

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Нейштадт И.В.

**Разработка и применение количественных методов
оценки предпочтений граждан в отношении
общественных проектов**

Москва 2020

Аннотация. Проведен обзор научной литературы по используемой практике оценки предпочтений в отношении общественных проектов, анализ используемой практики оценки предпочтений в отношении общественных проектов, а также анализ статистических показателей, применяемых для анализа изучаемых объектов.

Проведено социологическое исследование оценки качества бюджетных медицинских услуг, предоставляемых в рамках системы ОМС, и перспектив развития программ добровольного медицинского страхования.

Нейштадт И.В. старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра публичной политики и государственного управления ИОН Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1 Количественные методы оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов.....	6
2 Разработка и усовершенствование количественных методов оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов.....	25
3 Практические рекомендации по совершенствованию количественных методов оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов и программ реформ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	56

ВВЕДЕНИЕ

При принятии решений органами государственной власти о реализации общественных проектов в недостаточной степени учитываются предпочтения конечных пользователей, а используемая информация об этих предпочтениях основана на социологических опросах, имеющих ряд методологических недостатков. Поэтому для решения ключевых вопросов государственного управления крайне актуальна возможность предоставления достоверной информации о предпочтениях граждан и их готовности платить за предполагаемые или реализуемые изменения.

До последнего времени объем информации о предпочтениях конечных пользователей общественных благ или программ реформ государственного управления, необходимый для принятия решений в области публичной политики, был ограниченным. Основным источником данной информации являлись стандартные социологические опросы, имеющие ряд методологических недостатков, в частности невозможность учесть бюджетно-финансовые ограничения принимаемых решений и проблемы стратегического поведения респондентов.

Один из стандартных методов оценки публичных проектов, анализ затрат и выгод, предполагает наличие достоверной информации не только о стороне затрат проекта, получение которой возможно в связи с наличием наблюдаемых данных об используемой технологии и рыночных ценах производственных факторов, но и стороне выгод, оценка которых затруднена в свете скрытой природы предпочтений конечных потребителей в отношении общественных благ и отсутствия конкурентных рынков, предоставляющих эти блага. Таким образом, встает вопрос о необходимости выявления предпочтений налогоплательщиков с целью адекватной оценки общественных выгод, т.е. стороны спроса на рассматриваемые изменения. Выявление предпочтений может осуществляться одним из следующих способов: условная (контингентная) оценка, метод гедонистических цен и конджойнт-анализ. Выбор одного из описанных подходов зависит от конкретного объекта исследования.

Метод условной (контингентной) оценки предусматривает выявление готовности платить за изменения экспериментальным путем при рассмотрении участниками экспериментов меняющихся сценариев и определении ими максимальной цены за каждую из альтернатив. Методы гедонистических цен применимы при наличии наблюдаемых данных о ряде характеристик проекта и позволяют сделать выводы о значимости каждой из отдельных характеристик.

Основы эконометрической методологии оценки данных, описывающих принятие

решений в ситуации дискретного выбора, были разработаны лауреатом Даниэлем МакФадденом в 1970-ые и 1980-ые годы. Конджойнт-анализ, в частности эксперименты по дискретному выбору, основан на одновременном изменении всех характеристик благ, включая цену. Это позволяет исследователям выявлять готовность индивидуумов платить за нерыночные или гипотетические блага и делать выводы относительно поддержки предлагаемых изменений отдельными социально-экономическими группами. Данный подход нашёл широкое применение при анализе реформ в системе здравоохранения и рассмотрении публичных проектов по модернизации транспортной инфраструктуры и применим к решению ряда задач по анализу спроса на нерыночные блага.

1 Количественные методы оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов

Принятие обоснованных решений в отношении общественных проектов предполагает оценку и сопоставление затрат и результатов. При этом требуется как можно полнее и точнее определить компоненты затрат, круг последствий, результатов, к которым они приводят, измерители, позволяющие оценивать разнообразные элементы затрат и результатов в едином масштабе и, наконец, чистую отдачу, то есть разницу между результатами и затратами.

Оценка указанных показателей должна осуществляться исходя из общих интересов граждан, выступающих одновременно в роли конечных бенефициаров реализуемых проектов, а также в роли налогоплательщиков. Чистая отдача, подлежащая максимизации, представляет собой разность между общественными выгодами и общественными издержками. Фундаментальный принцип анализа затрат и выгод заключается в том, что основными определяющими факторами для общественного решения о необходимости и обоснованности реализации проекта являются индивидуальные предпочтения. В соответствии с данным предположением, коллективное принятие решений должно строиться исключительно на индивидуальных предпочтениях. Таким образом, основным теоретическим обоснованием анализа затрат и выгод является утверждение о том, что выгоды отражают повышение уровня благосостояния, а затраты – снижение последнего. Следовательно, для принятия и проведения проекта необходимо, чтобы общественные выгоды превышали общественные затраты. Для описания общественных выгод и затрат необходимо представление о функции общественного благосостояния. В общей форме функция общественного благосостояния Бергсона-Самуэльсона задана следующим образом (формула 1):

$$W(x) = W(U_1(x_1), \dots, U_n(x_n)), \quad (1)$$

где вектор $x = (x_1, \dots, x_n)$ показывает уровни потребления всех благ индивидуумами $i = 1, \dots, n$, а $U_i(x_i)$ – соответствующий уровень полезности отдельного индивидуума. Предполагается, что функция общественного благосостояния возрастающая и выпуклая вверх в отношении индивидуальных уровней полезности. Рассмотрим общественный проект, который в случае реализации должен изменить индивидуальные уровни потребления с x до $x + \Delta = (x_1 + \Delta_1, \dots, x_n + \Delta_n)$. Тогда новый уровень общественного благосостояния будет равен (формула 2)

$$W(x+\Delta) = W(U_1(x_1+\Delta_1), \dots, U_n(x_n+\Delta_n)). \quad (2)$$

При заданной функции общественного благосостояния реализация проекта приведет к повышению общественно благосостояния, если $W(x+\Delta) > W(x)$. Если данное условие соблюдается, то проект должен быть реализован. Однако, решение не является настолько тривиальным, если нам неизвестна функция общественного благосостояния. В частности, существует ли критерий, позволяющий принять решение о востребованности проекта безотносительно выбора функции общественного благосостояния?

Первым и наиболее естественным шагом является применение к оценке общественных проектов принципа Парето-оптимальности. Данный критерий утверждает, что общественное благосостояние повысится, если ни один индивидум не страдает от реализации проекта, а хотя бы один индивидум является бенефициаром (улучшение по Парето). Данный критерий выполнен, если $U_i(x_i+\Delta_i) \geq U_i(x_i)$ для всех i и существует хотя бы один индивидум j , для которого $U_j(x_j+\Delta_j) > U_j(x_j)$. Естественно, что если бенефициарами проекта являются все граждане, то критерий Парето применим для обоснования необходимости его реализации.

Проблема с применением данного критерия возникает при наличии минимального конфликта интересов, то есть в ситуации, когда хотя бы один индивидум страдает от последствий реализации проекта. В какой степени выгоды бенефициаров превосходят потери страдающих от проекта, зависит от выбора функции общественного благосостояния. В частности, при наличии конфликта интересов всегда возможно сконструировать и такую функцию общественного благосостояния, при которой проект обоснован, и альтернативную функцию, при которой тот же проект приводит к отрицательным чистым выгодам для общества.

Наиболее общий подход, способный провести сравнение выгод бенефициаров с потерями, страдающих от проекта, основан на компенсационных тестах, предложенных Кальдором и Хиксом. Данные компенсационные тесты основаны на принципе определения компенсирующей вариации (*compensating variation*). Пусть потребительский набор индивидума i задан как (x_i, y_i) , где y_i обозначает товар, использующийся как единица измерения (*numeraire*). Тогда естественной формой функции полезности индивидума будет квазилинейная функция $U(x_i, y_i) = v(x_i) + y_i$. Рассмотрим

общественный проект, в результате которого уровень потребления изменится с (x_i^0, y_i^0) до (x_i^1, y_i^1) , а достигаемый уровень полезности – с U_i^0 до U_i^1 . Компенсирующая вариация измеряет, какая сумма должна быть предоставлена индивидууму после реализации проекта для компенсации за произведенные изменения. Данная величина определена как (формула 3)

$$CV_i((x_i^0, y_i^0), (x_i^1, y_i^1)) = y_i^1 - \dot{y}_i, \quad (3)$$

где $\dot{y}_i$ обозначает объем товара y , позволяющий оставаться на изначальном уровне полезности при потреблении нового объема товара x , т.е. $U(x_i^1, \dot{y}_i) = U_i^0$. Таким образом, проект, приводящий к увеличению уровня полезности, предполагает компенсацию в виде сокращения потребления товара y , т.е. $CV_i = y_i^1 - \dot{y}_i > 0$. Следовательно, проект, обоснованный в отношении выгод ($x_i^1 > x_i^0$), ведет к положительной компенсирующей вариации, отражающей готовность платить (*willingness to pay*, WTP) индивидуума за реализацию данного проекта.

Альтернативный (также правомерный) подход к интерпретации готовности платить базируется на идее эквивалентной вариации (*equivalent variation*). В этом случае ответ дается на вопрос о том, какая минимальная денежная сумма, выплаченная потребителям вместо реализации проекта, была бы в их глазах эквивалентной выгодам проекта (приросту благосостояния, которую он способен был бы принести в случае своего дарового осуществления). Эквивалентная вариация определена как (формула 4)

$$EV_i((x_i^0, y_i^0), (x_i^1, y_i^1)) = \dot{y}_i - y_i^0, \quad (4)$$

где $\dot{y}_i$ теперь обозначает объем товара y , позволяющий достичь нового уровня полезности при потреблении изначального объема товара x , т.е. $U(x_i^0, \dot{y}_i) = U_i^1$. Таким образом, проект, приводящий к увеличению уровня полезности и обоснованный в отношении выгод ($x_i^1 > x_i^0$), предполагает положительную эквивалентную вариацию, т.е. $EV_i = \dot{y}_i - y_i^0 > 0$. Данная величина отражает готовность индивидуума принять (*willingness to accept*, WTA) рассматриваемый проект.

Компенсационные тесты Кальдора и Хикса могут быть сформулированы следующим образом: тест Кальдора положителен, если сумма всех компенсирующих

вариаций в обществе больше нуля, т.е. $\sum_{i=1}^n C V_i > 0$, а тест Хикса положителен, если

сумма всех эквивалентных вариаций в обществе больше нуля, т.е. $\sum_{i=1}^n E V_i > 0$.

Для более подробного изучения рассматриваемой темы необходимо рассмотреть понятие «готовности платить» (пер. с англ. «willingness to pay»). Готовность платить представляет собой методологический инструмент, который используется для оценки платежеспособности отдельных социальных групп с целью выявить гипотетическую денежную стоимость тех или иных характеристик объекта или прочих улучшений, см. Кеведо и др. [1]. Также мы можем определить готовность платить как максимальную цену, которую готов заплатить потребитель за товар или услугу, см. Ле Галль-Эли [2].

Пусть нормальная функция спроса индивидуума i задана как $x_i = x_i(p, I_i)$, где p обозначает вектор цен (равный для всех индивидуумов), а I_i – индивидуальный доход данного потребителя. Подстановка функции спроса, являющейся результатом индивидуальной максимизации полезности при условии бюджетного ограничения, в изначальную функцию полезности дает косвенную функцию полезности $v_i(p, I_i)$, описывающую зависимость уровня полезности от цен и дохода. Пусть рассматривается общественный проект, эквивалентный изменению политики, приводящему к предельному изменению цен dp и доходов dI_i . Тогда изменение уровня благосостояния индивидуума i в результате реализации проекта может быть рассчитано как полный дифференциал косвенной функции полезности (формула 5):

$$dv_i = \frac{\partial v_i}{\partial I_i} dI_i + \sum_{k=1}^K \frac{\partial v_i}{\partial p_k} dp_k, \quad (5)$$

где $\partial v_i / \partial I_i$ показывает предельную полезность дохода рассматриваемого индивидуума. Если разделить полный дифференциал на предельную полезность дохода, то получаем готовность платить индивидуума за общественный проект (формула 6):

$$WTP_i = dI_i + \sum_{k=1}^K \frac{\frac{\partial v_i}{\partial p_k} dp_k}{\frac{\partial v_i}{\partial I_i}}. \quad (6)$$

Теперь рассмотрим более общую функцию общественного благосостояния

$W(v_1, v_2, \dots, v_n)$. Тогда изменение общественного благосостояния в результате реализации проекта описывается следующей формулой Мида (James Meade, британский экономист, лауреат Нобелевской премии по экономике) (формула 7)

$$dW = \sum_{i=1}^n \beta_i W T P_i, \quad (7)$$

где $\beta_i = \frac{\partial W}{\partial v_i} \frac{\partial v_i}{\partial I_i}$ отражает общественную предельную полезность дохода индивидуума i . Таким образом, изменение общественного благосостояния в результате реализации проекта является взвешенной суммой индивидуальных готовностей платить за проект, причем весовые коэффициенты являются общественными предельными полезностями дохода различных граждан. Отсюда следует, что общественные проекты, приводящие к более чем пропорциональным выгодам для индивидуумов с более высокой общественной предельной полезностью дохода, могут привести к повышению общественного благосостояния, несмотря на возможное отрицательное значение совокупной готовности платить за рассматриваемый проект.

Можно выделить две группы методов, направленных на определение готовности платить: заявленные предпочтения (stated preferences) и выявленные предпочтения (revealed preferences), см. Брайдерт и др. [3]. Как правило, при заявленных предпочтениях используются эксперименты по дискретному выбору и конджойнт-анализ. Эксперименты по дискретному выбору применяются в различных сферах, особенно они распространены в маркетинговых исследованиях, посвященных определению спроса на те или иные рыночные и нерыночные продукты. Идея конджойнт-анализа заключается в опросе респондентов, которые отвечают на вопросы в соответствии с заданной гипотетической ситуацией. Респонденты выбирают лучший, по их мнению, ответ, который состоит из нескольких элементов (атрибутов), что позволяет построить многомерные предпочтения. При работе с выявленными предпочтениями используются другие методы: анализируются уже имеющиеся в распоряжении данные о выборах людей. Таким образом, метод выявленных предпочтений базируется на уже принятых решениях людей (о приобретении того или иного блага), и в этом заключается его надежность, т.к. перед исследователем не встает проблема достоверности ответов, данных респондентами. При этом, используя подобный метод, представляется затруднительным объяснить, какие именно переменные и как сильно повлияли на конечный результат.

В тех исследованиях, где целью работы является определение готовности платить,

достаточно часто применяется именно метод условной оценки. Владельцев недвижимости спрашивают, сколько они были бы готовы заплатить за собственность с учётом влияния экологических факторов (например, плохой экологии и загрязнения почвы). Агрегированные ответы респондентов анализируют и получают диапазон цен, которые люди были бы готовы заплатить за недвижимость с учетом экологического состояния среды.

Но отдельные ученые отмечают, что данный метод несовершенен и, применяя его, необходимо помнить об ограничениях. К примеру, в статье Хаусмана [4] отмечается, что из-за теоретического характера вопросов респонденты дают искаженные результаты, переоценивая блага и отвечая «не подумав». Авторы статьи также перечисляют основные моменты, которые присущи методу условной оценки. Первое, на что он обращают внимание – предлагаемая респонденту ситуация и вопрос являются гипотетическими. Вполне возможно, что у респондента нет опыта, необходимого для приближенного к реальности анализа возможных последствий принятого решения. В связи с этим, полученные ответы (*stated preferences*) не могут являться убедительным доказательством того, что респонденты повели бы себя так на самом деле. Вторым важным аспектом является то, что не все респонденты обладают полнотой информации о влиянии экологических факторов на здоровье (или о других последствиях ситуации, которую смоделировал экспериментатор). Из этого следует третий момент – допущение, что ответ респондентов зависит только от одной переменной, состояния окружающей среды (или любой другой), и что именно этот фактор является решающим при покупке или аренде недвижимости. Однако на практике это совсем не так, и у потребителей есть список требований и пожеланий к потенциальной собственности, среди которых такие факторы, как характеристики здания, расположение района, расстояние до работы, школы и т.д.

