

Т.В. Чубарова

**ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПНОСТИ  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ**

ФГБУН Институт экономики РАН, Москва, Россия

*В статье рассмотрены финансово-экономические проблемы доступности медицинской помощи для граждан России. Проанализированы как базовые методологические подходы, так и соответствующие показатели статистики и социологических исследований по состоянию системы здравоохранения в стране. Показано, что недофинансирование здравоохранения из общественных источников и связанное с этим расширение сферы платности могут на фоне общей социально-экономической ситуации в стране свидетельствовать о проблемах с доступностью медицинской помощи для граждан России.*

**Ключевые слова:** доступность медицинских услуг, система здравоохранения России, финансирование здравоохранения, бюджетная политика, плата за медицинские услуги, неравенство в здоровье

**FINANCIAL AND ECONOMIC ASPECTS OF ACCESS TO HEALTH CARE IN RUSSIA**

T.V. Chubarova

Institute of Economy of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

*The article deals with the financial and economic problems of access to health care for the citizens of Russia. It analyzes basic methodological approaches as well as the corresponding official statistics and sociological research on the state of the country's health system, which, according to author's opinion, can describe the situation with the accessibility of health care. It is shown that underfunding of health care from public sources and the associated expansion of private finances, can signal problems with access for Russian citizens. Especially if the overall socio-economic situation in the country is taken into account, namely the federal state policy of shifting health expenditures to regional level under the conditions of high regional social and economic differentiation and high income inequality. Thus, the development of fiscal policy within the budget federalism in Russia should take into account its implications for people's access to health.*

**Key words:** access to health care, health care system in Russia, health financing, budget policy, fee for service, health inequality

**ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:  
ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Обеспечение доступности медицинской помощи для граждан рассматривается во всём мире как важнейшая задача системы здравоохранения [1, 2, 3]. Вместе с тем, поскольку доступ – это многоаспектный феномен, существуют методологические проблемы его определения и, соответственно, измерения, в том числе и для целей оценки соответствующих государственных программ. С финансово-экономической точки зрения необходимо выделить следующие методологические подходы [9].

Между состоянием здоровья населения с одной стороны и экономики в целом – с другой существует диалектическая связь. Данные подтверждают, что необходимо использовать инвестиции в здоровье как внутри сектора, так и вне его, в качестве дополнительного средства достижения экономических целей. Расходы на здравоохранение в данном контексте следует рассматривать как инвестиции, которые приносят как социальную, так и экономическую отдачу. При этом отношения между состоянием здоровья и экономикой не просто двусторонние, а взаимоусиливающие, т. е. обеспечивают большую отдачу от инвестиций определённых средств как в здоровье, так и в экономику, по сравнению с инвестициями тех же средств только или в экономику, или только в здоровье [11].

Медицинская услуга является специфическим товаром, поэтому рыночный механизм не справляется

с задачами эффективного распределения ресурсов в сфере оказания медицинских услуг как со стороны спроса, так и со стороны предложения, что в свою очередь делает необходимым вмешательство государства. В здравоохранении развитых стран значительно участие государства, хотя формы такого участия меняются.

Ориентация системы здравоохранения на «способность населения платить» может стать серьёзным финансовым барьером получения медицинской помощи. По мнению ВОЗ, оплата медицинских услуг непосредственно пациентом в момент их получения («у источника») является самой несправедливой с точки зрения распределения финансового бремени в системе здравоохранения и может быть особенно опасной в ситуации, когда требуется единовременная оплата крупных, так называемых катастрофических, медицинских расходов. Под такими расходами ВОЗ и Мировой банк подразумевают выплаты из кармана за услуги системы здравоохранения населением непосредственно поставщику услуг, которые равны или превышают 25 % общих расходов домохозяйства на потребление. Отсюда необходимость обеспечения определённого стандарта или норматива, в том числе и финансового, который не налагает, по мнению третьей стороны (обычно – государства), неразумного бремени на доход домохозяйства в связи с возникновением медицинских расходов.

При определении доступа к системе здравоохранения необходимо различать спрос и потребность.

Под *доступом* понимается прежде всего возможность для гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью, что подразумевает реальную необходимость помощи по медицинским показаниям. Спрос – это способность и готовность населения платить за медицинскую помощь. Однако при анализе систем здравоохранения понятие «спрос» чаще используется как осознанная человеком потребность (не всегда необходимая) в получении медицинской услуги, которую он пытается реализовать практически. Предложение в здравоохранении, в отличие от ряда других отраслей, достаточно негибкое и ограниченное, оно не может автоматически следовать за спросом ни физически, ни финансово (имея в виду высокую долю общественного финансирования здравоохранения).

