



DOI: 10.19181/population.2023.26.2.12  
EDN: YEDGYO

## ОБРАЩЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ВЫБОР ПАЦИЕНТОВ

Давитадзе А. П.<sup>1,2\*</sup>, Александрова Е. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)  
(119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, 8)

<sup>2</sup>Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ)  
(101000, Россия, Москва, ул. Мясницкая, 20)

\*E-mail: davitadzeap@gmail.com

### Для цитирования:

Давитадзе А. П., Александрова Е. А. Обращения в государственные и частные медицинские организации: выбор пациентов // Народонаселение. – 2023. – Т. 26. – № 2. – С. 139-152. DOI: 10.19181/population.2023.26.2.12; EDN: YEDGYO

**Аннотация.** В российской системе здравоохранения пациенты имеют возможность выбора получения медицинской помощи в государственных или частных учреждениях. Согласно теоретической модели Андерсена, выбор пациента обусловлен тремя основными группами факторов: предрасполагающие факторы (*predisposing factors*), факторы возможности (*enabling factors*) и факторы потребности (*need factors*). Цель данного исследования — идентифицировать характеристики, определяющие выбор пациентов государственных или частных медицинских организаций в России. На основе данных «Выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения» за 2019 г. был предпринят статистический и регрессионный анализ, который показал, какие группы пациентов более склонны обращаться в государственные клиники, а какие — в частные. Установлено, что мужчины и представители старших возрастных групп более вероятно обращались в государственные клиники, а люди с высшим образованием, имеющие работу и проживающие в крупных населённых пунктах более вероятно обращались в частные. Высокие доходы, наличие полиса добровольного медицинского страхования и получение медицинских услуг вне своего населённого пункта проживания оказались характеристиками, связанными с более вероятным использованием частных медицинских организаций пациентами. Также определено, что люди с плохим состоянием здоровья более вероятно обращаются в частные клиники, а люди, имеющие инвалидность, более склонны пользоваться услугами государственных клиник.

**Ключевые слова:** потребительский выбор, система здравоохранения, выбор пациента, модель Андерсена, государственные медицинские организации, частные медицинские организации.

## Введение

В системах здравоохранения разных стран, в том числе и в России, предполагается определённая свобода в выборе пациентами провайдеров медицинских услуг, больниц, врачей [1; 2]. Исследование факторов, влияющих на принятие решений пациентами в отношении выбора в сфере здравоохранения, является актуальным в областях общественного здоровья и экономики здоровья, поскольку способствует определению оптимальных стратегий развития системы здравоохранения, повышению качества оказания медицинской помощи и удовлетворению потребностей населения.

Выбор медицинской помощи пациентами зависит от многих характеристик и определяется условиями системы здравоохранения, в которой он осуществляется [3]. Характеристики пациентов, которые влияют на принятие ими решений о получении медицинской помощи, варьируются между странами из-за различий в устройстве систем здравоохранения. На данный момент поведение российских потребителей услуг системы здравоохранения недостаточно изучено, чтобы утверждать, как ведут себя группы населения, имеющие различные социально-демографические и другие характеристики. Цель данного исследования — идентифицировать характеристики, определяющие выбор пациентов государственных или частных медицинских организаций в России.

В качестве теоретической модели, позволяющей определить эти характеристики, была выбрана модель Андерсена [4]. В соответствии с указанной моделью на решение индивида об использовании системы здравоохранения влияют три группы факторов. Первая группа состоит из predisposing factors) — социальных характеристик пациентов. Под ними понимаются пол, возраст, место проживания, семейное положение, а также представления индивидов о здоровье и здравоохранении (health beliefs). Вторая группа

включает факторы возможности (enabling factors), связанные с доходами индивидов, наличием медицинского страхования и близостью медицинских организаций. Третья группа объединяет факторы, определяющие потребности индивида в получении медицинской помощи (need factors), а именно — необходимость конкретной помощи для пациента, срочность её оказания и её объем. Модель Андерсена используется для описания большого количества различных ситуаций выбора в разных системах здравоохранения [5; 6].