Создание опроса, в котором рыночные цены (согласно замыслу экспериментатора) зависят от одной переменной, и решение, сформулированное за несколько минут (а не недель или месяцев, как это обычно бывает) сильно упрощает процесс покупки недвижимости, что влияет на достоверность полученных данных. Также стоит обратить внимание на такое явление, как ошибки выборки. Подобное может быть связано с наличием нерепрезентативной выборки, которая не отражает характеристики генеральной совокупности (популяции). Погрешности, не связанные с выборкой, также могут возникнуть во время сбора данных и включают в себя ошибку измерения или ответа, смещение интервьюера (влияние экспериментатора на респондентов и последующее получение нерепрезентативных данных) и т.д. В связи с этим кажется уместным

использовать гедонистическую модель цены для определения характеристик, ценных для потребителя, и связать ее с концепцией готовности платить.

В основе экспериментов с дискретным выбором (ЭДВ) лежат две ключевые экономические теории: теория случайных полезностей и теория Ланкастера. Обе теории предполагают, что респонденты выбирают предпочтительный вариант из каждого предложенного им набора гипотетических сценариев, который обеспечивает им наибольшее удовлетворение или «полезность». Эксперименты с дискретным выбором проводятся для понимания того, какие характеристики (так называемые атрибуты) нравятся потребителям, как они уравнивают эти атрибуты и относительную важность каждого атрибута при выборе того или иного варианта в потреблении. Этот метод использовался для понимания предпочтений людей в различных ситуациях, зачастую в случаях, когда это сложно наблюдать за потребителями, делающими выбор на реальных рынках. В медицинской практике эксперименты с дискретным выбором позволяют оценить индивидуальные предпочтения как для пользы для здоровья, так и для пользы, не связанной со здоровьем, и могут объяснить относительную ценность различных источников и вариантов выбора.

Более двух десятилетий назад было показано [5], что среди лиц в возрасте 65 лет и старше около 30 процентов расходов на здравоохранение (РЗ), приходится на последний год жизни; 50 процентов этой доли сосредоточены на последних двух месяцах жизни. С экономической точки зрения инвестиции такого типа, кажется, не имеют особого смысла, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, на индивидуальном уровне, помимо паллиативной помощи, они часто включают в себя усилия, дискомфорт и даже страдания, в то время как их ожидаемый период окупаемости очень короткий. Конечно, всегда можно вызвать страх смерти как фактор, повышающий готовность платить (ГП); однако это объяснение не является полностью удовлетворительным [6], поскольку существует плохое состояние здоровья, которое хуже, чем смерть. Хотя большая часть РЗ в странах ЕС покрывается за счет медицинского страхования или государственной поддержки, часто пациентам по-прежнему приходится платить в виде усилий, дискомфорта и даже страданий. В обществе распространено мнение, что щедрое использование ресурсов для людей, большинство из которых все равно умрет, похоже, не имеет особого смысла. Эти средства могут быть потрачены на лечение людей с лучшими перспективами, которые также могут внести свой вклад в социальное медицинское страхование (или заплатить налог, предназначенный для национальной службы здравоохранения, соответственно) в будущем. Эти проблемы стали несколько менее острыми, когда авторы [7], используя

групповые данные о застрахованных с известным временем смерти, смогли показать, что крутой подъем РЗ незадолго до смерти не зависел от их возраста. Учитывая продолжающееся увеличение продолжительности жизни, последний дорогостоящий год человеческой жизни будет становиться все больше, что уменьшит его влияние в перспективе. Тем не менее, этот вывод абстрагируется от технологических изменений в медицине, которые в основном представляют собой продукт, увеличивающий затраты, а не инновационные процессы, способствующие снижению затрат. Между тем, многие новые лекарства имеют стоимость за год жизни с поправкой на качество (ГЖКК), превышающую 100 000 долларов США [8], в результате чего проблема иррациональности вновь приобретает важность.

Тем не менее, если политика в отношении дорогостоящего лечения в конце жизни должна отражать то, что вкладчики в медицинское страхование и налогоплательщики считают оптимальными, необходимо учитывать микроэкономические условия для оптимальности потребителя, показывающие, что отношение предельной полезности к предельным затратам должно быть равными по товарам и услугам [см., например, 9, глава 4]. Предельная полезность отражается (предельной) ГП; поэтому, если вкладчики и налогоплательщики выставляют ГП сверх предельных затрат на лечение в конце жизни, не существует экономического обоснования для отказа им в доступе к нему. Тем не менее, всегда существует вероятность того, что постфактум затронутые лица (если их можно будет спросить) оценивают лечение в конце жизни ниже, чем заблаговременное; однако, это верно для всех решений, принятых в ситуации риска. Авторы работ [10-11] этот феномен объясняют следующими способами. Во-первых, они утверждают, что — за исключением случая с завещанием — богатство не имеет никакой пользы для мертвого человека; следовательно, тратить деньги на продление жизни (или просто на улучшение ее качества) практически невозможно, что увеличивает ГП за уход в конце жизни. Во-вторых, по той же причине незначительное улучшение качества жизни в период борьбы за жизнь имеет относительно высокое значение ГП. В-третьих, авторы проводят различие между индивидуальной и общественной ценностью лечения в конце жизни, утверждая, что социальная ценность может превосходить своего индивидуального аналога по двум причинам. Может быть некоторая степень альтруизма (часто называемого в Европе солидарностью), вызывающего нежелание лишать лиц на грани смерти доступа к медицинской помощи. Кроме того, вкладчики и налогоплательщики могут осознавать, что, как только новая терапия включена в список льгот социального медицинского страхования (национальная служба здравоохранения, соответственно), она становится общественным

благом [13]. Хотя условие неконкурентоспособности при потреблении может быть нарушено, условие неисключительности выполняется, так как доступ не обусловлен готовностью платить (за исключением доплаты, которая обычно незначительна). В-четвертых, принимая во внимание ожидаемую максимальную полезность для отдельных людей, [10] показывают, что вероятность выживания благодаря лечению («надежда» в их терминологии) служит повышению ГП. Существует дополнительный эффект в том смысле, что «надежда» также способствует повышению качества жизни во время выживания. В-пятых, авторы утверждают, что использование информации, полученной от людей, которые все еще далеки от смерти, вводит в заблуждение для оценки лечения в конце жизни. Эта информация обычно дает ответ на вопрос: «Какова была бы ценность увеличения продолжительности вашей жизни на шесть месяцев?». Для здорового респондента в возрасте 30 лет (скажем) с ожидаемой продолжительностью жизни 50 лет — это незначительное отклонение; для человека, имеющего всего несколько месяцев жизни, это инфрамаргинально (точнее, супрамаргинально). Поэтому значения ГП, относящиеся к людям со значительной оставшейся продолжительностью жизни, не должны использоваться для увеличения от предельного к общему.

В работах [10, 11] сформулированы следующие пять прогнозов (обозначенных как ВР).

ВР1: чем дальше от времени смерти люди, тем меньше их ГП за продление жизни. И наоборот, люди, близкие к смерти, демонстрируют высокую индивидуальную ГП, которую не может быть выведена непосредственно из оценок теми, кто находится далеко от нее; эти оценки должны постепенно увеличиваться с приближением к смерти.

ВР2: ГП за продление жизни увеличивается с «надеждой», то есть шанс на выживание благодаря лечению в конце жизни.

ВР3: индивидуальная ГП близка к понятию материальное богатство, когда вероятность смерти без лечения составляет 100 процентов.

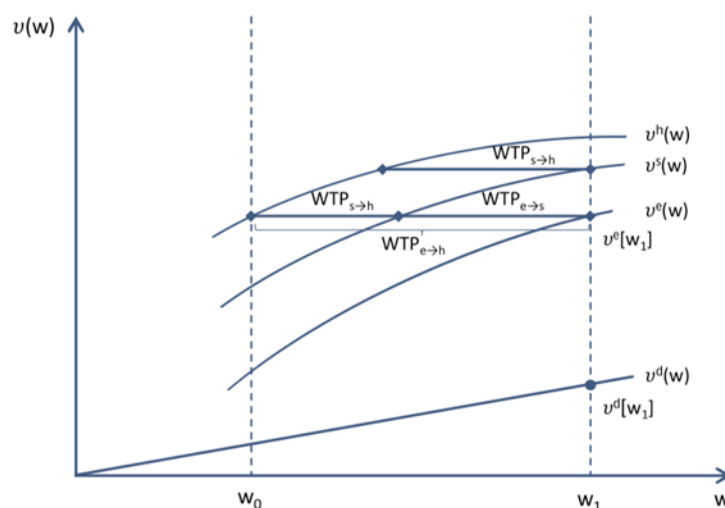
ВР4: даже если абстрагироваться от субсидирования медицинских услуг, достаточно сильный альтруизм вкладчиков в сочетании с умеренным альтруизмом со стороны бенефициаров приводит к тому, что общественная ГП превышает его индивидуальную составляющую.

ВР5: общественная ГП может значительно превышать индивидуальную ГП, учитывая достаточно сильное отвращение общества к отказу в доступе к новому уходу в конце жизни.

Эти прогнозы основаны на функции полезности риска (фон Неймана-

Моргенштерна) (см., например, [17, гл. 2.2.2.2]), характеризуемой следующими двумя свойствами.

i) Согласно [10], богатство (соответственно доход в их модели) не имеет смысла в состоянии смерти. Подразумевается, что индивидуальная ГП за обеспечение выживания равна богатству человека. Однако это игнорирует мотив завещания (см., например, [20]), что приводит к увеличению полезности с богатством, хотя и определенным образом. Во-первых, при отсутствии крайнего альтруизма со стороны завещателя это увеличение менее выражено, чем в его/ее здоровом и больном состоянии, соответственно (см. рисунок 1). Во-вторых, за исключением маловероятного случая, когда завещатель принимает неприятие риска бенефициара, его/ее собственное неприятие риска, богатством можно пренебречь, поскольку (реализованное) состояние смерти не связано с риском и требует линейной функции полезности риска.



Отметки: h = здоровье, s = болезнь, e = конец жизни, d = смерть

Рисунок 1 - Функции полезности риска в зависимости от состояния и значения ГП

ii) Согласно [10], предельная полезность (рискованного) богатства при хорошем здоровье выше, чем при плохом здоровье. Это предположение, по-видимому, подтверждается работой [21], эмпирический подход которой, однако, игнорирует тот факт, что богатство является рискованным в настоящем контексте. Следует обратить внимание, что авторы [11] также выводят прогнозы относительно спроса на страхование по уходу за больными, что подразумевает, что богатство рискованно в их анализе. В отличие от этого, авторы [22] вводят концепцию «боли риска». Можно предположить, что люди, склонные к риску, минимизируют эту боль, избегая накопления рисков. И наоборот, боль от риска

должна быть особенно заметной, если оба из двух рассматриваемых активов, «здоровье» и «богатство», принимают неожиданно низкие значения. Пусть такое низкое значение будет W_0 на Рисунке 2, где горизонт планирования предполагается равным трем месяцам. Если человек одновременно страдает от потери здоровья, боль страдания, обозначенная разницей в полезных значениях в W_0 , должна быть высокой. Это рассмотрение подразумевает, что вертикальное расстояние между $s(W)$ и $h(W)$ больше при W_0 , чем при $W_1 > W_0$; следовательно, предельная полезность (рискованного) богатства выше у больных, чем в здоровом состоянии. Очевидно, этот аргумент переносится в больное состояние по сравнению с состоянием конца жизни с функцией полезности риска $e(W)$.

За последние несколько лет эксперименты с дискретным выбором стали «золотым стандартом» в экономике здравоохранения для выявления предпочтений клиентов [24]; тем не менее, существует много потенциальных сложностей, связанных с его экспериментальным характером [25]. Основное преимущество эксперимента с дискретным выбором (по сравнению с условной оценкой) заключается в том, что он позволяет одновременно изменять уровни всех качественных признаков, вместо того, чтобы оставлять их неизменными, допуская одно единственное исключение по критерию цены. Таким образом, может быть создан реалистичный сценарий выбора, имитирующий повседневный опыт, при котором выбор продукта, отличного от уже размещенного на рынке, почти всегда включает в себя изменения нескольких качественных признаков (начиная с размера упаковки и заканчивая расположением торговой точки, например, в случае зубной пасты).

Приведём описание эксперимента с дискретным выбором, проведенного в 2014 году с участием 1529 жителей Швейцарии. Результаты этого эксперимента с дискретным выбором сравним с некоторыми эконометрическими оценками значений готовности платить. В эксперименте с дискретным выбором участников неоднократно просят выбрать между статус-кво, характеризующимся набором атрибутов, и гипотетической альтернативой с различными уровнями одинаковых атрибутов. Если цена входит в число этих атрибутов, готовность платить для них может быть выведена из выбора с помощью эконометрических методов; для более подробной информации, например, см. [26].

Эксперимент по дискретному выбору, результаты которого анализируются в [26], предназначен для измерения желания больных платить за продления жизни на несколько месяцев с использованием гипотетического нового препарата для лечения рака в терминальной стадии. Различают два типа «Готовность платить» (WTP, с англ. Willingness to pay): индивидуальный (где ценовой признак представляет собой существенную доплату

из своего кармана) и социальный (где ценовой качественный признак представляет собой увеличение взносов за социальное медицинское страхование, вызванное включением препарата в список льгот).

Эксперимент по дискретному выбору был разделен на две части, первая из которых заключалась в выборе договоров об обязательном социальном медицинском страховании, в контексте которых отражается общественная точка зрения (подробнее о швейцарском социальном медицинском страховании см. пример в [27]). Первичное измерение WTP у респондентов соответствует принятию решения на основе «занавеса неведения» [28]. Вторая часть включает индивидуальный выбор лечения, на основе непосредственной точки зрения индивида. На первом этапе участников попросили поставить себя на место пациентов, находящихся в терминальной стадии ракового заболевания: в (фиксированном) текущем положении со стандартным лечением рака у них было бы три месяца (шесть месяцев, соответственно), чтобы жить с качеством жизни, равным 50 (и 30 соответственно) по шкале от 0 до 100.

В эксперименте вопреки стандартной последовательности измерений, сначала обсуждается индивидуальная медицинская страховка, потому что прогнозируемые значения в основном относились к индивидуальным значениям WTP. Респондентам приходилось выбирать между препаратами, которые отличались по таким критериям как: время выживания, качество жизни и вероятность излечения. Каждый выбор подразделялся на два этапа. На первом этапе респондентам было предложено выбрать один из двух гипотетических препаратов. На втором этапе им была предоставлена возможность отказаться от одного из типов лечения, выбрав один: специально подобранный препарат или плановое лечение. Показатели «Время выживания» и «Качество жизни» также отражали значения, которые были ниже, чем в сценарии с плановым лечением. Рассматриваемые существенные признаки не были объединены в агрегированный показатель, поскольку это почти наверняка привело бы к доминирующей альтернативе. Время выживания было на шесть месяцев больше, чем при плановом (стандартном, применяемом в медицине методом) лечении рака, то есть максимум девять месяцев (или двенадцать месяцев в выборке с исходным временем выживания шесть месяцев).