Существует две базовых модели медицинского страхования: частная и социальная, – которые имеют принципиальные различия. Специфика социального медицинского страхования с точки зрения повышения степени перераспределения/уровня охвата (обычно это практически все население страны) приводит к тому, что возникает возможность определять взносы не на основе вероятности наступления риска, как это происходит в частной модели (например, в модели добровольного медицинского страхования), а на основе уровня дохода плательщика.

Для практического применения концепции доступности нужна система показателей для его оценки и измерения. Финансово-экономическим показателям отводится важная роль, хотя следует понимать, что это косвенные показатели, т. е. они позволяют определить искомый показатель на основании результатов прямых измерений показателей, функционально с ними связанных.

В настоящее время финансовыми аспектами доступа активно занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). В рамках формирования показателей для оценки продвижения к достижению устойчивых целей развития отдельно выделяется проблема защиты граждан от финансовых рисков, которые могут возникнуть при получении медицинской помощи. В ходе дискуссии о том, какой индикатор лучше отражает такую ситуацию, обсуждаются два принципиальных подхода:

- доля населения, охваченного медицинским страхованием, общественной системой или социальным страхованием, на 1000 населения;
- отсутствие охвата какой-либо формой финансовой защиты (определённое как расходы домохозяйства на здравоохранение, как доля общих расходов домохозяйства с установленным порогом не более 25 %).

#### **ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ**

В России сложились тревожные тенденции с точки зрения финансирования здравоохранения, которые свидетельствуют о возможных проблемах с доступом к системе здравоохранения.

**Недофинансирование отрасли с точки зрения общественных средств**, причём оно носит хронический характер. Общественные расходы, которые включают ресурсы бюджетов всех уровней и средства обязательного медицинского страхования (ОМС), составили в 2014 г. всего 3,5 %.

При этом возникает закономерный вопрос о том, достаточно ли этих средств для обеспечения успешного функционирования системы здравоохранения. Существуют разные способы определить то, какая доля общественных ресурсов должна быть выделена на здравоохранение. Наиболее распространено сравнение с другими странами. При этом якобы рекомендованные ВОЗ «5 % ВВП», на которые так часто ссылаются, никогда не были приняты этой организацией в качестве формальной рекомендации [10].

Наиболее часто для международных сравнений используются данные Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) [4]. В 2013 г. доля общих расходов на здравоохранение в странах-членах ОЭСР составила в среднем 8,9 % ВВП, от 5,1 % в Турции до 16,4 % в США. Более того, в странах ОЭСР в среднем доля общественных средств, выделяемых на здравоохранение, составляет более 76 % от общих расходов на здравоохранение. В России этот показатель колеблется и в 2013 г. составил, по данным ВОЗ, только 48,1 %. При этом Россия смотрится невыгодно по отношению не только к большинству развитых, но и развивающихся стран (см. таблицу 1).

Важно также финансовое положение здравоохранения по отношению к другим отраслям социальной сферы в рамках бюджетного процесса. В 2014 г. доля расходов на здравоохранение в социально-культурных расходах консолидированного бюджета РФ составила около 18 %. В программном разрезе на 2016 г. государственная программа «Развитие здравоохранения» (262,9 млрд руб.) входит в блок «Новое качество жизни» (всего – 3 393,1 млрд руб.) наряду с ещё 12 программами. Она занимает четвёртое место после таких программ, как «Социальная поддержка граждан» (1 178,1 млрд руб.), «Обеспечение общественного порядка и противодействие преступности» (910 млрд руб.) и «Образование» (466,1 млрд руб.). В результате доля ГП «Развитие здравоохранения» составляет в данном блоке 7,75 %.

Это показывает, что, с одной стороны, между отраслями социальной сферы сложилась серьёзная конкуренция за бюджетное финансирование, а с другой стороны, здравоохранение в такой конкуренции «уступает» и социальным выплатам, и образованию (почти в 2 раза меньше). В такой ситуации возникает проблема соотношения денежных и натуральных льгот в модели социальной политики.

**Увеличение частных выплат населения в систему здравоохранения при неразвитости альтернативных механизмов предоплаты.** При этом зависимость получения медицинской помощи от необходимости её оплаты указывает на возможные проблемы с доступом.