В России модель Андерсена ранее не применялась для изучения поведения индивидов при выборе медицинской помощи. Между тем международная практика показывает, что применение этой модели позволяет определить, какие группы населения более склонны пользоваться услугами одних организаций по сравнению с другими. К примеру, использование модели для изучения принятия решений пациентами в выборе частной или государственной медицинской помощи в развитых странах показывает, что люди с более высоким социально-демографическим статусом (большие доходы, медицинское страхование) предпочитают обращаться в частные медицинские организации [3]. В развивающихся странах (Китай, Индия) получены противоположные результаты: люди с более высоким социально-демографическим статусом предпочитают пользоваться услугами государственных учреждений [7; 8].

## Данные и методы

Работа основана на данных эмпирического исследования «Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения», проведённого Росстатом в 2019 году<sup>1</sup>. Раздел «Здравоохра-

<sup>1</sup> Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения 2019. — URL: [https://gks.ru/free\\_doc/new\\_site/GKS\\_KDU\\_2019/index.html](https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KDU_2019/index.html) (дата обращения: 18.01.2023).

нение» данного наблюдения позволяет изучить поведение респондентов в части обращения за медицинской помощью за последние 12 месяцев. Наибольший интерес для данного исследования представляют две ситуации получения помощи: «Первичная доврачебная и врачебная медицинская помощь» и «Обращение к врачу-специалисту». Для каждой ситуации определён факт получения помощи, место её получения (в государственных или частных учреждениях) и стоимость этой помощи для индивида. Из 90307 совершеннолетних респондентов 48,6% сообщили о том, в каких организациях они преимущественно получали первичную медицинскую помощь за последние 12 месяцев, а 34,8% опрошенных сообщили о том,

где они проходили консультации (медицинские обследования) у врачей-специалистов хотя бы однажды за последний год.

Выявить характеристики, определяющие выбор пациентов между государственными или частными медицинскими организациями, позволяет построение логит-моделей для нескольких этапов в каждой ситуации получения медицинской помощи (табл. 1). Основные результаты представлены в моделях 1.1 и 2.1, остальные модели необходимы для проверки устойчивости. Модели 1.2 и 2.2 построены для проверки качества зависимых переменных моделей 1.1 и 2.1, а модель 2.3 позволила провести дополнительную проверку результатов модели 2.1 с учётом гетерогенности респондентов.

Таблица 1  
Этапы оценки логит-моделей и использованные в них переменные

Table 1

Stages of logit models estimation and variables used

Ситуация получения медицинской помощи	Этап оценки модели	Зависимая переменная	Независимые переменные (факторы модели Андерсена)
Первичная медицинская помощь	Модель 1.1	1 – респондент обращался за первичной помощью преимущественно в частные медицинские организации; 0 – преимущественно в государственные	Предрасполагающие факторы: пол, возраст, достигнутый уровень образования, семейное положение, статус основной занятости, размер населённого пункта проживания, федеральный округ проживания, восприятие эффективности получаемой медицинской помощи; Факторы возможности: доход индивидов относительно доступности платных медицинских услуг, наличие только полиса обязательного медицинского страхования или также полиса добровольного страхования, отдалённость от мест получения медицинских услуг; Факторы потребности: оценки индивидами собственного здоровья, наличие у них функциональных ограничений, хронических заболеваний и инвалидности
	Модель 1.2	1 – респондент преимущественно платил за первичную медицинскую помощь по счетам за отдельные виды услуг; 0 – преимущественно получал её бесплатно благодаря полису медицинского страхования	
Обращения к врачам-специалистам	Модель 2.1	1 – респондент обращался за помощью врачей-специалистов в частные медицинские организации; 0 – только в государственные	
	Модель 2.2	1 – респондент платил за помощь врачей-специалистов по счетам за отдельные виды услуг; 0 – получал её только бесплатно благодаря полису медицинского страхования	
	Модель 2.3	1 – респондент обращался за помощью врачей-специалистов только в частные медицинские организации; 0 – только в государственные	

Источник: расчёты авторов.