В условиях социального медицинского страхования респондентам приходилось выбирать между вариантами контрактов по обязательному социальному медицинскому страхованию, которые различались с точки зрения покрытия лекарственной базы препаратов от рака для лечения пациентов в предсмертном состоянии (швейцарское социальное медицинское страхование допускает варианты контрактов в рамках ежегодной

вычитаемой франшизы, которая предполагает непосредственную оплату оказанной медицинской услуги после ее оказания, либо управляемую государством систему медицинской помощи).

В целях оценки результатов и проблем функционирования сформированной в России системы ОМС и определения возможных направлений ее модернизации с учетом зарубежного опыта проведено исследование Центром политики в сфере здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики» в 2019 г. – «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития», см. [29].

Авторы исследования отмечают, что в медицинском и страховом сообществах, среди пациентов, а также в государственных ведомствах обсуждается проблема неопределенности системы ОМС в плане выбора бюджетного или рыночного принципа регулирования. Вопрос заключается в том, каким образом должна измениться система ОМС, чтобы ее влияние на доступность и качество медицинской помощи усилилось.

Основной вывод авторов исследования заключается в следующем: «ключевые изменения должны быть направлены на формирование конкурентной и устойчивой модели ОМС с реализацией классических страховых принципов, усиление роли негосударственных субъектов в сфере бесплатного здравоохранения», см. статью Аптечного союза [30].

В работе рассматриваются особенности модели ОМС, ее достоинства и проблемы, отличие от бюджетной модели, а также мировой опыт, который показывает, что различия между различными моделями финансирования здравоохранения постепенно стираются. Тем не менее, на стр. 83 источника отмечается, что «возможность более свободного движения денег в системе ОМС в интересах пациентов заметно шире, чем в бюджетной модели», см. [29].

Авторы исследования считают, «что в случае смены механизма финансирования со страхового на бюджетный (сметный) российское здравоохранение неизбежно столкнется с негативными последствиями, связанными с увеличением расходов «на медицину из бюджетов субъектов РФ для компенсации упраздняемых взносов работающих граждан», с неизбежными изменениями законодательства, со снижением пациентоориентированности и др., см. [30]. Поэтому наиболее перспективным является «поэтапный переход к полноценной рисковой (конкурентной) модели».

Вопросы медицинского обслуживания населения входят в сферу внимания статистических служб. Росстат проводит «Комплексное наблюдение условий жизни населения». Очередное исследование проведено в 2018 г. Исследование охватывает 60 тыс.

домохозяйств по всех субъектах Российской Федерации. Респонденты опрашиваются интервьюерами лично на основе их добровольного согласия по месту проживания в составе отобранного для наблюдения домохозяйства. При проведении опроса используются специально разработанные формы федерального статистического наблюдения – вопросники и указания по заполнению вопросников. Ответы фиксируются интервьюерами со слов респондентов и без предъявления каких-либо документов, подтверждающих ответ.

«Основной целью проведения наблюдения является получение статистической информации, отражающей фактические условия жизнедеятельности российских семей и их потребности в обеспечении безопасной и благоприятной среды обитания, здорового образа жизни, воспитании и развитии детей, в повышении трудовой, профессиональной и социальной мобильности, улучшении жилищных условий, установлении и развитии социокультурных связей», см. отчет Росстата [31].

Отдельные блоки вопросов обследования посвящены получению амбулаторно-поликлинической помощи, скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи, стоматологической помощи. Рассматриваются причины необращения за медицинской помощью в медицинские организации и получение медицинской помощи из других источников. Данные исследования представлены в открытом доступе по типу населенных пунктов, по возрастным группам, по группам занятий, по условиям труда, по положению в занятости.

По различным видам медицинской помощи результаты обследования представлены по ряду показателей, характеризующих, востребованность и доступность медицинских услуг. Так, например, по амбулаторно-поликлинической помощи, в частности, представлены следующие сведения:

лица в возрасте 15 лет и более, обращавшиеся в 2018 году за амбулаторно-поликлинической помощью в медорганизации, в том числе:

- по количеству обращений;
- получившие/неполучившие медицинскую помощь (по последнему случаю обращения);
- причины неполучения медицинской помощи при обращении в 2018 году за амбулаторно-поликлинической помощью в медорганизации (не было нужного специалиста, большие очереди на прием и др.);
- затраты времени на запись к врачу, на ожидание приема или осмотра врача (по последнему случаю обращения).

По различным количественным показателям приводятся средние значения (среднее число обращений, среднее число дней ожидания, средние затраты времени и др.).

Применительно к данной работе интересным является распределение ответов респондентов о причинах необращений в 2018 г. (январь-первая половина сентября) в случае необходимости в медицинские организации. По данным обследования, граждане в основном занимаются самолечением – 51% от числа необращавшихся в медицинские организации при наличии потребности. 30,2% - не удовлетворяет работа медорганизации. 23,8% - ссылаются на отсутствие времени. 21,7% - не рассчитывают на эффективное лечение. 14,6% - считают, что необходимое лечение можно получить только на платной основе. Другие причины, по которым граждане не обращаются в медицинские организации за помощью, упоминаются респондентами редко. Они связаны с трудностями добраться до медорганизации (3-4%) и отсутствием информации о том, где можно получить необходимую медицинскую помощь (1%).

В 2018 г. Росстатом проведено «Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения», см. [32], в рамках которого было опрошено 15 тыс. домохозяйств во всех субъектах Российской Федерации (опрашивался один из членов домохозяйства в возрасте 15 лет и старше). Подобные обследования были проведены Росстатом в 2008 и 2013 гг. Опрос в 2018 г. проводился на основе электронных вопросников с помощью планшетов.

Исследовалось как состояние здоровья граждан, отдельные аспекты их жизнедеятельности, социальное самочувствие, семейное положение, питание, занятия физкультурой и спортом, наличие вредных привычек, так и затрагивалась сфера медицинского обслуживания, его востребованность и качество.

Среди вопросов, которые вошли в сферу изучения данного обследования, находятся, в частности, вопросы получения населением медицинской помощи: обращения в медицинские организации, продолжительность амбулаторного лечения, госпитализации, показатели диспансеризации, а также удовлетворенность граждан медицинской помощью, где отдельно выявлялись оценки граждан по различным видам медицинских организаций, а именно, медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения; медицинских организаций, находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации; медицинских организаций, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти; медицинских организаций частной системы здравоохранения.

Как показывают результаты обследования, граждане чаще обращаются (за

последние 12 месяцев, предшествующих исследованию) в медицинские организации муниципальной системы здравоохранения – 57,5%. Каждый пятый (20,8%) обращался в медицинские организации частной системы здравоохранения. Несколько реже случаются обращения в медицинские организации, находящиеся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации – 17,9%. Только в 3% случаев зафиксированы обращения в медицинские организации, находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти. Об отсутствии обращений в какие-либо медицинские организации сообщили 21,8% опрошенных.

Население в большей степени выражает удовлетворенность медицинской помощью, оказанной в медицинских организациях частной системы здравоохранения. Такое мнение выразили 86,1% опрошенных. Уровень удовлетворенности медицинской помощью в медицинских организациях, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти составил 81,5%, находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации – 73,2%, муниципальной системы здравоохранения – 66,8%.

Социологические подходы к изучению различных проблемных моментов в системе здравоохранения предпринимались разными научными учреждениями и исследовательскими компаниями. Приведем некоторые примеры, наиболее близкие к рассматриваемой тематике.

Неоднократно к проблеме качества медицинской помощи российским гражданам как в рамках ОМС, так и в системе добровольного медицинского страхования, обращался ВЦИОМ. Так, например, вопросам отношения российских граждан к страховым услугам было посвящено инициативное исследование ВЦИОМ «Страхование и кризис», проведенное в 2009 г., см. [33]. Опрошено 1600 чел. в 140 населенных пунктах. Выявлялись мнения граждан о различных услугах страховых компаний, в том числе и услугах по добровольному медицинскому страхованию. Результаты опроса позволили выявить популярность страховых услуг у населения. В целом, как показало исследование, больше половины опрошенных не пользуются услугами страховых компаний, при этом за последние 5 лет доля таких ответов увеличилась на 6 п.п.

Добровольное медицинское страхование не слишком популярно у российских граждан в сравнении с другими видами страхования. Прибегают к нему только 6% россиян. Опережают добровольное медицинское страхование такие виды добровольного страхования, как пенсионное (включая корпоративное) страхование – 13%, автострахование – КАСКО – 9%, страхование жилья – 7%. Лидером же в списке страховых

услуг является ОСАГО - обязательное страхование автогражданской ответственности, его получают около четверти российских граждан (23%).

При этом наименьшей популярностью пользуется у российских граждан страхование имущества, жизни и здоровья, страхование от несчастных случаев и болезней, страхование загородной недвижимости, а также страхованием в поездках и путешествиях. Менее 4% указавших на использование данных видов страхования.

В 2018 г. опрос ВЦИОМ «Качество медицинских услуг: запрос населения» был направлен на изучение общественного мнения о качестве медицинских услуг государственных учреждений, предоставляемых по полису ОМС. «Опрошено 1000 российских граждан в возрасте 18 лет и старше методом телефонного интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров», см. [34].

По данным проведенного опроса, хотя бы раз в жизни пользовались медицинскими услугами в рамках ОМС 89% российских граждан. За год, предшествовавший опросу, за услугами по полису ОМС обращался каждый второй респондент.

Мнение населения о бесплатных услугах страховых представителей, которые с 2016 г. появились в штате страховых компаний, работающих в системе ОМС, полезны для граждан, в первую очередь, с точки зрения контроля за качеством медицинских услуг, соблюдением сроков госпитализации (49%). Весьма важными являются для населения информационные услуги, такие как информирование о правах пациента, о возможности выбора врача и медучреждения, напоминание о диспансеризации (43%). Кроме того, примерно каждый пятый указал на оказание помощь пациенту в разрешении конфликтных ситуаций (рассмотрение жалоб) и контроль за соблюдением пациентом назначений врача.

О проблемах системы здравоохранения шла речь в опросе ФОМ 2019 г. – «Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы. Общие оценки ситуации. Позитивные и негативные перемены», см. [35]. Источником данных является ФОМнибус. 14 апреля 2019 г. опрошено 1500 респондентов от 18 лет и старше в 53 субъектах РФ. Некоторые данные приведены в сопоставлении с результатами опросов фонда прошлых лет.

По результатам опроса, больше половины респондентов (53%) считают, что дела в российском здравоохранении обстоят плохо. Для сравнения в 2015 году доля таких ответов составляла примерно треть (32%).

Кроме того, респонденты оценили изменения в российском здравоохранении за последние год-два. Отрицательные оценки (36%) превышают положительные (14%), то

есть респонденты чаще видят негативные изменения, чем какие-либо улучшения. 43% граждан говорят о неизменности ситуации.

Среди отрицательных изменений в российском здравоохранении лидирует дороговизна лечения и лекарств, расширение платной медицины, низкое качество медработников. Среди же положительных перемен респонденты выделяют, в первую очередь, установку нового медицинского оборудования, оснащение лечебных учреждений всем необходимым.

Среди наиболее острых проблем респондентами названы высокие цены на лекарства (66%) и нехватка врачей, специалистов (59%). При этом эти же проблемы являлись для россиян наиболее острыми и в 2015 году. Еще 39% указали на долгое ожидание медпомощи, 33% - на наличие очередей и плохую организацию приема пациентов в поликлиниках и больницах, 29% - на расширение платных услуг в государственном здравоохранении. На другие проблемы указало около четверти и менее россиян.

Подводя итог проведенному обзору исследований, посвященных изучению качества и доступности медицинских услуг, оказываемых гражданам в рамках ОМС и ДМС, стоит отметить что данные вопросы весьма востребованы научной средой и находятся в фокусе внимания различных исследовательских компаний. Используются разные подходы для оценки состояния российской страховой медицины. Основным методом для выявления оценок гражданами-потребителями современной системы медицинского страхования и предоставления медицинских услуг является социологический опрос, позволяющий получать актуальную информацию, в частности, о реакции граждан на изменения и нововведения в системе здравоохранения, что является значимым обстоятельством при принятии управленческих решений в области медицинского обслуживания и медицинского страхования населения.

В настоящее время к проблемам функционирования системы медицинского страхования приковано пристальное внимание как со стороны «рядовых» граждан, экспертного сообщества, так и органов исполнительной и законодательной власти. Улучшение социальных, экономических, демографических показателей в стране напрямую зависит от качества жизни и здоровья населения. Обеспечение достойного уровня жизни населения посредством укрепления здоровья граждан есть одна из основных обязанностей социального государства, которым является Российская Федерация. Согласно Статье 41 Конституции Российской Федерации «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в

государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений», см. [36].

Система ОМС (обязательное медицинское страхование) выполняет важную роль по обеспечению населения бесплатными медицинскими услугами в рамках действующего законодательства, в том числе социально уязвимых слоев российского населения.

К основным гарантированным услугам относятся:

- Скорая медицинская помощь;
- Первичное предоставление медицинской помощи;
- Лечебно-профилактические мероприятия;
- Специализированная помощь;
- Оказание услуг в рамках действующего ОМС.

В системе ОМС застрахованы все граждане Российской Федерации, в силу чего все они обладают правом на предоставление медицинской помощи без исключения, причем для некоторых категорий граждан, например, для людей, имеющих инвалидность, многодетных семей, сирот, участников военных действий спектр медицинских услуг представлен несколько шире.

Тем не менее необходимо отметить, что одной из существенных проблем функционирования обязательного медицинского страхования (ОМС) является то, что данная система не находит поддержки со стороны «рядовых» граждан (застрахованных лиц), поскольку она не полностью отражает их потребности в медицинской помощи. В рамках системы ОМС граждане, как правило, обеспечиваются минимальным бесплатным перечнем медицинских услуг, который порой не вполне достаточен для поддержания здоровья на приемлемом уровне, позволяющим вести активный образ жизни. В этом отношении сфера страхования находит свое развитие в дополнительных программах добровольного медицинского страхования, позволяющих предложить застрахованным лицам более широкий спектр медицинских услуг и более качественный сервис. Однако данное дополнительное медицинское страхование (ДМС) увеличивает стоимость отчислений гражданина (стоимость полиса), что в условиях современной нестабильной экономической ситуации в стране не может себе позволить большинство российского населения.

Отечественными специалистами проводятся многочисленные исследования, посвященные оценке качества предоставления медицинских услуг населению. Разрабатываются различные методики по оценке удовлетворенности застрахованных лиц

медицинскими услугами, предоставляемыми в рамках обязательного медицинского страхования. Однако в данных исследованиях мало уделяется внимания возможностям и перспективам развития программ дополнительного медицинского страхования и, соответственно, доступности и качеству медицинских услуг, оказываемых в рамках данных программ.

2 Разработка и усовершенствование количественных методов оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов

Текущее исследование с применением социологических методов позволяет получить разностороннюю, актуальную и объективную информацию, во-первых, о качестве предоставления медицинских услуг различным слоям и группам населения, об их отношении к системе обязательного медицинского страхования, а во-вторых, позволяет дать оценку перспектив развития программ добровольного медицинского страхования. Одно из преимуществ данных исследовательских методов состоит в том, что они позволяют получить информацию на основе реального опыта взаимодействия граждан с медицинскими учреждениями и страховыми организациями.