В России доля частных расходов на здравоохранение весьма значительна. Согласно данным ВОЗ, в 2012 г. она составила почти 50 % от общих расходов на

Таблица 1

Государственные расходы на здравоохранение по странам мира (в процентах к ВВП)

| Страна             | Год  | Расходы на здравоохранение | Страна                     | Год  | Расходы на здравоохранение |
|--------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|
| Россия             | 2014 | 3,5                        | Армения                    | 2014 | 1,6                        |
| <i>Европа</i>      |      |                            | Индия                      | 2013 | 1,3                        |
| Австрия            | 2012 | 8,7                        | Казахстан                  | 2014 | 2,2                        |
| Беларусь           | 2014 | 3,8                        | Киргизия                   | 2014 | 3,0                        |
| Бельгия            | 2012 | 8,2                        | Китай                      | 2013 | 3,1                        |
| Болгария           | 2012 | 4,2                        | Республика Корея           | 2013 | 3,8                        |
| Венгрия            | 2012 | 5,0                        | Таджикистан                | 2014 | 2,0                        |
| Германия           | 2012 | 8,6                        | Турция                     | 2012 | 4,7                        |
| Дания              | 2012 | 9,6                        | Япония                     | 2013 | 8,5                        |
| Италия             | 2012 | 7,2                        | <i>Африка</i>              |      |                            |
| Латвия             | 2012 | 3,4                        | Алжир                      | 2013 | 4,9                        |
| Нидерланды         | 2012 | 9,9                        | Египет                     | 2013 | 2,1                        |
| Норвегия           | 2012 | 7,7                        | ЮАР                        | 2013 | 4,3                        |
| Польша             | 2012 | 4,7                        | <i>Америка</i>             |      |                            |
| Республика Молдова | 2014 | 5,3                        | Аргентина                  | 2013 | 4,9                        |
| Великобритания     | 2012 | 7,8                        | Бразилия                   | 2013 | 4,7                        |
| Украина            | 2014 | 3,6                        | Канада                     | 2013 | 7,6                        |
| Финляндия          | 2012 | 6,9                        | Мексика                    | 2013 | 3,2                        |
| Франция            | 2012 | 9,0                        | США                        | 2013 | 8,1                        |
| Швеция             | 2012 | 7,9                        | <i>Австралия и Океания</i> |      |                            |
| Эстония            | 2012 | 4,8                        | Австралия                  | 2013 | 6,3                        |
| <i>Азия</i>        |      |                            | Новая Зеландия             | 2013 | 8,1                        |
| Азербайджан        | 2012 | 1,1                        |                            |      |                            |

Примечание: источник – Здравоохранение в России, 2015; Статистический сборник Росстата, 2015.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в России

| Показатель  | 1995 | 2000 | 2003 | 2005 | 2008 | 2009 | 2012 | 2013 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Общие расходы на здравоохранение, % ВВП   | 5,3  | 5,4  | 5,6  | 5,2  | 4,8  | 5,4  | 6,5  | 6,5  |
| Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение           | 73,9 | 59,9 | 59,0 | 62   | 64,3 | 64,4 | 51,5 | 48,1 |
| Частные расходы на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение                         | 26,1 | 40,1 | 41,0 | 38   | 35,7 | 35,6 | 48,9 | 51,9 |
| Общие государственные расходы на здравоохранение, % общих госрасходов                           | 9,0  | 12,7 | 9,3  | 11,7 | 9,2  | 8,5  | 8,9  | 8,4  |
| Расходы системы социального страхования на здравоохранение, % общих расходов на здравоохранение | 34,5 | 40,3 | 43,7 | 42,0 | 38,7 | 38,7 | 38,9 | 38,9 |
| Личные расходы «из кармана», % частных расходов на здравоохранение                              | 64,7 | 74,7 | 71,1 | 82,4 | 81,3 | 80,9 | 92   | 92,4 |
| Частные планы предоплаты, % частных расходов на здравоохранение                                 | 6,0  | 8,1  | 6,6  | 8,2  | 10,6 | 11,0 | 4,2  | 3,8  |

Примечание: источник – WHO, World Health Statistics, соответствующие годы.

здравоохранение (табл. 2). Для сравнения, в странах ОЭСР эта доля составляет в среднем 30 %.