## Результаты

Большинство респондентов пользовались услугами государственных учреждений в обеих ситуациях получения медицинской помощи: 42747 респондентов из 43936 (97,3%) преимущественно обращались за первичной медицинской помощью в государственные организации, а 24790 респондентов из 31424 (78,9%) обращались за помощью врачей-специалистов только в государственные клиники. Также в обеих ситуациях получения медицинской помощи большинство респондентов получали необходимые услуги бесплатно: 95,6% преимущественно не платили за первичную медицинскую помощь и 72,2% респондентов не платили за услуги врачей-специалистов.

Результаты анализа показали, что сре-

ди пациентов, обращавшихся за первичной помощью, редко встречаются те, кто получали платную помощь в государственных клиниках и бесплатную помощь в частных клиниках (табл. 2). При посещении врачей-специалистов получение бесплатной помощи в частных клиниках остаётся редким, в то время как получение платной помощи в государственных клиниках встречается в три раза чаще (хотя доля таких случаев небольшая — 8% среди всех респондентов). Выявлена связь между видом медицинской организации (государственная или частная) и способом получения помощи (платно или бесплатно), что подтверждает возможность использования альтернативных зависимых переменных для проверки устойчивости результатов регрессионных моделей.

Таблица 2  
Поведение пациентов в отношении обращений за первичной медицинской помощью и получения консультаций у врача-специалиста

Table 2

Health care utilization by patients in primary care and specialist care cases

Причина и место обращения		Бесплатно, человек (%)	Платно, человек (%)	Коэффициент корреляции (p-значение)
Получали первичную помощь				
Обращались за первичной помощью	в государственные клиники	41791 (95,12%)	956 (2,18%)	0,64 (0,00)
	в частные клиники	205 (0,46%)	984 (2,24%)	
Получали помощь у врачей-специалистов				
Обращались к врачам-специалистам	в государственные клиники	22380 (71,22%)	2410 (7,67%)	0,78 (0,00)
	в частные клиники	324 (1,03%)	6310 (20,08%)	

Источник: расчёты авторов.

Статистический анализ с помощью теста хи-квадрат Пирсона показал значимые различия в спросе на первичную медицинскую помощь, оказываемую государственными и частными клиниками, среди разных групп населения (табл. 3). Например, среди представителей старших возрастных групп более распространены обращения в государственные клиники чем среди представителей более молодых возрастных

групп. Более высокий спрос на услуги частных клиник наблюдается среди занятого населения и среди респондентов с высшим образованием. Также выявлено, что среди респондентов, которые оценивают получаемую ими медицинскую помощь как полностью эффективную, использование государственных клиник встречается реже чем среди тех, кто видит в этой помощи меньшую эффективность.

Таблица 3

**Частота обращений за первичной медицинской помощью среди  
разных подгрупп по предрасполагающим факторам**

Table 3

Primary care visits frequency in different subgroups by predisposing factors

Факторы	Наименование переменных	Обращались за первичной помощью в клиники, человек (%)		Тест хи-квадрат (р-значение)
		государственные	частные	
Пол	Женский	29210 (97,42%)	774 (2,58%)	5,59 (0,02)
	Мужской	13537 (97,03%)	415 (2,97%)	
Возраст	18–29 лет	3971 (96,48%)	145 (3,52%)	263,44 (0,00)
	30–39 лет	6516 (95,47%)	309 (4,53%)	
	40–49 лет	6532 (96,03%)	270 (3,97%)	
	50–59 лет	8653 (97,38%)	233 (2,62%)	
	60–69 лет	10438 (98,49%)	160 (1,51%)	
	от 70 лет	6637 (98,93%)	72 (1,07%)	
Достигнутый уровень образования	Основное или среднее общее	9429 (98,49%)	145 (1,51%)	299,69 (0,00)
	Среднее профессиональное	19889 (98,08%)	390 (1,92%)	
	Высшее	13429 (95,36%)	654 (4,64%)	
Семейное положение	Не состоят в браке	16972 (97,67%)	404 (2,33%)	15,86 (0,00)
	Состоят в браке	25775 (97,04%)	785 (2,96%)	
Статус основной занятости	Не работают	19188 (98,52%)	289 (1,48%)	198,56 (0,00)
	Работают	23559 (96,32%)	900 (3,68%)	
Населённый пункт проживания (по численности населения)	до 50 тыс. чел.	21251 (98,38%)	351 (1,62%)	197,24 (0,00)
	50–100 тыс. чел.	3354 (96,68%)	115 (3,32%)	
	100–250 тыс. чел.	3907 (95,64%)	178 (4,36%)	
	250–999 тыс. чел.	8861 (96,28%)	342 (3,72%)	
	от 1 млн. чел.	5374 (96,36%)	203 (3,64%)	
Федеральный округ	Центральный	10284 (97,48%)	266 (2,52%)	22,82 (0,00)
	Северо-Западный	4871 (97,01%)	150 (2,99%)	
	Приволжский	8816 (97,68%)	209 (2,32%)	
	Уральский	2934 (97,28%)	82 (2,72%)	
	Сибирский	4911 (96,54%)	176 (3,46%)	
	Дальневосточный	3925 (97,49%)	101 (2,51%)	
	Южный	4299 (96,91%)	137 (3,09%)	
	Северо-Кавказский	2707 (97,55%)	68 (2,45%)	
Эффективность медицинской помощи	Неэффективна	6937 (98,08%)	136 (1,92%)	263,49 (0,00)
	Частично эффективна	23080 (98,14%)	438 (1,86%)	
	Полностью эффективна	12730 (95,39%)	615 (4,61%)	