Оценка фактической потребности различных социально-демографических групп населения в получении медицинских услуг обусловлена тем, что существует значительное расхождение в объемах медицинских услуг, полученных населением в государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждениях в рамках обязательного медицинского страхования и дополнительной медицинской помощи, в ведомственных или частных медицинских учреждениях и потребностью населения в медицинской помощи (услугах). Зачастую многие наши соотечественники в случае какого-либо плохого самочувствия не стремятся обращаться в различные лечебно-профилактические организации за квалифицированной медицинской помощью, предпочитая заниматься самолечением или надеясь на то, что недомогание носит временный характер. Причины такого поведения граждан видятся, во-первых, в отсутствии доверия в целом к сфере здравоохранения, в частности к медицинскому персоналу, к квалификации врачей, во-вторых, в осторожном отношении к лекарственным препаратам, в-третьих, в недостаточной доступности медицинской помощи в труднодоступных отдаленных территориях, особенно в некоторых сельских населенных пунктах, в-четвертых, в отсутствии необходимых финансовых возможностей для получения квалифицированной медицинской помощи. Существуют и иные обстоятельства, ограничивающие получение (доступность) медицинских услуг гражданами. В силу этого анализ распределения причин необращения граждан за квалифицированной помощью в медицинские учреждения также вызывает научный интерес.

В рамках опроса проводится эксперимент дискретного выбора. Респондентам предоставляются полные наборы альтернатив для принятия решений по дискретному выбору. В рамках опроса респонденты должны ответить на ряд классических социологических вопросов, а также сделать дискретный выбор из предложенных им

альтернатив. Для того чтобы гарантировать валидность результатов, в т.ч. предполагающую, что принятые решения основаны на однородном объёме информации и принимаются согласованным образом, респондентам предложено описание атрибутов и их возможных значений. Сбор данных производится в ходе эксперимента, также включающего анкету, позволяющую получить информацию о значительном количестве социально-экономических и поведенческих характеристик респондентов.

Выбор атрибутов и их уровней для эксперимента дискретного выбора проводился на основе изучения литературы, а также обсуждений в фокус-группах, состоявших из граждан с различными характеристиками (возраст, пол, состояние здоровья и опыт софинансирования лечения). Были отобраны семь атрибутов и их уровни, представленные в таблице 1. До основного опроса предложенные атрибуты и их уровни, определяющие рассматриваемый «продукт», должны быть протестированы в ходе пилотажа.

Таблица 1 - Атрибуты эксперимента дискретного выбора и их уровни

Атрибут	Значения (уровни)
Амбулаторное обслуживание в частных клиниках	Да / нет
Стационарное обслуживание в частных клиниках	Да / нет
Лечение хронических заболеваний	Да / нет
Оплата стационарного лечения	0%, 50%, 90%
Оплата медикаментов	0%, 50%, 90%
Длительный уход	Да / нет
Размер софинансирования в месяц	1 000 руб., 5 000 руб., 10 000 руб., 25 000 руб., 50 000 руб.

Вполне очевидно, что всевозможные комбинации атрибутов и их уровней образуют общее количество возможных сценариев, которое не может быть реализовано в ходе эксперимента ($2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 5 = 2^5 \cdot 3 \cdot 5 = 480$). Для сокращения их количества используются методы оптимизации дизайна. Пусть предлагаемые респондентам сценарии определяют n строчек матрицы наблюдений X . Соответствующая ей ковариационная матрица подлежащих оценке параметров β с размерностью $K \times 1$ определена как $\Omega = \sigma^2(X'X)^{-1}$. Так называемый D -оптимальный дизайн предусматривает минимизацию среднего геометрического характеристических значений

матрицы Ω , (формула 8)

$$D - \text{оптимальность} = \min_n \left(|\Omega|^{\frac{1}{K}} \right)^{-1} \quad (8)$$

где K обозначает количество подлежащих оценке параметров. В качестве альтернативы эксперименту дискретного выбора, в котором респонденты принимают решение о бинарном выборе из заданной пары альтернатив, следует рассматривать проведение эксперимента по принципу Best-Worst Scaling. В таблице 2 представлен пример карточки с тремя альтернативами. Респондент должен сравнить все три альтернативы между собой и обозначить наилучшую и наихудшую альтернативы. Выбор респондента фиксируется, обозначенные две альтернативы изымаются из эксперимента и заменяются на два других сценария. На следующем этапе респонденту должна быть представлена карточка с одной альтернативой, оставшейся после первого сравнения, и двумя новыми. В общей сложности проводится сравнение в течение пяти этапов, что позволяет зафиксировать предпочтения респондента.

Таблица 2 - Пример карточки эксперимента с использованием метода Best-Worst-Scaling

Атрибут	Альтернатива 1	Альтернатива 2	Альтернатива 3
Амбулаторное обслуживание в частных клиниках	Да	Да	Да
Стационарное обслуживание в частных клиниках	Да	Да	Да
Лечение хронических заболеваний	Да	Да	Да
Оплата стационарного лечения	90%	90%	50%
Оплата медикаментов	90%	0%	0%
Длительный уход, помощь на дому	Да	Нет	Нет
Размер	50 000 руб.	10 000 руб.	5 000 руб.

софинансирования в месяц			
Наилучший вариант			
Наихудший вариант			

В целях выполнения научно-исследовательской работы организован и проведен пилотажный социологический опрос российского населения в 4 субъектах Российской Федерации: г. Москва, Воронежской области, Краснодарском крае, Нижегородской области. Опрошено 243 человека в возрасте 18-60 лет. Срок проведения полевого этапа исследования - с 1 по 11 октября 2019 года. Опрос осуществлялся методом интервью «лицом к лицу».

Фактически реализованная выборочная совокупность составила в пилотных субъектах РФ следующие значения: г. Москва – 63 респондента, Воронежская область – 60 респондентов, Краснодарский край – 60 респондентов, Нижегородская область – 60 респондентов.

В соответствии с заданными квотами по отдельным социально-демографическим характеристикам итоговое распределение выборочной совокупности можно представить в следующем виде.

Распределение респондентов по гендерному признаку: мужчины – 51,0%, женщины – 49,0%.

Распределение респондентов по возрастным группам: 18-24 лет – 14,0%, 25-29 лет – 20,2%, 30-39 лет – 20,6%, 40-49 лет – 22,6%, 50-60 лет – 22,6%.

По уровню образования респонденты разделились следующим образом: высшее или незаконченное высшее – 37,4%, среднее специальное (техникум, профтехучилище и др.) – 35,4%, полное среднее (средняя школа) – 27,2%.

В таблице 3 представлено распределение респондентов в зависимости от уровня их материального положения, а именно ежемесячного совокупного дохода семьи из всех источников.

Таблица 3 - Распределение респондентов по уровню материального положения домохозяйства (семьи) (в %)

До 20 тыс. рублей	7,4
20-40 тыс. рублей	25,5
40-60 тыс. рублей	21,0

60-80 тыс. рублей	12,3
Более 80 тыс. рублей	19,8
Затрудились ответить	14,0

Респондентам было предложено выбрать приоритетные для них лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, медицинские центры и др.), в которые они обычно обращаются в случае недомогания. По данным опроса граждане обычно обращаются в государственные (муниципальные) или ведомственные медицинские организации. Об этом сообщило преобладающее число тех, кто в случае болезни обращается к врачам - 70,7%. В негосударственные (платные, частные) медицинские организации (клиники) при необходимости адресует свои проблемы со здоровьем четверть таких респондентов (24,0%). О практике использования услуг частнопрактикующих специалистов сообщили лишь 4,3% (рисунок 2)

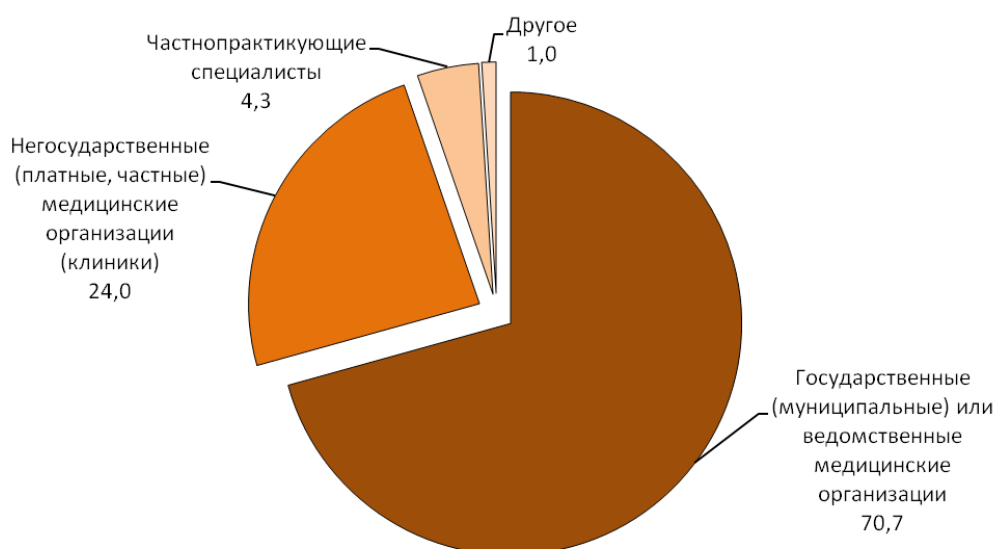


Рисунок 2 – Распределение ответов на вопрос «В какие лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, мед. центры и т.д.) Вы обычно обращаетесь в случае недомогания?» (в % от количества респондентов, которые обращаются в медицинские учреждения (к врачам))

Вполне логично, что услуги государственных (муниципальных) или ведомственных медицинских организаций, как правило, предоставляемые гражданам бесплатно, более востребованы у населения. Далеко не все могут позволить себе обращение в частные медицинские организации, где за любую медицинскую услугу требуется оплата. Это напрямую зависит от материальных возможностей респондентов, а именно, с ростом доходов семей повышается востребованность платных клиник, напротив, потребность в

услугах государственных (муниципальных) или ведомственных медицинских организаций снижается.

Определенная зависимость выбора медицинского учреждения наблюдается от возраста граждан. С увеличением возраста респонденты чаще отдают предпочтение государственным (муниципальным) или ведомственным медицинским организациям и, в свою очередь, реже обращаются в негосударственные (платные, частные) клиники. Чем старше человек становится, тем чаще он испытывает недомогания различного рода в силу возрастных особенностей организма, тем чаще ему требуется помощь врачей, которую он стремится получить по возможности бесплатно.

Государственной медицине отдают предпочтение жители сельских поселений – 87%, в то время как в исследуемом краевом и областных центрах доля таких ответов составляет порядка 70%, а в столичном центре (г. Москва) - только 54,5%. Диаметрально противоположная ситуация в поселениях разных типов складывается с частными медицинскими учреждениями, практика обращений в которые в селах мало распространена, только каждый десятый указывает на это (13,0%). Для сравнения в краевом и областных центрах около 23,0% граждан обращаются в такие медицинские учреждения, в Москве об этом сказали 36,4%. Заметны также различия в использовании услуг частнопрактикующих специалистов. Предпочтение государственных (муниципальных) или ведомственных медицинских организаций, по отзывам респондентов, обусловлено, главным образом, бесплатным предоставлением медицинских услуг (71,4%) и их удобным территориальным расположением (53,7%). Однако на этом достоинства таких организаций и заканчиваются, поскольку по ряду важнейших показателей негосударственные (платные, частные) медицинские организации имеют существенное преимущество (рисунок 3). Последние граждане выбирают, главным образом, в связи с высоким качеством медицинского обслуживания (66,0%) и высокой квалификацией врачей (50,0%), отсутствием очередей (58,0%), наличием необходимых врачей специалистов (48,0%), удобным графиком работы (46,0%) и другими весьма важными обстоятельствами. В целом можно говорить о том, что обращение в частные клиники является не только более комфортным для пациента, но и более результативным в плане получения квалифицированной медицинской помощи, что и демонстрируют социологические данные.



Рисунок 3 – Распределение ответов на вопрос о причинах выбора лечебно-профилактического учреждения для обращения в случае недомогания: «Чем обусловлен Ваш выбор?» (в % от количества респондентов, которые обращаются в медицинские учреждения (к врачам), по каждой выделенной категории)

Учитывая существование различных способов получения медицинского обслуживания: бесплатно по полису обязательного медицинского страхования (ОМС), платно по полису добровольного медицинского страхования (ДМС) и за счет собственных средств как в государственных, так и в частных поликлиниках, больницах, респондентам было предложено указать наличие факта использования того или иного способа медицинского обслуживания за последние 2 года.

Полученные данные показывают, что за 2018 и 2019 гг. бесплатные медицинские услуги по полису ОМС получило большинство опрошенных – 80,2%. Значительная доля респондентов получили медицинское обслуживание за счет собственных средств, оплачивая услуги (помощь) непосредственно «из своего кармана» (60,1%). По полису ДМС (приобретенному гражданами лично или предоставленному работодателем) обслуживались только 17,3% респондентов. При этом такой способ медицинского обслуживания распространен в основном среди работающих граждан: на него указали 18,7% в группе работающих на момент проведения опроса и только 11,9% в группе неработающих граждан.

Как уже было выше отмечено, материальные возможности в значительной степени снимают ограничения на использование платной медицины. Чем выше материальное положение респондента (его семьи), тем выше доля ответов о получении медицинских услуг (помощи) платно. Так, например, при доходе семьи до 20 тыс. рублей только 44,45 граждан оплачивали медицинские услуги за счет собственных средств, если доход составляет более 80 тыс. рублей доля таких ответов достигает уже 77,1%.

Можно также отметить следующие моменты, зафиксированные по итогам опроса (рисунок 4):

- в Москве доля получавших услуги в рамках ОМС ниже, чем в поселениях других типов;
- в селах и деревнях практически не отмечается получение услуг по полису ДМС, то есть данные типы поселений не охвачены этим способом медицинского обслуживания;
- оплата медицинских услуг (помощи) за счет собственных средств большей частью касается сельских поселений, где практически каждый опрошенный за последние 2 года воспользовался таким способом медицинского обслуживания.

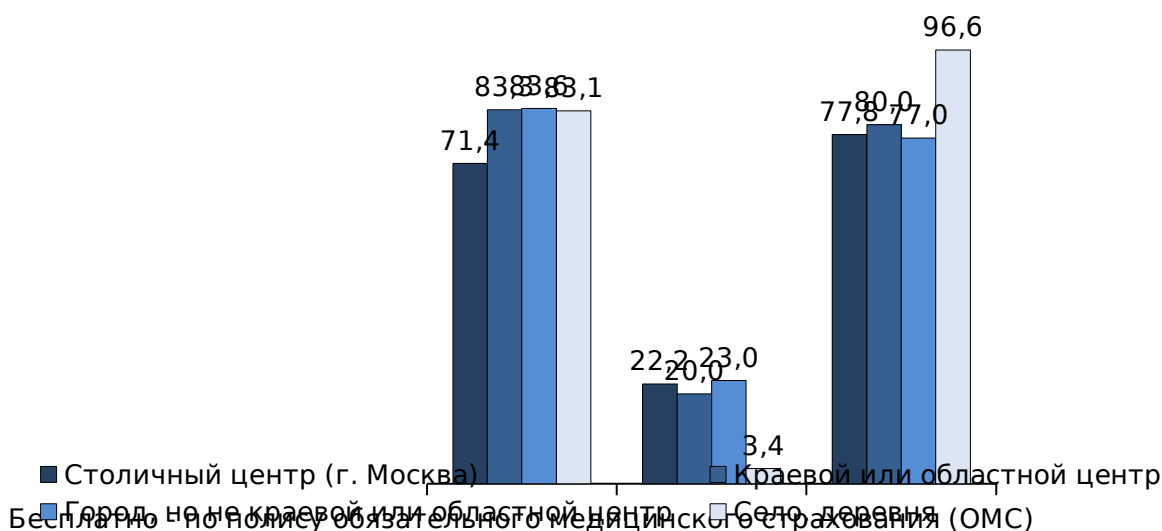


Рисунок 4 – Распределение ответов жителей разных типов поселений на вопрос «Получали ли Вы в течение последних 2-х лет медицинские услуги (помощь) следующим образом?» (в % от количества респондентов по каждой выделенной категории)

Результаты опроса позволяют проанализировать не только факт оплаты медицинских услуг (помощи) за счет собственных средств, но и объем таких расходов. Как видно из приведенных данных, расходы весьма ощутимы, если сопоставлять их, например, с довольно невысокими доходами россиян (средняя зарплата по стране на 1

января 2019 г. составила около 42 тыс. руб.). У более чем четверти респондентов, указавших на такие траты, они составили за 2 года более 25 тысяч рублей. Среди тех, кто обращался за платными услугами за последние 2 года, в среднем расходы на медицинские услуги составили 26418,9 рублей на человека.