Однако более показательной с точки зрения доступа является доля оплаты «из кармана» в структуре частных источников финансирования, которая в России достигает 92 % (см. табл. 2).

Для нейтрализации финансовых барьеров доступа ВОЗ рекомендует развивать системы страхового типа, основанные на предварительной оплате. Нужно отметить, что добровольное медицинское страхование в России развито достаточно слабо, и в

основном в этом сегменте действуют корпоративные программы. При этом следует помнить, что добровольное медицинское страхование формируется по рискованной модели, то есть размер взносов зависит от степени наступления страхового случая. Поэтому для снижения размера страховых выплат необходимо постоянно страховаться в течение длительного времени.

Для анализа расширения сферы платности в здравоохранении в необходимо прежде всего рассмотреть два показателя российской статистики.

1. Увеличение доли платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказываемых населению. Так, если в 2005 г. она составляла 4,8 %, то к 2014 г. достигла уже 6,4 %. Это свидетельствует о том, что объем платных медицинских услуг растёт быстрее, чем объем платных услуг в целом. Причём объем платных медицинских услуг на душу населения в текущих ценах вырос за 2005–2014 гг. более чем в 4 раза (табл. 3).

2. Увеличение доли медицинских услуг в структуре потребительских расходов домашних хозяйств. За период 2003–2014 гг. доля расходов домохозяйств на здравоохранение в целом выросла с 2,2 % до 3,6 %. Наибольшее увеличение наблюдается по расходам на медикаменты и медицинского оборудование – с 1,3 % до 2,0 %, на амбулаторные услуги – с 0,7 % до 1,3 %. При этом можно отметить, что доля расходов на стационарное лечение даже снизилась в 2014 г. до 0,3 %, тогда как в 2010–2013 гг. она составляла 0,4 %.

Сами по себе данные показатели, возможно, не являются прямым свидетельством ограничения доступности медицинских услуг в России. Однако опасения по данному поводу возникают при анализе, с одной стороны, данных социологических опросов, а с другой – общей социально-экономической ситуации в стране.

В настоящее время вопросы платности медицинских услуг всё активнее включаются в социологические исследования по проблемам состояния здоровья населения и системы здравоохранения в стране. Так, Фонд Общественное мнение (ФОМ) уже в течение

длительного времени проводит исследования рассматриваемых вопросов при этом, как представляется автору, с финансово-экономической точки зрения вопросники ФОМ построены методологически наиболее точно [8]. В 2015 г. 46 % респондентов отметили, что им приходилось платить за медицинские услуги, их доля с увеличилась с 2007 г. (42 %). Соответственно снизилась доля опрошенных, не плативших за услуги, – с 57 % до 53 % соответственно.

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство плативших сделали это официально, через кассу медицинского учреждения: 34 % оплачивали услуги через кассу медицинского учреждения всегда и 6 % чаще оплачивали услуги через кассу, нежели иными способами. В 2007 г. эти показатели составили 25 % и 6 % соответственно. Это означает, что происходит институционализация платных услуг, а не просто осуществляются неофициальные платежи как благодарность медицинскому персоналу. При этом 29 % оплачивали услуги при обращении в государственные медицинские учреждения, и 22 % – в частные. Как представляется, расширение сферы платных услуг в государственных медицинских учреждениях является одним из наиболее острых и дискуссионных вопросов финансирования системы здравоохранения в стране.

Комплексное обследование уровня жизни населения Росстата, два раунда которого были проведены в 2011 и 2014 гг., позволяет выявить долю респондентов, которые рассматривают необходимость оплаты

**Объем платных медицинских услуг в России**

**Таблица 3**

| Показатель   | 2005           | 2010           | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Платные услуги населению, млн руб.   |                |                |                |                |                |                |
| медицинские  | 109756         | 250474         | 286058         | 333895         | 416227         | 474432         |
| Платные услуги населению, на душу населения руб.:                                | <b>15828,8</b> | <b>34606,2</b> | <b>38756,4</b> | <b>42156,2</b> | <b>48272,8</b> | <b>51115,7</b> |
| из них медицинские   | 764,7          | 1753,4         | 2001,0         | 2331,6         | 2900,4         | 3247,5         |
| Удельный вес услуг в общем объеме платных услуг, оказанных населению, процентов: |                |                |                |                |                |                |
| медицинских  | 4,8            | 5,1            | 5,2            | 5,5            | 6,0            | 6,4            |