Источник: расчёты авторов.

Более высокий спрос на услуги частных клиник найден среди групп респондентов с высокими доходами. Результаты статистического анализа для групп респондентов с разными уровнями здоровья показали, что среди тех, кто имеет больше проблем со здоровьем, обращения в государственные клиники встречаются чаще, чем среди тех, кто сообщает об отсутствии проблем со здоровьем (табл. 4).

Аналогичный статистический анализ респондентов, которые обращались за помощью к врачам-специалистам, дал схожие результаты (табл. 5). Более высокие доли обращений в государственные клиники обнаружены среди представителей старших возрастных групп, респондентов, не имеющих высшее образование, неработающих индивидов, а также тех, кто оценивает оказываемую им медицинскую по-

Таблица 4

**Частота обращений за первичной медицинской помощью среди разных подгрупп по факторам возможности и факторам потребности**

Table 4

Primary care visits frequency in different subgroups by enabling and need factors

Группа факторов	Факторы	Наименование переменных	Обращались за первичной помощью, человек (%)		Тест хи-квадрат (p-значение)
			в государственные клиники	в частные клиники (%)	
Факторы возможности (enabling factors)	Доходы (относительно доступности платных медицинских услуг)	Нет достаточных средств	6347 (99,81%)	12 (0,19%)	319,62 (0,00)
		При существенных ограничениях расходов	29210 (97,37%)	790 (2,63%)	
		Без ограничений	7190 (94,89%)	387 (5,11%)	
	Медицинское страхование	Имеют только ОМС	42165 (97,51%)	1076 (2,49%)	492,63 (0,00)
		Имеют ДМС	582 (83,74%)	113 (16,26%)	
	Отдалённость от мест получения медицинских услуг	Не покидали место проживания для получения медицинских услуг	36553 (97,56%)	916 (2,44%)	66,12 (0,00)
Покидали место проживания для получения медицинских услуг		6194 (95,78%)	273 (4,22%)		
Факторы потребности (need factors)	Самооценка здоровья	Плохое	4745 (98,63%)	66 (1,37%)	87,54 (0,00)
		Удовлетворительное	26020 (97,53%)	659 (2,47%)	
		Хорошее	11982 (96,27%)	464 (3,73%)	
	Функциональные ограничения	Не имеют	31057 (96,90%)	992 (3,10%)	68,09 (0,00)
		Имеют хотя бы одно	11690 (98,34%)	197 (1,66%)	
	Хронические заболевания	Не имеют	17375 (96,75%)	584 (3,25%)	34,35 (0,00)
		Имеют хотя бы одно	25372 (97,67%)	605 (2,33%)	
	Инвалидность	Не имеют	38258 (97,13%)	1130 (2,87%)	38,25 (0,00)
Имеют		4489 (98,70%)	59 (1,30%)		

Источник: расчёты авторов.

мощь как полностью эффективную. В этом анализе более ярко выражены гендерные различия в использовании разных видов клиник: среди женщин чаще встречаются обращения к врачам-специалистам в частные клиники чем среди мужчин.