Очень накладной статьёй расходов являются для граждан ежемесячные выплаты для приобретения лекарств. При этом потребность в покупке лекарств есть у многих граждан: три четверти опрошенных указали, что оплачивали лекарства в сентябре 2019 г. В среднем расходы на оплату лекарств за один месяц составили 1895,4 рублей на человека. В таблице 4 приведены данные по объёму таких расходов.

Таблица 1 - Распределение ответов на вопрос «Оцените, пожалуйста, Ваши расходы на лекарства в прошлом месяце» (в %)

Не было расходов	25,1
500 рублей и менее	21,0
От 500 до 1000 рублей	17,3
От 1000 до 2500 рублей	18,5
Более 2500 рублей	18,1

Таким образом, можно констатировать, что состояние здоровья населения пилотных регионов недостаточно хорошее. Особенно это касается мужчин, которые завышают оценку своего здоровья в силу недостаточно ответственного отношения к нему, а также жителей сельских поселений, где уровень жизни населения и уровень развития медицины ниже, чем в городах и, тем более, региональных центрах.

Несмотря на широко распространенное самолечение в случае заболеваний, респонденты обращаются к врачам в медицинские учреждения и это, главным образом государственные (муниципальные) организации, где граждане, как правило, могут получить помощь бесплатно в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). Свой выбор респонденты объясняют в основном бесплатным предоставлением услуг и удобным территориальным расположением таких учреждений. При этом частные медицинские учреждения, предоставляющие услуги исключительно на платной основе, имеют значительные преимущества, связанные с более комфортным и качественным медицинским обслуживанием.

В основном граждане лечатся бесплатно по полису обязательного медицинского страхования (ОМС), довольно часто за счет собственных средств, оплачивая медицинские услуги непосредственно при их получении в государственных (муниципальных) или

частных поликлиниках, больницах. Получение медицинских услуг (помощи) по полису добровольного медицинского страхования (ДМС) мало распространено, практически отсутствует в исследуемых сельских поселениях.

Получение платных медицинских услуг напрямую связано с материальным положением респондента, его семьи, когда более высокие доходы в значительной степени снимают ограничения на использование платной медицины.

Как показывают результаты пилотного социологического опроса, в целом состояние современной системы здравоохранения оценивается населением скорее в негативном контексте. Об этом заявили более половины респондентов - 53,1%. Такая позиция граждан определяется текущим состоянием доступности и качества медицинских услуг (медицинской помощи), предоставляемых медицинскими учреждениями. Особенно велик вклад в формирование общественного мнения доступности и качества медицинских услуг (медицинской помощи), предоставляемых государственными и муниципальными медицинскими учреждениями бесплатно - в рамках полиса ОМС, поскольку, согласно опросу, это самый массовый способ получения медицинского обслуживания, которым воспользовались в течение последних 2-х лет 80,2% респондентов, принявших участие в социологическом анкетировании.

В целом, данные опроса показывают, что удовлетворены доступностью и качеством получения медицинской услуги (помощи) бесплатно – по полису обязательного медицинского страхования (ОМС) только 44,6% опрошенного населения, которые обращались в данные учреждения в течение последних 2-х лет, а 35,9% высказали противоположную позицию. Результаты опроса демонстрируют, что уровень удовлетворенности не зависит от социально-демографических характеристик респондентов, граждане разных половозрастных групп, разного уровня образования практически одинаково негативно оценивают доступность и качество медицинских услуг, предоставляемых бесплатно в рамках полиса обязательного медицинского страхования.

Тем не менее, уровень восприятия доступности и качества медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, отличается в зависимости от наличия работы респондентов. Так, среди работающих респондентов уровень удовлетворенности бесплатной медициной в рамках ОМС составляет 41,4%, а среди неработающих 54,2%. Скорее всего, подобные оценки у неработающего населения связаны с отсутствием финансовой возможности обращаться за платными услугами в медицинские учреждения. Отсутствие альтернативы, во-первых, ограничивает возможности граждан адекватно подходить к оценке качества медицинских услуг, оказываемых различными медицинскими учреждениями

(муниципальными, частными и др.), во-вторых, придает большую ценность услугам в рамках ОМС.

Уровень удовлетворенности опрошенных зависит от места проживания респондентов. В этом отношении существенно отличаются оценки жителей столицы (г. Москвы). Среди них 51,1% в целом удовлетворены доступностью и качеством медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемых бесплатно – по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

В этой связи можно отметить, что устойчивые субъективные негативные оценки различных групп населения относительно качества бесплатной медицины в рамках ОМС определяют наличие проблем в данной сфере. По мнению только 28,3% опрошенных, действующая система ОМС предоставляет необходимый набор бесплатных медицинских услуг для поддержания здоровья на приемлемом уровне, 53,5% придерживаются противоположной позиции. Такая ситуация провоцирует настороженное отношение к системе здравоохранения в целом и вынуждает население прибегать к нетрадиционной медицине или заниматься самолечением, а то и просто ничего не делать для лечения своих недугов или болезней.

Оценки населения по удовлетворённости доступностью и качеством медицинского обслуживания (мед. помощи), оказываемого платно – по полису добровольного медицинского страхования (ДМС) значительно отличаются от оценок бесплатной медицины в рамках полиса ОМС. По данным опроса 78,6% граждан, которые обращались за медицинскими услугами (медицинской помощью) платно - по полису ДМС, удовлетворены доступностью и качеством полученного медицинского обслуживания.

Безусловно, полис добровольного медицинского обслуживания предлагает более широкий спектр медицинских услуг, более комфортные условия их предоставления, однако при этом, помимо традиционных отчислений в фонд медицинского страхования, гражданин или работодатель самостоятельно оплачивает пакет медицинских услуг. Кроме того, как правило, в программах добровольного медицинского страхования принимают участие частные медицинские учреждения, в которых условия и качество получения медицинского обслуживания значительно отличаются от муниципальных или государственных медицинских учреждений. Например, 66,0% посетителей негосударственных (платных, частных) медицинских организаций (клиник) обуславливают свой выбор данных учреждений именно качеством обслуживания, еще 58,0% отсутствием очередей. Посетители государственных (муниципальных) или ведомственных медицинских организаций свой выбор места медицинского обслуживания

данными фактами объясняют в значительно меньшей степени - 11,6% и 6,1% соответственно.

Достаточно высоко граждане оценивают качество и доступность медицинского обслуживания, которое они получают за счет собственных средств в государственных (муниципальных) или частных поликлиниках, больницах. Удовлетворены такими медицинскими услугами или медицинской помощью 80,8% посетителей. При этом можно отметить, что оценки удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинского обслуживания в рамках добровольного медицинского страхования и за счет собственных средств практически идентичны во всех изучаемых социально-демографических группах опрошенных (пол, возраст, образование, место проживания).

Таким образом, можно с уверенностью отметить, что именно качество и доступность медицинской помощи (медицинских услуг), предоставляемой бесплатно – по полису обязательного медицинского страхования, в значительно большей степени формирует недоверие со стороны большинства населения. У людей складывается понимание, что качественное медицинское обслуживание можно получить исключительно за счет дополнительных финансовых средств, которых, однако, у населения не вполне достаточно для поддержания своего здоровья на приемлемом уровне.

Как уже было отмечено, на качество и доступность медицинского обслуживания в разных типах медицинских учреждений и способах получения медицинской помощи оказывают влияние различные параметры обслуживания населения (процесс оказания услуги, ее результат).

Основная проблемная ситуация, связанная с оказанием медицинских услуг по полису ДМС, – это его стоимость. По данным опроса только 52,4% респондентов удовлетворены ее размером, т.е. уверены, что в рамках представленных медицинских услуг (медицинской помощи) стоимость полиса ДМС вполне адекватна. Однако стоит обратить внимание на то, что каждый третий респондент затруднился дать оценку стоимости полиса ДМС, поскольку, скорее всего, оплату производил не из своих собственных средств, а ДМС предоставлялось за счет предприятия.

Важно подчеркнуть, что граждане хорошо понимают, что, оплачивая платные медицинские услуги (помощь) из своего собственного «кармана», они вправе ожидать высокого уровня обслуживания. Как заметил один из специалистов частной клиники: «У нас существует только один минус – стоимость обслуживания». Результаты опроса подтверждают приведенный тезис: только 36,8% граждан, которые воспользовались платными услугами, удовлетворены их стоимостью, 48,6%, наоборот, выразили свое

неудовлетворение.

В целом можно констатировать, что уровень медицинского обслуживания, предоставляемого в рамках полиса ОМС, существенно проигрывает платным альтернативам - программам ДМС, а также получению медицинских услуг за счет собственных средств. Однако недостаточная финансовая доступность последних не позволяет повысить удовлетворенность населения системой здравоохранения в целом, что говорит о необходимости, во-первых, наведения порядка в сфере предоставления медицинской помощи в рамках ОМС, а, во-вторых, поиска вариантов медицинского обслуживания, адекватных финансовым возможностям большинства населения.

В рамках исследования выявлялось отношение жителей пилотных регионов к двум видам страхования для получения медицинских услуг (помощи). Если один вид страхования – обязательное медицинское страхование (ОМС) - существует для всех граждан, в рамках данной системы граждане получают медицинские услуги бесплатно, то в программы добровольного медицинского страхования (ДМС) граждане могут вступить по желанию, самостоятельно приобретая такой полис или получив возможность обслуживаться в рамках ДМС от предприятия (компании), сотрудниками которого они являются. Программы ДМС могут иметь различные условия и различный набор медицинских услуг, как аналогичных бесплатным услугам по ОМС, так и значительно расширенный, при этом предполагается, что ДМС обеспечивает доступ к более качественной медицине и более качественному сервису, по сравнению с обслуживанием по ОМС.

Полученные социологические данные показывают, что респонденты недостаточно хорошо информированы о видах медицинской помощи, предоставляемой бесплатно. Более 70% указали, на то, что в разной степени, но знакомы с перечнем медицинских услуг, предоставляемых в рамках ОМС. Однако только 11,5% дали уверенный ответ «в полной мере», а 59,7% - знакомы лишь «частично». Возможно, в последнем ответе имеются в виду лишь те медицинские услуги, с которыми респонденты сталкивались по необходимости сами, что не позволяет говорить о владении информацией о данной страховой системе в полной мере. Еще каждый пятый (20,6%) сообщил о полном отсутствии каких-либо знаний о своих возможностях по получению бесплатных медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования, а 8,2% не смогли дать ответ на этот вопрос (рисунок 5).

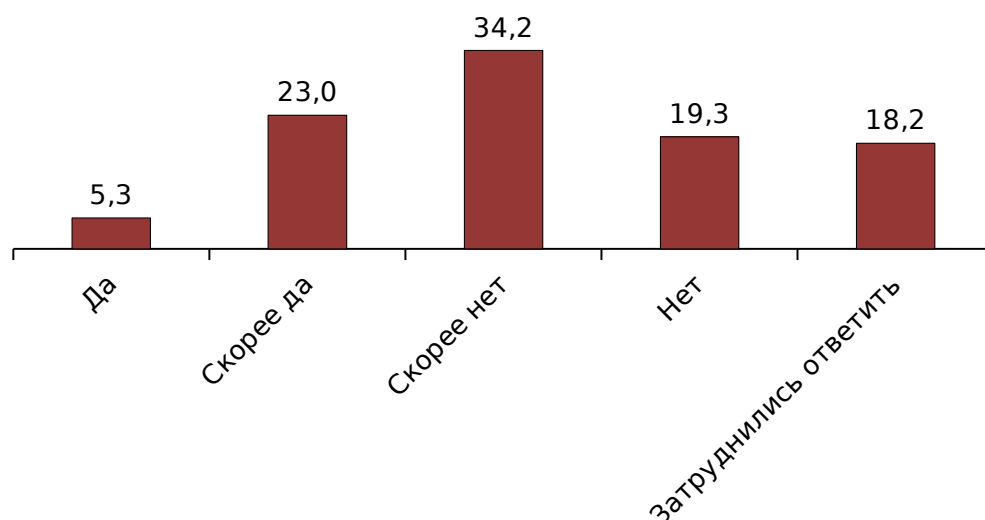


Рисунок 5 – Распределение ответов на вопрос «На Ваш взгляд, предоставляет ли действующая система ОМС необходимый набор бесплатных медицинских услуг для поддержания здоровья на приемлемом уровне?» (в %)

Более критично воспринимают действующую систему ОМС, с точки зрения перечня бесплатных медицинских услуг, граждане, имеющие высшее образование, и работающие респонденты, возможно, как более социально-активные части населения. Так, если среди граждан с полным средним образованием 43,9% указали на недостаточность перечня бесплатных медицинских услуг (по сумме отрицательных ответов), со средним специальным образованием – 53,5%, то с высшим образованием доля таких ответов достигает 60,5%. Аналогичный пример можно привести в связи с разницей ответов по группам работающих и неработающих граждан, где отрицательные ответы составили в совокупности 59,9% и 32,2% соответственно.

В региональном разрезе из четырех обследованных регионов по данному вопросу выделяется Воронежская область, где 78,4% респондентов указали на недостаточность бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках системы ОМС. В других пилотных субъектах РФ такие ответы встречались реже, составляя 43-48% в зависимости от региона. Следовательно, по мнению самих застрахованных лиц, существующая система ОМС не полностью соответствует их потребностям в медицинской помощи. Несколько иная ситуация складывается в отношении программ ДМС.

Что касается информированности населения о существовании программ ДМС, то на данный момент следует оценить ее как невысокую. Несмотря на довольно широкое обсуждение в средствах массовой информации проблем страховой медицины в последнее время, о существовании программ ДМС знает только треть опрошенных (34,6%), еще чуть более трети (37,9%) не могут определенно заявить о своих знаниях, они лишь «что-то

слышали». Более того четверть (23,9%) услышала о таком виде страховой медицины только на момент проведения опроса. Доля затруднившихся ответить невелика – 3,6%.

Более высокую осведомленность о существовании программ ДМС показывают граждане, имеющие высшее образование, работающие люди, жители столицы, представители средней возрастной группы 30-39 лет, а также более высоких доходных групп. Такие тенденции не случайны. Например, можно отметить, что работающие граждане чаще, чем те, кто не работает, отмечают свою осведомленность о программах ДМС в связи с тем, что возможность такого медицинского обслуживания им предоставляется часто именно по месту работы.

Основную поддержку программы ДМС встречают у представителей более высоких доходных групп, жителей столицы и региональных центров и граждан с высшим образованием. Например, если 68,7% опрошенных жителей Москвы положительно относятся к программам ДМС, то в других региональных центрах доля таких ответов составляет 59,1%, в городах, не являющихся региональными центрами – 51,1%, а в сельских поселениях только 22,2%. Следовательно, в настоящее время сельские жители в обследованных субъектах РФ плохо осведомлены о программах ДМС и слабо заинтересованы в них.

Учитывая приведенные выше мнения большинства опрошенных о недостаточном наборе медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно в рамках ОМС, интересны ответы респондентов об их готовности нести дополнительные расходы в виде различных взносов для получения более широкого спектра медицинских услуг и более качественного сервиса. Заметим, что в данном вопросе отсутствовала конкретизация медицинских услуг, за которые предлагается повышение расходов.

