отличающегося в меньшую сторону от предусмотренного в ТППГ (2011 г. – 85,42%, 2009 г. – 72,70%). По мнению респондентов, это обусловлено следующими причинами: нехваткой ресурсов из-за плохой эко-

номической ситуации в стране, неэффективной работой медицинских организаций области и плохой подготовкой части медицинских работников.

Респонденты (2011 г. – 65,88%, 2009 г. – 54,19%) склонны полагать, что платная медицинская помощь оказывается более качественно в сравнении с бесплатной вне зависимости от места предоставления – в государственных учреждениях или частных медицинских организациях. Кроме того, по мнению опрошенных, в частных ЛПУ лучше сервис, нет очередей (2011 г. – 46,88%, 2009 г. – 28,42%), шире спектр предоставляемых медицинских услуг (2011 г. – 21,87%, 2009 г. – 12,37%), частные ЛПУ имеют более удобные месторасположение и график работы (2011 г. – 24,21%, 2009 г. – 5,79%).

В связи с этим, отказаться от услуг страховой медицины в общей сложности в 2009 г. были готовы 55,47% опрошенных, имеющих доход на одного члена семьи в месяц 10000,0 рублей и более, в том числе полностью – 16,67%, частично – 38,8%. В 2011 г. число респондентов, готовых пользоваться услугами коммерческого здравоохранения, увеличилось до 68,75%, в том числе полностью – 20,83%, частично – 44,01%.

В первую очередь респонденты откажутся от бесплатных амбулаторно-поликлинической помощи, функциональной диагностики и клиничко-диагностических исследований.

Решительность данных намерений подтверждают показатели частоты обращаемости в частные медицинские организации. В 2011 г. за медицинской помощью в них обратилось: более трех раз – 41,92% опрошенных (2009 г. – 36,54%), три раза – 36,98% (2009 г. – 27,42%), два раза – 46,61% (2009 г. – 25,59%).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие **выводы**:

1. Благоприятные социально-экономические условия жизни в Белгородской агломерации могут явиться основой для активного вовлечения жителей в оплату получаемой медицинской помощи.

2. Критическое осмысление многими жителями Белгородской агломерации факта невозможности обеспечения всех бесплатной медицинской помощью способствует постепенному формированию новой медицинской культуры и пониманию необходимости самостоятельной оплаты определенных услуг здравоохранения.

3. По нашему мнению, внедрение процедуры софинансирования пациентами части или определенных видов медицинской помощи не вызовет острой социальной напряженности в агломерации.

4. Ситуация в других городах области и городах соседних областей требует совместного изучения как медиками, так и экономистами медицины.

Таким образом, для повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания граждан необходимо отказаться от бескомпромиссного декларирования популистических программ и начать реальную работу по детализированному разграничению «платных» и «бесплатных» видов медицинской помощи.

1. Антонова А. Оказание платных медицинских услуг: управление процессом возможно // Вестник Росздравнадзора. – 2009. – №1. – С. 4–7.

2. Антонова А. Следует разграничить сферы государственного и частного здравоохранения // Вестник Росздравнадзора.— 2009.— №1. — С. 15–17.
3. Латов Ю.В. «Глас народа» о проблемах коррупции: закономерное и парадоксальное // Экономический вестник Ростовского государственного университета.— 2008.— Т. 6, №2. — С. 123–138.
4. Назарков Р.А. Актуализация социально-философского подхода к исследованию феномена коррупции // Вестник ТГУ.— 2008.— №6. — С. 304–308.
5. Полтерович В.М. Факторы коррупции // Экономика и математические методы.— 1998.— Т. 34, Вып. 3. — С. 31–39.
6. Савашинский С.И. Некоторые экономические показатели рынка медицинских услуг при обслуживании населения в системе медицинского страхования // Экономика здравоохранения.— 2008.— №5. — С. 25–29.
7. Тирских М.Г. Правовое регулирование противодействия коррупции в законодательстве субъектов Российской Федерации // Академический юридический журнал.— 2007.— №4. — С. 36–44.
8. Филатова И.В. Вопросы организации и развития платных медицинских услуг в современных условиях // Вестник Поволжского государственного университета сервиса.— Серия: Экономика.— 2010.— №11. — С. 55–60.
9. Шишкин С.В. Неформальная оплата медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора.— 2009.— №1. — С. 33–40.
10. Штукерт А.Б., Штукерт А.А. Экономика и финансовые проблемы муниципального здравоохранения в условиях рынка // Экономика образования.— 2010.— №2. — С. 135–139.

Стаття надійшла до редакції 16.01.2012.