**Примечание:** источник – Здравоохранение в России, 2015; Статистический сборник Росстата, 2015.

**Причины не обращения за медицинской помощью в медицинские учреждения и получения медицинской помощи из других источников при наличии потребности в медицинской помощи**

**Таблица 4**

| Показатель  | 2011 | 2014 |
|---|------|------|
| Не обратились за медицинской помощью в медицинские учреждения при наличии потребности в медицинской помощи, % всех респондентов | 42,7 | 33,6 |
| Из них, необходимое лечение можно было получить только на платной основе:   |      |      |
| все респонденты, %  | 5,7  | 11,0 |
| городское население   | 6,1  | 11,0 |
| сельское население  | 4,5  | 11,0 |
| трудоспособные  | 5,7  | 10,0 |
| молодёжь (16–26 лет)  | 5,1  | 7,4  |
| престарелые   | 5,9  | 12,5 |
| работающие  | 5,3  | 9,8  |

**Примечание:** источник – составлено автором по сборнику Росстата «Итоги комплексного наблюдения условий жизни населения», 2011, 2014.



медицинских услуг как препятствие для получения медицинской помощи (табл. 4).

Из данных обследования видно, что доля тех, кто не обратился за медицинской помощью, потому что необходимое лечение можно было получить только на платной основе, увеличилась с 2011 до 2014 гг. почти в два раза. При этом обращают на себя внимание такие группы, как сельское население и престарелые. В целом число не обратившихся за необходимой помощью за рассматриваемый период снизилось с 42,7 % до 33,6 % опрошенных.

Финансовые проблемы возникают и в области доступности лекарств в условиях необходимости их оплаты «из собственного кармана». В 2011 г. 95,2 % опрошенных покупали лекарства за свой счёт, причём 17 % респондентов отметили отсутствие средств на покупку лекарств. 29,5 % респондентов не прошли курс назначенного лечения или прошли его не полностью или частично потому, что предлагалось платное лечение, на которое не было средств [6].

Регионализация расходов на здравоохранение связана с увеличением роли субъектов федерации в финансировании медицинских услуг. Так, в 2014 г. расходы федерального бюджета на здравоохранение составили 535,5 млрд руб. (0,7 % ВВП), а расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ – 1316,2 млрд руб. (1,8 % ВВП) [7]. Однако в здравоохранении возникает серьёзная проблема с бюджетным федерализмом. Ведь задача состоит в том, чтобы обеспечить всем гражданам доступ к медицинским услугам независимо от того, где они проживают. Между тем в России сложилась существенная дифференциация регионов по уровню социально-экономического развития и собственным возможностям регионов обеспечивать финансирование здравоохранения.

К настоящему времени в России сложилась существенная социальная дифференциация населения, о чём свидетельствует достаточно высокий коэффициент Джини, который достигает 0,4. В результате средние показатели скрывают значительные различия в социально-экономическом положении домохозяйств. Данные социологических обследований показывают сохранение неравенства в здравоохранении, основанного на факторе дохода, а показатели самооценки здоровья населения значительно различаются по доходным группам.

Согласно выборочному наблюдению поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, проведённому Росстатом в 2013 г., своё состояние как очень хорошее и хорошее оценили 70 % респондентов с высоким уровнем доходов и только около 18 % респондентов с низким уровнем доходов. Соответственно, плохим и очень плохим считают своё здоровье 7 % опрошенных с высоким и 32,9 % – с низким уровнем дохода. Аналогичная тенденция прослеживается и по отношению к заболеваемости. Отсутствие недомоганий отметили только 18,6 % респондентов, имеющих низкий уровень дохода и 52,6 % респондентов, имеющих высокий уровень дохода, то есть разница почти в 3 раза. По всем позициям, включённым в опрос (10 заболеваний), доля

опрошенных с низкими доходами, отметивших у себя то или иное заболевание, выше, причём в ряде случаев достаточно существенно. Необходимо отметить ситуацию с диабетом, где различия между доходными группами наиболее существенны и достигают 5,6 раза.

В последнее время одним из лейтмотивов здравоохранительной политики в России является пропаганда здорового образа жизни, важным элементом которой является занятие физкультурой и спортом. Однако вышеуказанное обследование Росстата показало, что и здесь состоятельные люди впереди: 42,6 % респондентов, имеющих высокий уровень доходов, отметили, что посвящают этому своё свободное время, против 13,7 % респондентов с низким уровнем доходов.