По данным опроса, 40,3% опрошенных отрицают готовность к любым дополнительным выплатам. Однако существенная доля граждан - 42,4%, при разных условиях, но к увеличению расходов готова (рисунок 6). При этом наиболее подходящими условиями для заинтересованных в получении более широкого спектра медицинских услуг и более качественного сервиса респондентов является повышение расходов не более чем на 3%. Анализ расходов, которые понесли граждане, пользуясь платной медициной, позволяет определить их среднемесячную долю. Она составляет примерно 3% от средней заработной платы.

Отметим также, что группа затруднившихся с ответом (17,3%) в какой-то степени может представлять резерв тех граждан, кто допускает дополнительные расходы.

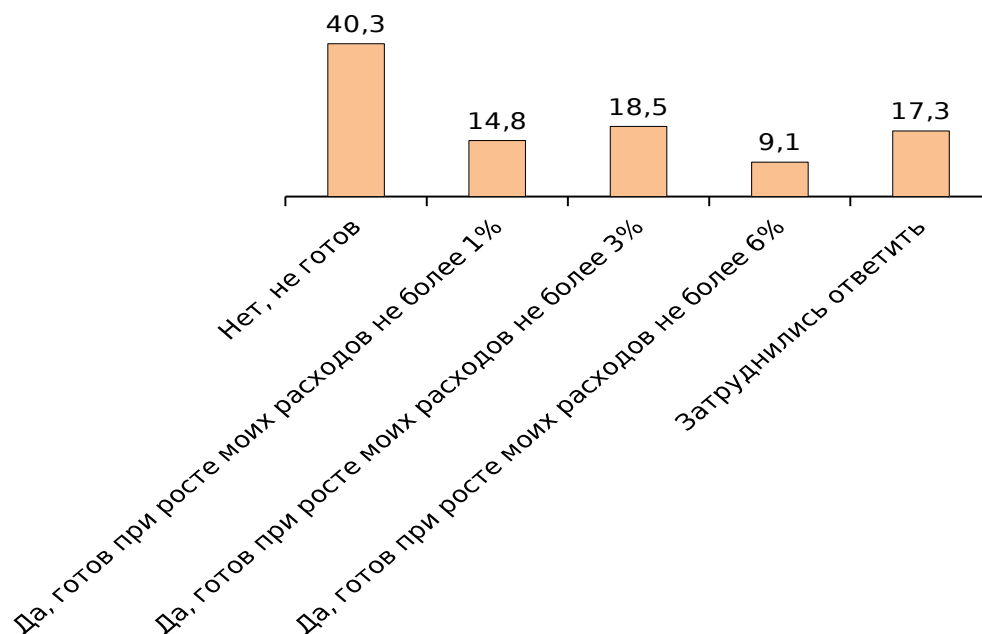


Рисунок 6 – Распределение ответов на вопрос «Готовы ли Вы нести дополнительные расходы в виде различных взносов для получения более широкого спектра медицинских услуг и более качественного сервиса?» (в %)

В связи с этим следует отметить, что проведенный в рамках данного опроса эксперимент дискретного выбора подтверждает, что граждане готовы к определенным расходам, чтобы получить дополнительные возможности медицинского обслуживания. Во всех предложенных респондентам альтернативах предпочтение было отдано варианту, где при определенном перечне медицинских услуг (амбулаторное и стационарное обслуживание в частных и ведомственных клиниках, оплата медикаментов при амбулаторном обслуживании и доступ к технологиям аугментации, позволяющим восстанавливать и усовершенствовать функции организма в случае их утраты или существенного ухудшения) стоимость полиса ДМС составляла бы в месяц 3% от месячного дохода. Более дорогостоящие или менее дорогостоящие альтернативы с соответственно расширенным или усеченным перечнем медицинских услуг не получили подобной поддержки у участников эксперимента.

Очевидно, что готовность к дополнительным выплатам демонстрируют преимущественно работающие респонденты, а также те, чьи доходы высокие. Так, среди работающих граждан готовность к дополнительным выплатам при различных условиях почти на 10 п.п выше, чем среди тех, кто в настоящее время не работает.

Отмечается разница в оценках респондентов относительно их готовности к дополнительным расходам в группах с разным уровнем дохода семей (таблица 5). Если в наиболее низкодоходной группе готовность к дополнительным расходам на медицинское обслуживание при различных условиях составила около 33%, то в высокодоходных

группах доля таких ответов достигает порядка 58-67%.

В заключение следует привести ответы респондентов об их отношении в целом к современной системе здравоохранения. Полученные результаты показывают, что существующая система здравоохранения не удовлетворяет большую часть граждан в пилотных субъектах РФ: 53,1% респондентов ее оценили отрицательно. Положительные оценки дали только 35,4% граждан, а 11,5% затруднились с оценкой. Следовательно, сложившаяся ситуация фиксирует наличие проблем в функционировании современной системы здравоохранения и требует коррекции со стороны органов государственного управления.

Таблица 5 – Распределение ответов респондентов разных доходных групп на вопрос «Готовы ли Вы нести дополнительные расходы в виде различных взносов для получения более широкого спектра медицинских услуг и более качественного сервиса?» (в % от количества респондентов по каждой выделенной категории)

	Ежемесячный совокупный доход семьи					Всего
	До 20 тыс. руб.	20-40 тыс. руб.	40-60 тыс. руб.	60-80 тыс. руб.	Более 80 тыс. руб.	
Нет, не готов	61,1	50,0	35,3	30,0	22,9	40,3
Да, готов при росте моих расходов не более 1%	22,2	11,3	21,6	10,0	18,8	14,8
Да, готов при росте моих расходов не более 3%	5,6	16,1	13,7	46,7	20,8	18,5
Да, готов при росте моих расходов не более 6%	5,6	1,6	7,8	10,0	18,8	9,1
Затруднились ответить	5,5	21,0	21,6	3,3	18,7	17,3

Резюмируя, можно отметить, что население слабо знакомо с перечнем медицинских услуг, предоставляемых бесплатно в рамках ОМС, имея лишь общие представления, скорее, связанные с личным опытом. При этом набор этих услуг не удовлетворяет большинство граждан. Не случайно, граждане допускают для себя возможность дополнительных выплат для получения более широкого спектра медицинских услуг и более качественного сервиса. О своей готовности к таким расходам при различных условиях заявили в общей сложности около 42% опрошенных.

Готовность респондентов к дополнительным выплатам тесно связана с их материальным положением, когда при условии более высоких доходов расширяются возможности респондентов для получения медицинского обслуживания более высокого

уровня и в количественном, и в качественном отношении.

О программах ДМС респонденты осведомлены недостаточно хорошо. Такой вид страхования слабо охватывает сельские поселения, в нем редко участвуют неработающие граждане. Препятствием к участию граждан в программах добровольного медицинского страхования является, в первую очередь, их высокая стоимость, а также недоверие в целом системе здравоохранения.

3 Практические рекомендации по совершенствованию количественных методов оценки предпочтений граждан в отношении общественных проектов и программ реформ

В целях совершенствования количественной оценки предпочтений граждан предлагается использовать методы полевых экспериментов. Одной из фундаментальных взаимосвязей, которая была в центре внимания многих исследований, является причинно-следственная связь между улучшением состояния здоровья и экономической производительностью. Были проведены экспериментальные исследования спроса на здоровье, в которых многие исследования подтвердили, что даже бедные домашние хозяйства в развивающихся странах тратят большие суммы на острую медицинскую помощь. Однако растущий объем данных свидетельствует о том, что спрос на многие профилактические технологии, а также целый ряд новых и полезных медицинских продуктов, намного ниже, чем может показаться оптимальным, см. статью Дюпа [37].

В последнее время ведутся активные споры о правильной "модели" поведения в отношении здоровья среди бедных; в частности результаты исследования, проведенного нобелевским лауреатом 2019 г. Майклом Кремером и его коллегой Гленнерстером [38] показали, что низкий спрос на профилактику соответствует важности нынешней предвзятости предпочтения для многих людей. Мы оцениваем закономерности в литературе в этом направлении, описываем доказательства, которые, по нашему мнению, соответствуют этому толкованию, а также другие модели, которые, по нашему мнению, могут в большей степени соответствовать альтернативным теоретическим моделям и толкованиям.

Растет консенсус, который сфера предложения ограничивает, как с точки зрения доступа, так и качества медицинского обслуживания, что могло бы стать одним из основных факторов, определяющих неудовлетворительные результаты в области здоровья в развивающихся странах, см. статью Даса и Хаммера [39]. Отсутствие качественной медицинской помощи во многих условиях важны сами по себе, а также влияют на толкование других выводов в этой литературе. Отсутствие качественных вариантов обслуживания может стать ключевым драйвером минимального спроса на медицинские услуги, наблюдаемого во многих условиях (кроме случаев экстренного лечения, когда последствия отказа от лечения являются особенно серьезными и непосредственными). В целом низкое качество медицинского обслуживания в бедных странах также затрудняет изучить связь между здравоохранением и экономической производительностью в той мере, в какой даже крупномасштабные реформы политики в области здравоохранения не

"обеспечивают" улучшение состояния здоровья населения. Экспериментальные исследования, направленные на улучшение здоровья отдельных лиц через существующие учреждения здравоохранения могут оказаться под угрозой из-за ограниченных возможностей этих учреждений.

Экспериментальные исследования в секторе здравоохранения занимают видное место среди полевых экспериментов в экономике развития за последние два десятилетия, и они выявили ряд важных методологических вопросов, связанных с оценкой внешних факторов, переменными измерениями, предварительной регистрацией и транспарентностью исследований.

В совокупности нам понятно, что экспериментальная литература о медицинских вмешательствах в экономике (и все чаще в других общественных науках, таких как политология) имеет совершенно иные цели, чем медицинских, общественного здоровья и эпидемиологических исследований, и поэтому часто требуются различные методологии. Исследователи, работающие в сфере здоровья в экономике развития, не просто смогли импортировать существующие медицинские методы испытаний, но вместо этого были достаточно инновационными в разработке новых подходов к оценке внешних факторов, в измерениях и по вопросам предварительной регистрации и транспарентности, как об этом говорится ниже.

Полевые эксперименты в области экономики развития, фокусирующиеся на секторе здравоохранения, были инновационными методами адаптации и разработки новых подходов к оценке внешних эффектов воздействия. Внешние факторы, связанные с лечением, имеют множество различных названий в различных подразделах и дисциплинах, включающие избытки, заражение, иммунитетом коллектива и косвенными последствиями, они представляют интерес для статистиков и эпидемиологов уже длительное время (для классических методов воздействия см. работы Кокса [40], Рубина [41], Файна [42] и Розенбаума [43]). Однако, несмотря на их теоретическое значение для сферы здравоохранения, особенно в обществах с низким уровнем дохода, где инфекционные заболевания составляют значительную долю от бремени болезней, эти вопросы получили гораздо меньше эмпирического внимания в сфере исследований общественного здоровья.

Статья Мигеля и Кремера [44] о последствиях дегельминтизации в школах в Кении является одним из первых исследований в области здравоохранения в области экономики развития для экспериментальной оценки воздействия внешних факторов. В своем основном анализе они используют различия в состоянии лечения дегельминтизацией,

вызванные экспериментальным назначением школ для раннего или позднего лечения (поэтапно или по ступенями), и показывают, что это порождает значительные различия в местном "воздействии" на школы, подвергшиеся лечению, в пределах 3 км и до 6 км от выборочных школ. Их условия эконометрического подхода к общей плотности населения учащихся местных школ в пределах конкретного географического расстояния, и с учетом этого количества, экспериментальная конструкция подразумевает, что число школ, в которых проводится лечение, назначаются на экспериментальной основе и, таким образом, должны быть ортогональными другим местным школам наблюдаемым и ненаблюдаемым. Они не могут отвергать, что наблюдаемые характеристики школ с большим "воздействием" на другие местные лечебные школы аналогичные школам с незначительным уровнем воздействия. Таким образом, это аналитическое утверждение рассматривает оба ограничивающих фактора большинства существующих эмпирических исследований по вопросу о эффектах перелива на здоровье населения, о которых говорилось выше. В частности, отнесение воздействия к эффектам перелива лечения назначается экспериментально (и, таким образом, должно быть в значительной степени свободным от возможного опущенного переменного смещения, или запутанного, которое могло бы повлиять на большинство существующих исследований о вакцинах в эпидемиологии), И этот подход также позволяет точно определить степень воздействия внешних факторов в точных географических расстояниях от конкретного объекта.

Формально Мигель и Кремер [44] оценивают следующую эконометрическую модель (формула 9):

$$Y_{ijt} = \alpha + \beta T_{it} + X'_{ijt} \cdot \delta + \sum_d \gamma_d \cdot N_{dit}^T + \sum_d \varphi_d \cdot N_{dit} + \varepsilon_{ijt} \quad (9)$$

где Y_{ijt} — это индивидуальный результат в отношении здоровья или образования, где i обозначает школу, j — учащегося, а t — период времени; T_{it} является индикаторной переменной, обозначающей включение школы в группу воздействия по дегельминтизации; X_{ijt} — характеристики школы и учащегося, а также контроль времени. N_{dit} — общее количество учеников начальных школ на расстоянии d от школы i в год t , и N_{dit}^T — количество этих учащихся в школах, случайно распределенных по группам воздействия и контроля в отношении дегельминтизации. В их примере $d=03$ обозначает школы, расположенные в 3 км от школы i , а $d=36$ обозначает школы, расположенные на расстоянии от 3 до 6 км. Физические

характеристики условий беспокойства считались независимыми в разных школах, но им разрешено быть коррелированными для наблюдений в одной школе. В этих рамках среднее влияние дегельминтизации на общую распространенность инфекции при лечении школы, где N_{dit}^T -среднее количество учащихся школы под воздействием, расположенных на расстоянии d от школы. В рамках моделей пространственного внешнего воздействия, в которых сокращение распространенности глистов в одной школе влияет на соседние школы, и это, в свою очередь, влияет на их соседей, некоторые внешние факторы будут распространяться на еще большие расстояния, и в этом случае уравнение (45) даст более низкую зависимость от эффектов лечения, точку, которую Бэрд и др. [45] показывают формально. В фиксирует как прямое воздействие дегельминтизации на пациентов, так и любое внешние последствие для учащихся, не имеющих лечения, в рамках школ под воздействием.

Последние исследования позволили добиться методологического прогресса в понимании того, как эффективно оценивать воздействия внешних факторов и способы устранения возможности нелинейности во взаимосвязи и взаимодополняемости с местными решениями в области лечения. В исследовании Баттачария и др. [46] были использованы экспериментальные вариации в сочетании с подробной геопространственной информацией, чтобы оценить, каким образом местные ставки субсидий, с которыми сталкиваются другие, влияют на обработанные инсектицидами противомоскитных сеток в Кении, и это свидетельствует о наличии важных нелинейностей в эффектах субсидий. Вопрос о возможных нелинейностях социальных эффектов рассматривается в ряде статей, но ни в одном из исследований не было достаточной статистической мощности для отказа от линейных спецификаций. Бэрд и др. [47], [48] обсуждают оптимальное конструирование экспериментов для оценки эффектов перелива в настройках, где можно рандомизировать интенсивность воздействия в кластерах, и затем случайным образом назначают индивидуальное воздействие, обусловленное этой интенсивностью. Они включают вычисления статистической мощности для определения внешних эффектов, заданных параметрами программы, которые полезны для перспективных экспериментов с этой целью.

Как и другие полевые эксперименты в экономике развития, эксперименты с акцентом на тему здоровья часто опирались на оригинальные данные, касающиеся отдельных лиц и домашних хозяйств, данные обследований, данные биомаркеров, а также данные, полученные от клиник и школ в ходе анализа. Так как они были связаны с вопросами проектирования исследований, эти исследования также были весьма

новаторскими в разработке новых методологий сбора данных, а также потенциальных перекосов, которые могут возникнуть в связи с этими различными видами первоначального сбора данных.

Самая простая и потенциально наиболее распространенная форма смещенности от первоначального сбора данных произойдет, если какой-либо акт исследования сам по себе повлияет на последующие ответы и даже, что более важно, поведение. Исследование Зване и др. [49] проводит количественную оценку возможных масштабов этой смещенности с использованием данных о многочисленных видах деятельности по сбору данных в экономике развития, все из которых имели некоторые рандомизированные изменения частоты, с которыми были исследованы группы домашних хозяйств или отдельные лица, после чего были получены административные данные и показали, что опыт проведения исследования часто может влиять на последующее поведение в исследованиях в области здравоохранения, а также в проектах микрофинансирования.

Эксперимент, направленный на оценку влияния малярии на продуктивность, проводили Дийон и др. [50] с рубщиками сахарного тростника в Нигерии. В данном случае трудность в наблюдении производительности является меньшей проблемой, поскольку труд рубщиков сахарного тростника оплачиваются за каждый измеренный "стержень" тростникового среза, где "стержень" (приблизительно 2 м в длину) - физический стандарт, который руководитель рабочего переносит в конечную точку сбора. В конце каждого дня объем производства работника за этот день вводится на его персональную "синюю карту" и подписывается руководителем и работником. Таким образом, плантация ведет учет дневного выпуска (количество срезов), отработанные дни и общий заработок для каждого работника, что означает, что получение доступа к этим данным обеспечивает исследователям высокое качество и объективность измерения производительности. Основное препятствие, с которым столкнулась исследовательская группа, заключалось вместо этого в том, что касается типа медицинского вмешательства, которое можно было бы реально осуществить. Похоже, идеальный исследовательский дизайн, а именно рандомизация доступа работников к профилактике малярии в течение всего периода, невозможен. Вместо этого в эксперименте 800 рабочих, которых наняли на шестинедельный сезон сбора урожая большой плантации сахарного тростника вызывались для "медицинского посещения" в какой-то момент шестинедельного периода, при этом точная дата, на которую приходилось посещение врача, была рандомизирована среди всех рабочих. Во время медицинского посещения работников проверяли на малярию и, если результат был положительным, лечили от нее посредством высокоэффективной

противомалярийной терапии. В среднем у около 30% работников был обнаружен положительный результат, и они впоследствии прошли терапию. В идеале была бы контрольная группа из индивидуумов также с положительным диагнозом, не проходивших бы лечение, что позволяло бы, сравнив их с прошедшими лечение, дать оценку воздействия обнаружения и лечения малярии на производительность труда. К сожалению, экспериментальный дизайн этого не допускал, так как те уборщики тростника, которые не были отобраны для медицинского посещения, просто вообще не проверялись, что делало невозможным оценить состояние малярии.

Ряд рандомизированных экспериментов также был проведен экономистами о влиянии мер в области здравоохранения на результаты образования. Эти исследования также, как правило, оценивают реальные мероприятия, осуществляемые неправительственными организациями (НПО) или правительством, и как таковые выводы этих исследований могут представлять особый интерес для директивных органов в менее развитых странах. Это контрастные некоторым из рассмотренных выше исследований, которые часто являлись мелкими исследованиями вторжения. Многие из них оценивают здоровье или питание школьников, меры, которые, по мнению некоторых, могут быть одними из наиболее эффективных с точки зрения затрат подходов на оказания услуг в области здравоохранения и питания детям в менее развитых странах (см. Банди и Гайатт [51]).

Но многие допущения, сделанные в стандартной модели, могут оказаться неверными в условиях низкого дохода. Домохозяйства часто испытывают нехватку ликвидности, и им часто не хватает информации или образования для обработки информации о потенциальной отдаче от различных инвестиций в здравоохранение. Даже когда информация может быть обработана, судить о том, является ли она правильной, может быть трудно. Как впервые отметил лауреат Нобелевской премии по экономике Кеннет Эрроу [52], неопределенность домохозяйств в отношении истинного источника их болезни делает изучение качества медицинских услуг или конкретного инструмента лечения или профилактики очень сложным. Это особенно верно для первичной медицинской помощи, где большинство болезней самоограничиваются, т. е. со временем будут улучшаться, и поэтому сигналы особенно шумны.

Ашраф и др. [53] рассматривают взаимодействие между уровнем субсидирования и предоставлением информации, но предоставленная информация касается относительных преимуществ одного продукта над другим, а не абсолютной информации о доходах от предотвращения или лечения состояния по сравнению с бездействием. В частности, в

рамках маркетинговой кампании «от двери до двери» в городской Замбии отобранным домашним хозяйствам была предложена возможность купить один из двух продуктов для очистки воды, продукт, хорошо известный в этом регионе и доступный в розничных магазинах (называемый «Clogin»), и аналогичный продукт от другого бренда, который люди никогда раньше не видели и который не был доступен ни в одном из местных магазинов. Цена на знакомый продукт была установлена на уровне 800 квача, стандартная розничная цена. Цена незнакомого продукта была рандомизирована по домохозяйствам и варьировалась от 0 до 1200 квача. В дополнение к рандомизации цен, информация, представленная о незнакомом продукте, была случайным образом изменена: половине всех домохозяйств не было предоставлено никакой информации, в то время как другой половине сообщили, что незнакомый продукт похож и столь же эффективен, как и знакомый продукт.

В ряде экспериментов изучалось влияние информации на изменение поведения в отношении здоровья. Для некоторых продуктов или услуг спрос остается низким даже при очень низких или даже нулевых ценах. Например, в бедном районе Удайпур в Индии, несмотря на тот факт, что услуги иммунизации были предложены бесплатно в государственных медицинских учреждениях, Банерджи и др. [54] подсчитали, что только 2% детей в возрасте от 1 до 2 лет получили рекомендованный базовый пакет прививок. Некоторые из этих неденежных затрат могут быть экспериментально изменены, в частности, расстояние и удобство. С другими «издержками», прежде всего с точки зрения психологической культуры, нельзя напрямую экспериментировать, но их относительную важность иногда можно подтвердить, экспериментируя с финансовыми стимулами. Идея заключается в том, что, если относительно небольшой финансовый стимул увеличивает вероятность выбора в пользу предложенного действия, культурные барьеры не могут быть настолько важными.

В исследовании по иммунизации в Удайпуре (Банерджи и др. [54]) и исследовании по тестированию на ВИЧ (Торнтон [55]) были предоставлены небольшие финансовые стимулы для поощрения принятия специфического поведения в отношении здоровья: иммунизации детей и изучения своего ВИЧ-статуса соответственно. В обоих случаях небольшие финансовые стимулы оказали большое влияние на принятие. Банерджи и др. [54]) истолковывают это как возможное свидетельство существующего предвзятости: естественную тенденцию откладывать действие, которое немного дорого сегодня, даже если в будущем оно будет иметь высокие выплаты, тенденцию, которую можно преодолеть, если стимул достаточен для преобразования стоимости в положительная

немедленная выгода. Хотя в этих двух исследованиях рассматриваются стимулы, поощряющие конкретное поведение (конкретный вклад в функцию производства в области здравоохранения), в более поздних исследованиях рассматривалось влияние стимулов, основанных на результатах, а именно стимулов, выплачиваемых на основе достижения определенного результата в отношении здоровья. Де Вальк и др. [55] оценили влияние предложения различных сумм денежного стимула оставаться свободным от ИППП среди взрослых в возрасте от 18 до 30 лет в Танзании. Они случайным образом распределили 2409 человек в одну из трех групп: (1) группа условного перевода денежных средств (ССТ) «высокой стоимости», получившая 20 долларов США за отрицательный результат на излечимые ИППП; (2) группа ССТ с «низкой стоимостью», получившая 10 долларов США за отрицательный результат на излечимые ИППП; и (3) группа сравнения, которая не получила перевода. Тесты на ИППП проводились для всех групп каждые 4 месяца в течение 1 года. В течение первого года число людей, которые дали положительный результат на ИППП, значительно уменьшилось среди людей, которые получали высокоэффективную ОДТ, но не было обнаружено снижения в группе, которая получала низкоценную ОДТ. Одним из недостатков этого исследования является то, что оно не было способно определять влияние на ВИЧ-инфекцию, учитывая более низкую распространенность (по сравнению с излечимыми ИППП).

В исследовании, проведенном в Малави, Колер и Торнтон [56] рандомизированно предоставили денежные переводы случайных сумм 1307 участникам, которые варьировались от безналичных до примерно 16 долларов США, при условии сохранения отрицательного ВИЧ-статуса в течение 1 года. Исследователи проводили интервью с участниками в течение года для сбора данных о сексуальном поведении. Обещание финансовых стимулов любой суммы не повлияло на последующее самооценку сексуального поведения или ВИЧ-статуса. Однако получение наличных после заключительного раунда тестирования на ВИЧ оказало значительное влияние на самооценку поведения респондентов: в частности, мужчины были на 9 процентных пунктов более склонны к более рискованному сексу, а женщины - на 6,7 процентных пункта реже. Как и в случае эксперимента по стимулированной иммунизации, обсуждавшегося выше, эти результаты показывают, что деньги, данные в настоящем, могут оказывать более сильное влияние на поведение, чем вознаграждение в будущем, но иногда и хуже, как в этом случае.

Множество исследований в контексте развитых стран изучали, как можно использовать психологические знания для более широкого принятия профилактических

мер поведения в отношении здоровья. Действительно, в тех случаях, когда информация, доступ и доступность (в значительной степени) не являются проблемой, роль человеческого поведения становится основной движущей силой результатов в отношении здоровья, и многочисленные опросы показывают, что людям трудно идти в ногу со своими намерениями, когда дело касается многих вариантов выбора здоровья, включая поддержание регулярного режима физических упражнений, диеты, профилактических осмотров и т. д. Это было вызвано конфликтом «хочу / должен», распространяющимся во многих областях помимо здоровья (Битерли и др. [57]).

Понимание психологии касается роли планирования в разрешении конфликта «хочу/должен». Утверждалось, что формирование точных планов может уменьшить забывчивость и промедление, связывая предполагаемое поведение с конкретным будущим моментом и курсом действий. В соответствии с этим рандомизированные эксперименты в Соединенных Штатах показали, что побуждение людей составлять планы относительно того, где и когда (не только точный день, но даже точное время) они совершат намеченное поведение в отношении здоровья, значительно увеличивает вероятность того, что они будут следовать при этом, будь то вакцинация (см. Милкман и др. [58]) или профилактический скрининг (см. Милкман и др. [59]). В некоторых экспериментах по ценообразованию, описанных выше, были предприняты соответствующие попытки с сквозным дизайном. В частности, в работе Дюпа [37] оценивается влияние словесного обязательства отдельных лиц на покупку продукта из группы надкроватных сеток: случайно выбранной половине всех домохозяйств был задан вопрос о намерении выкупить ваучер для надкроватной сетки, и более 92% сказали: «да». Затем их попросили указать, кто будет спать под ней после того, как они её купили, а также попросили оценить, сколько дней им понадобится, прежде чем они смогут приобрести сеть. В конце этого обсуждения интервьюер спросил: «Хорошо, значит, если я зайду в магазин [дата после даты, указанной респондентом], я найду там ваш предполагаемый ваучер? Вы можете пообещать? Есть ли у нас договор?» Это словесное вмешательство не повлияло на реальное поведение в отношении использования ваучера. В частности, это не имело никакого значения для наклона кривой спроса.

Это может быть связано с тем, что люди стали жертвами так называемой «ошибки планирования» (см. Бюлер и др. [60]): кажется, они недооценили время, которое потребуется им, чтобы накопить достаточно средств для приобретения надкроватной сетки. Кремер и Мигель также ранее не обнаружили влияния явного словесного вмешательства, встроенного в качестве лечебного инструмента в их эксперимент по

борьбе с дегельминтизацией в Кении. В некоторых случаях ключевой вопрос может заключаться не в конфликте «хочу/должен», а в индивидуальной нерешительности. Обширная литература по психологии и маркетингу предполагает, что на принятие решений могут влиять фреймы или подсказки, которые не добавляют информацию о продукте, но могут быть эффективными для убеждения нерешительных людей вкладывать в него средства. Вышеупомянутый эксперимент в Дюпа [37] оценивал эффект фрейминга, помимо цены и планирования. В то время, когда выдавался первый ваучер, домохозяйства в данном эксперименте подвергались случайному назначению маркетингового сообщения. Для группы «фрейминга здоровьем» подчеркивалась заболеваемость и смертность от малярии, которых можно избежать, используя сетку для кроватей. Для группы «финансового фрейминга» подчеркивалось, что домохозяйства получают финансовую выгоду (от предотвращения расходов на медицинское обслуживание и потери ежедневного дохода), если они смогут предотвратить малярию. Третья группа не получила маркетингового сообщения. Ни один из двух вариантов фрейминга (медицинское или финансовое) не оказал никакого влияния на спрос на сетки. В сочетании с выводом о том, что использование является квазиуниверсальным среди чистых получателей бесплатных кроватей, этот вывод свидетельствует о том, что чувствительность к цене чистого спроса на кровати в основном обусловлена ограничениями ликвидности, а не неопределенностью.

Некоторые факты свидетельствуют о том, что финансовые стимулы действительно являются ключевым фактором, стоящим за чрезмерным отпуском лекарств. Во-первых, Карри и др. [61] обнаружили, что врачи, как правило, назначают более дорогие, а не менее дорогие антибиотики. Во-вторых, Карри и др. [61] провели рандомизацию по моделируемым пациентам относительно того, будут ли пациенты выражать знание о соответствующем использовании антибиотиков врачу (во время визита). Они обнаружили, что такое продемонстрированное знание пациентом снижает частоту необоснованного назначения антибиотиков на 25 процентных пунктов (40%). В то время как это может быть совместимо с врачами, имеющими чрезвычайно ошибочные убеждения о степени, в которой потребители требуют антибиотики, авторы утверждают, что это, скорее всего, отражает тот факт, что как только врачи понимают, что пациент не будет покупать назначенный антибиотик в любом случае (из-за их медицинских знаний), финансовый стимул к чрезмерному назначению исчез. Чтобы еще раз проверить этот момент, в последующем эксперименте по исследованию аудита Карри и др. [62] рандомизировали моделируемых пациентов: (1) не сказал ничего особенного (контрольная группа); (2)

непосредственно попросил у врача рецепт на антибиотики; (3) попросил рецепт (не конкретно антибиотики), но указал, что он/она будет покупать любые лекарства, назначенные в другой аптеке, тем самым устраняя финансовый стимул для врача; (4) попросил конкретно антибиотики и указал, что он/она будет покупать любые лекарства, назначенные в другом месте. Как и в предыдущем исследовании, избыточная рецептура была очень высокой: 55% врачей назначали антибиотики, когда пациент ничего не говорил (контроль). Этот показатель увеличился до ошеломляющих 85%, когда пациенты специально просили антибиотики, но только если врач ожидал, что рецепт будет заполнен в аптеке. Если пациент указал, что он/она будет покупать лекарства в другом месте, антибиотики были назначены только в 14% случаев, даже когда антибиотики были специально запрошены пациентом. Среди пациентов, которые не запрашивали антибиотики, но указали, что они будут покупать любой тип препарата в другом месте, антибиотики назначались в размере 10%, статистически неотличимых от 14%, если бы антибиотики были запрошены. Эти результаты убедительно свидетельствуют о том, что высокие показатели назначения антибиотиков в основном обусловлены не спросом пациентов или незнанием поставщиков, а несоразмерными финансовыми стимулами поставщиков.