В заключении хотелось бы отметить, что проблемы, связанные с доступностью медицинских услуг, нуждаются в дальнейшем исследовании. Показатели финансирования являются косвенными, и многое зависит от общей модели организации системы здравоохранения в стране. Однако показатели финансирования здравоохранения на фоне общей социально-экономической ситуации в России дают основания высказать опасения о проблемах в области доступности медицинских услуг для граждан, что требует учёта влияния экономической, прежде всего бюджетной, политики на здравоохранение.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. – М.: Авторская академия, 2013. – 344 с.
2. Grigorieva NS, Chubarova TV (2013). Modern health care: policy, economy, management [Sovremennoe zdravookhraneniye: politika, ekonomika, upravleniye]. 344.
3. Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – № 2 (32). – С. 130–142.
4. Kalashnikov KN, Kalachikova ON (2014). Access and quality of medical care in the context of health care modernization [Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v kontekste modernizatsii zdravookhraneniya] *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz*, 2 (32), 130–142.
5. Колесников С.И. Болевые точки медицины // Социальное партнёрство. – 2010. – № 2. – С. 34–38.
6. Kolesnikov SI (2010). Pressure points in medicine [Bolevye tochki meditsiny]. *Sotsial'noe partnerstvo*, (2), 34–38.
7. Кулькова В.Ю. Государственные расходы на здравоохранение в ОЭСР и России: потенциал и методика сравнительного анализа // Финансовый журнал. – 2014. – № 3 (21). – С. 35–46.
8. Kulkova VY (2014). State expenditures on health care in OECD and in Russia: potential and methodology of comparative analysis [Gosudarstvennye raskhody na zdravookhraneniye v OESR i Rossii: potentsial i metodika sravnitel'nogo analiza]. *Finansovyy zhurnal*, 3 (21), 35–46.

5. Росстат. Здравоохранение в России. Статистический сборник. – М., 2015. – 174 с.

Federal Service of State Statistics (2015). Health care in Russia [Zdravookhraneniye v Rossii. Statisticheskiy sbornik], 174.

6. Росстат. Итоги комплексного наблюдения условий жизни населения в 2011 и 2014 гг. – 2015. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/inspection/itog\\_inspect1.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/inspection/itog_inspect1.htm).

Federal Service of State Statistics (2015). Results of the comprehensive analysis of population living conditions in 2011 and 2014. [Itogi kompleksnogo nablyudeniya usloviy zhizni naseleniya v 2011 i 2014 gg.]. Available at: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/inspection/itog\\_inspect1.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/inspection/itog_inspect1.htm).

7. Росстат. Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. – М., 2015. – 311 с.

Federal Service of State Statistics (2015). Social status and living standards of Russian population [Sotsial'noe

polozheniye i uroven' zhizni naseleniya Rossii. Statisticheskii sbornik], 311.

8. Фонд «Общественное мнение». Доминанты. Поле мнений // Социологический бюллетень. Здравоохранение. Опрос. – 2015. – Режим доступа: <http://www.fom.ru>.

Public Opinion Fund (2015). Dominants. Field of opinions [Dominanty. Pole mneniy]. Sotsiologicheskii byulleten'. Zdravookhraneniye. Oprosy. Available at: <http://www.fom.ru>.

9. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения. Теоретические аспекты. – М.: ИЭ РАН, 2008. – 68 с.

Chubarova TV (2008). Health economics. Theoretical issues [Ekonomika zdravookhraneniya. Teoreticheskie aspekty], 68.

10. Savedoff W (2003). How much should countries spend on health? *Discussion Paper N 2-2003. World Health organization*, 11.

11. World Bank (1993). World Development Report. Investing in Health.

#### Сведения об авторах

#### Information about the authors

**Чубарова Татьяна Владимировна** – доктор экономических наук, заведующая центром экономической теории социального сектора ФГБУН Институт экономики РАН (112118, г. Москва, Нахимовский проспект, 32; тел.: 8 (499) 724-15-41; e-mail: [t\\_chubarova@mail.ru](mailto:t_chubarova@mail.ru))

**Chubarova Tatyana Vladimirovna** – Doctor of Economical Sciences, Head of the Centre for Theoretical Economics of Social Department of Institute of Economy of the Russian Academy of Sciences (112118, Moscow, Nakhimovsky pr., 32; tel.: +7 (499) 724-15-41; e-mail: [t\\_chubarova@mail.ru](mailto:t_chubarova@mail.ru))