Связанное ограничение существующих исследований - относительный недостаток работы по изучению долгосрочных последствий более ранних инвестиций в здравоохранение. В то время как в этой области начинают накапливаться научные данные, новые исследования могут успешно сочетать полевые исследования. экспериментальные исследовательские проекты с долгосрочным панельным сбором данных с высокими показателями отслеживания. Такие исследования требуют долгосрочных горизонтов и перспективного планирования, не говоря уже о больших исследовательских бюджетах, и лишь немногие из них были успешно проведены. Реализация планов сбора данных для отслеживания участников большого числа недавних медицинских экспериментов в области экономики развития в будущем может принести большую пользу для исследований. В отсутствие таких исследований большая часть нашего понимания долгосрочных последствий состояния здоровья детей основывается на исследованиях, основанных на естественных экспериментах, или на изменении в подверженности конфликту или другим крупномасштабным политическим шокам, но в этих случаях интерпретация результирующих воздействий, возможно, менее прозрачна, чем в хорошо спланированном полевом эксперименте.

Другая широкая область, в которой могут быть полезны дальнейшие исследования,

— это поведенческие факторы, а также взаимодействие психологии и экономики. В то время как растущее число исследований, в том числе многие из рассмотренных выше, включают показатели психического здоровья, депрессии, тревожности и благополучия в качестве результатов конкретных вмешательств в здоровье, сравнительно мало исследований экономистов, посвященных изучению влияния вмешательств в области психического здоровья на экономические или другие жизненные результаты или изучению неоднородности в воздействии других вмешательств (например, информации, сокращения денежных средств) базовым психологическим статусом, таким как уровень стресса. И это несмотря на то, что есть все больше свидетельств того, что многие проблемы с психическим здоровьем широко распространены как в обществах с высоким, так и с низким доходом, и что существует сильная корреляция в пространственных данных между психологическим здоровьем и социально-экономическими результатами. Растущий акцент на психологические проблемы в экономике в целом и в исследовании бедности, и в частности, как конкретные психологические или нейрофизиологические процессы влияют на принятие решений бедными (например, см. работу Мани и др. [63], а также важнейшую статью Хаусхофера и Фера [64] о психологии бедности), предполагает, что эта область созрела для дальнейшего интеллектуального исследования.

Помимо углубления нашего понимания связей между результатами в отношении здоровья (по различным измерениям) и экономическими результатами, было бы также полезно направить больше исследовательской энергии для понимания широкомасштабных реформ систем здравоохранения, которые произошли во многих странах с низким уровнем дохода в течение последнего десятилетия. Например, многие менее развитые страны расширили поддерживаемые государством программы медицинского страхования, в том числе в Гане, Индии, Индонезии, Мексике и Руанде, а также во многих других странах, но сравнительно мало научных исследований в области экономики здравоохранения изучили эффективность, структуру и стимулирующие факторы. этими реформами или вытекающими из этого поведенческими реакциями домохозяйств и отдельных лиц. Это резко контрастирует с литературой по экономике здравоохранения, в которой основное внимание уделяется таким богатым странам, как США, где значительная часть исследовательской энергии сосредоточена именно на более широких институциональных и организационных вопросах в секторе здравоохранения. Хотя в этой области уже есть некоторые важные работы, экономисты в области экономики развития, работающие в области здравоохранения, могли бы многому научиться у экономистов по государственным финансам и теории отраслевых рынков, занимающихся смежными

проблемами систем здравоохранения в США, Европе и других регионах с высоким уровнем дохода. За последние два десятилетия, поскольку полевые эксперименты стали все более распространенным инструментом, используемым прикладными исследователями в области экономики развития и здравоохранения (и других областях экономики), часто применяются методы и подходы, используемые в клинических испытаниях. Это, безусловно, имело место во многих ранних экспериментах по экономике и продолжалось с ростом использования планов предварительной регистрации и анализа перед исследованиями в течение последних нескольких лет. Однако растущая изощренность методов, используемых для изучения проблем здравоохранения в странах с низким уровнем дохода, и описанные выше инновации в дизайне исследований и измерениях, делают более вероятным, противоположное направление развития - от экономических и других общественных дисциплин к медицинским исследованиям. Это представляется особенно вероятным, учитывая растущее осознание в глобальных исследованиях в области здравоохранения того, что к изучению политики, систем и поведения в отношении здоровья нельзя подходить так же, как к традиционным испытаниям эффективности воздействия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Mould Quevedo, Joaquín F, Iris Contreras Hernández, Juan Garduño Espinosa, Guillermo Salinas Escudero (2009) The willingness-to-pay concept in question. *Rev Saúde Pública* 43(2): 352-8.
2. Le Gall-Ely, Marine (2009) Definition, Measurement and Determinants of the Consumer's Willingness to Pay: a Critical Synthesis and Directions for Further Research. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, SAGE Publications, 24 (2): 91-113.
3. Breidert, Christoph, Michael Hahsler and Thomas Reutterer (2006). A Review of Methods for Measuring Willingness-to-Pay. *Innovative Marketing*, 2(4).
4. Hausman, Jerry (2012). Contingent Valuation: From Dubious to Hopeless. *The Journal of Economic Perspectives* 26: 43-56
5. Harrison M., Rigby D., Vass C., Flynn T., Louviere J., Payne K. Risk as an attribute in discrete choice experiments: a systematic review of the literature // *Patient, Patient Center Outcomes Res.* 2014. V.7. 151–170.
6. Carvalho A., Veiga A., Morgado J., Tojal R., Rocha S., Vale J., et al. Multiple sclerosis and motherhood choice: an observational study in Portuguese women patients // *Rev. Neurol.* 2014. V.59. 537–542.
7. Payne D., McPherson K.M. Becoming mothers. Multiple sclerosis and motherhood: a qualitative study // *Disabil. Rehabil.* 2010. V.32. 629–638.
8. Harbo H.F., Gold R., Tintore M. Sex and gender issues in multiple sclerosis // *Ther. Adv. Neurol. Disord.* 2013. V.6. 237–648.
9. Coyle P.K. Management of women with multiple sclerosis through pregnancy and after childbirth // *Ther. Adv. Neurol. Disord.* 2016. V.9. 198–210.
10. Alroughani R., Altintas A., Al Jumah M., Sahraian M., Alsharoqi I., AlTahan A., et al. Pregnancy and the use of disease-modifying therapies in patients with multiple sclerosis: benefits versus risks // *Mult. Scler. Int.* 2016:1034912.
11. Miller D.H., Fazekas F., Montalban X., Reingold S.C., Trojano M. Pregnancy, sex and hormonal factors in multiple sclerosis // *Mult. Scler. J.* 2014. V.20. 527–536.
12. Kopke S., Kern S., Ziemssen T., Berghoff M., Kleiter I., Marziniak M., et al. Evidence-based patient information programme in early multiple sclerosis: a randomised controlled trial // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2014 V.85. 411–418.
13. Kasper J., Kopke S., Muhlhauser I., Nubling M., Heesen C. Informed shared decision making about immunotherapy for patients with multiple sclerosis (ISDIMS): a randomized controlled trial // *Eur. J. Neurol.* 2008. V.15. 1345–1352.
14. Lubitz J.D., Riley G.F., Trends in medicare payments in the last year of life // *N.Engl. J. Med.* 1993. V.328, 1092–1096.
15. Rubin, E.B., Buehler, A.E., Halpern, S.D., 2016. States worse than death among hospitalized patients with serious illnesses. *JAMA Intern. Med.*, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4362>, Online August 01.
16. Zweifel, P., Felder, S., Meier, M., 1999. Ageing of population and healthcare expenditure: a red herring? *Health Econ.* 8, 485–496.
17. Fojo, T., Grady, C., 2010. Response: re: how much is life worth: cetuximab, non-small cell lung cancer, and the \$440 billion question. *J. Nat. Cancer Inst.* 102, 1207–1210, <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djq247>.
18. Hirshleifer, J., Glazer, A., Hirshleifer, D., 2005. *Price Theory and Applications. Decisions, Markets, and Information*, 7th ed. Cambridge University Press, Cambridge.
19. Becker, G.S., Murphy, K.M., Philipson, T., 2007. The Value of Life Near Its End and Terminal Care. NBER Working Papers 13333. National Bureau of Economic Research, New York.
20. Philipson, T.J., Becker, G.S., Goldman, D., Murphy, K.M., 2010. Terminal Care and the Value of Life Near Its End NBER Working Papers 15649. National Bureau of Economic Research, New York.
21. Menzel, P.T., 2011. The value of life at the end of life: a critical assessment of hope and other factors. *J. Law, Med. Ethics*, 215–223, Summer.
22. Laitner, J., Ohlsson, H., 2001. Bequest motives: a comparison of Sweden and the United States. *J. Public Econ.* 79, 205–236.
23. Samuelson, P.A., 1954. The pure theory of public expenditure. *Rev. Econ. Stat.* 36(4), 387–389.
24. Andreoni, J., Sprenger, C., 2012. Estimating time preferences from convex budgets. *Am. Econ. Rev.* 12 (7), 3333–3356.
25. Kahneman, D., Tversky, A., 1979. Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica* 47 (2), 263–291.
26. Basiel, E.B., Winfurt, K.P., Schulman, K.A., 2005. Can prospect theory explain risk-seeking behavior by terminally ill patients? *Med. Decis. Making* 25 (6), 609–615.
27. Zweifel, P., Eisen, R., 2011. *Insurance Economics*. Springer, New York.
28. Zweifel, P., Manning, W.G., 2000. Moral hazard and consumer incentives in healthcare. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, pp. 404–459, Boston North Holland.
29. Пшишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. НИУ «Высшая школа экономики». Москва. 2019. 94 с.
30. Возврата к бюджетной модели ОМС нет. Аптечный союз. 25.04.2019. URL: <https://www.farmsouz.ru/articles/one-day-wonder/return-to-the-budget-model-oms-no> (дата обращения 23.05.2019).
31. Комплексное наблюдение условий жизни населения. Росстат. 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/KOUZ18/index.html (дата обращения: 30.05.2019).
32. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения.

- Росстат. 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 31.05.2019).
33. Страхование и кризис. ВЦИОМ. 05 октября 2009. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=2161> (дата обращения: 22.05.2019).
 34. Качество медицинских услуг: запрос населения. ВЦИОМ. 23 апреля 2018 г. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9059> (дата обращения: 22.05.2019).
 35. Состояние здравоохранения и самые острые проблемы этой сферы. Общие оценки ситуации. Позитивные и негативные перемены. ФОМ. 07 мая 2019. URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14202> (дата обращения: 23.05.2019).
 36. Конституция Российской Федерации. URL: <http://www.constitution.ru/10003000/10003000-4.htm> (дата обращения: 03.06.2019).
 37. Dupas, P., 2011. Health behavior in developing countries. *Annu. Rev. Econ.* 3, 425-449.
 38. Kremer, M., Glennerster, R., 2011. Improving health in developing countries: evidence from randomized evaluations. In: Pauly, M.V., McGuire, T.G., Barros, P.P. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 2, pp. 201-315.
 39. Das, J., Hammer, J., 2014. Quality of primary care in low-income countries: facts and economics. *Annu. Rev. Econ.* 6, 525-553.
 40. Cox, D.R., 1958. *Planning of Experiments*. Wiley, Oxford, England, 308 pp.
 41. Rubin, D.B., 1990. Formal mode of statistical inference for causal effects. *J. Stat. Plan. Inference* 25: 279-292.
 42. Fine, P.E., 1993. Herd immunity: history, theory, practice. *Epidemiol. Rev.* 15: 265-302.
 43. Rosenbaum, P.R., 2007. Interference between units in randomized experiments. *J. Am. Stat. Assoc.* 102: 11-200.
 44. Miguel, E., Kremer, M., 2004. Worms: identifying impacts on education and health in the presence of treatment externalities. *Econometrica* 72.
 45. Baird, S., De Hoop, J., Ozler, B., 2013. Income shocks and adolescent mental health. *J. Hum. Resour.* 48, 370-403.
 46. Bhattacharya, D., Dupas, P., Kanaya, S., 2013. Estimating the Impact of Means-tested Subsidies Under Treatment Externalities With Application to Anti-Malarial Bednets. University of Oxford, mimeo
 47. Baird, S., Bohren, A., McIntosh, C., Ozler, B., 2014. Designing Experiments to Measure Spillover Effects. George Washington University, mimeo
 48. Baird, S., Bohren, A., McIntosh, C., Ozler, B., 2018. Optimal Design of Experiments in the Presence of Interference, *The Review of Economics and Statistics*, 100 (5): 844-860
 49. Zwane, A.P., Zinman, J., Van Dusen, E., Pariente, W., Null, C., Miguel, E., Kremer, M., Karlan, D., Hornbeck, R., Gine, X., Duflo, E., Devoto, F., Crepon, B., Banerjee, A., 2011. Being surveyed can change later behavior and related parameter estimates. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 108.
 50. Dillon, A., Friedman, J., Serneels, P., 2014. Health Information, Treatment, and Worker Productivity. World Bank Policy Research. Working paper No. WPS 7120.
 51. Bundy, D., Guyatt, J., 1996. Schools for health: focus on health, education, and the school-age child. *Parasitol. Today* 12, 1-16.
 52. Arrow, K.J., 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am. Econ. Rev.* 53 (5), 941-973.
 53. Ashraf, N., Jack, B.K., Kamenica, E., 2013. Information and subsidies: complements or substitutes? *J. Econ. Behav. Organ.* 88, 133-139.
 54. Banerjee, A., Deaton, A., Duflo, E., 2004. Health care delivery in rural Rajasthan. *Econ. Polit. Wkly.* 39 (9), 944-949.
 55. De Walque, D., Dow, W.H., Nathan, R., Abdul, R., Abilahi, F., Gong, E., Isdahl, Z., Jamison, J., Jullu, B., Krishnan, S., Majura, A., Miguel, E., Moncada, J., Mtenga, S., Mwanyangala, M.A., Packel, L., Schachter, J., Shirima, K., Medlin, C.A., 2012. Incentivising safe sex: a randomised trial of conditional cash transfers for HIV and sexually transmitted infection prevention in rural Tanzania. *BMJ* 2 (1), e000747.
 56. Kohler, H., Thornton, R., 2012. Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: unconditionally promising? *World Bank. Econ. Rev.* 26 (2), 165-190.
 57. Bitterly, T.B., Mislavsky, R., Dai, H., Milkman, K.L., 2015. Dueling with desire: a synthesis of past research on want/should conflict. In: Hoffman, W., Nordgren, L. (Eds.), *The Psychology of Desire*, 244-264.
 58. Milkman, K.L., Beshears, J., Choi, J.J., Laibson, D., Madrian, B.C., 2011. Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 108, 10415-10420.
 59. Milkman, K.L., Beshears, J., Choi, J.J., Laibson, D., Madrian, B.C., 2013. Planning prompts as a means of increasing preventive screening rates. *Prev. Med.* 56, 92-93.
 60. Buehler, R., Griffin, D., Ross, M., 2002. Inside the planning fallacy: the causes and consequences of optimistic time predictions. In: Gilovich, T., Griffin, D., Kahneman, D. (Eds.), *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 250-270.
 61. Currie, J., Lin, W., Zhang, W., 2011. Patient knowledge and antibiotic abuse: evidence from an audit study in China. *J. Health Econ.* 30: 933-949.
 62. Currie, J., Lin, W., Meng, J.J., 2014. Addressing antibiotic abuse in China: an experimental audit study. *J. Dev. Econ.* 110, 39-51.
 63. Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., Zhao, J., 2013. Poverty impedes cognitive function. *Science* 341: 976-980.
 64. Haushofer, J., Fehr, E., 2014. On the psychology of poverty. *Science* 344, 862-867