Среди респондентов, посещавших врачей-специалистов, не для всех факторов получены значимые различия (табл. 6). Между имеющими и не имеющими хронические заболевания не обнаружены различия в долях обращений за помощью в различные

Таблица 5

**Частота обращений за помощью врачей-специалистов среди разных подгрупп по predisposing факторам**

Table 5

Specialist care visits frequency in different subgroups by predisposing factors

Факторы	Наименование переменных	Обращались за первичной помощью в клиники, человек (%)		Тест хи-квадрат (р-значение)
		государственные	частные	
Пол	Женский	17331 (78,00%)	4889 (22,00%)	36,19 (0,00)
	Мужской	7459 (81,04%)	1745 (18,96%)	
Возраст	18–29 лет	2091 (77,47%)	608 (22,53%)	256,85 (0,00)
	30–39 лет	3504 (74,55%)	1196 (25,45%)	
	40–49 лет	3632 (75,90%)	1153 (24,10%)	
	50–59 лет	4984 (77,08%)	1482 (22,92%)	
	60–69 лет	6344 (80,92%)	1496 (19,08%)	
	от 70 лет	4235 (85,83%)	699 (14,17%)	
Достигнутый уровень образования	Среднее общее	5403 (84,47%)	993 (15,53%)	429,63 (0,00)
	Среднее профессиональное	11812 (81,12%)	2750 (18,88%)	
	Высшее	7575 (72,38%)	2891 (27,62%)	
Семейное положение	Не состоят в браке	9993 (80,18%)	2470 (19,82%)	20,72 (0,00)
	Состоят в браке	14797 (78,04%)	4164 (21,96%)	
Статус основной занятости	Не работают	11921 (83,70%)	2321 (16,30%)	362,50 (0,00)
	Работают	12869 (74,90%)	4313 (25,10%)	
Населённый пункт проживания	до 50 тыс. человек	12131 (81,65%)	2726 (18,35%)	209,65 (0,00)
	50–100 тыс. человек	1878 (73,56%)	675 (26,44%)	
	100–250 тыс. человек	2185 (74,62%)	743 (25,38%)	
	250–999 тыс. человек	5357 (75,41%)	1747 (24,59%)	
	от 1 млн. человек	3239 (81,34%)	743 (18,66%)	
Федеральный округ	Центральный	5773 (78,48%)	1583 (21,52%)	143,42 (0,00)
	Северо-Западный	2807 (75,09%)	931 (24,91%)	
	Приволжский	5435 (82,06%)	1188 (17,94%)	
	Уральский	1748 (81,04%)	409 (18,96%)	
	Сибирский	2999 (80,86%)	710 (19,14%)	
	Дальневосточный	2442 (80,22%)	602 (19,78%)	
	Южный	2291 (75,56%)	741 (24,44%)	
	Северо-Кавказский	1295 (73,37%)	470 (26,63%)	
Эффективность медицинской помощи	Неэффективна	3908 (73,43%)	1414 (26,57%)	202,88 (0,00)
	Частично эффективна	13490 (78,30%)	3739 (21,70%)	
	Полностью эффективна	7392 (83,31%)	1481 (16,69%)	

Источник: расчёты авторов.

виды медицинских организаций. Результаты статистического анализа для респондентов, обращавшихся к врачам-специалистам, свидетельствуют о наименьшем спросе на услуги государственных клиник среди всех рассмотренных подгрупп населения: чуть больше половины людей, имеющих полис добровольного медицинского страхования (ДМС), предпочитали использовать государственные клиники частным.

Результаты логистического регрессионного анализа (табл. 7) представлены в виде отношения шансов (odds ratio). Для всех этапов оценки моделей характерны общие ре-

зультаты, с помощью которых идентифицированы характеристики, определяющие выбор пациентов государственных или частных медицинских организаций. Принадлежность к старшим возрастным группам связана с более низкой вероятностью посещения частных клиник как для получения первичной медицинской помощи, так и для получения консультаций у врачей-специалистов. Оценки каждой из пяти моделей подтверждают, что наличие высшего образования и проживание в крупных населённых пунктах связаны с более высокой вероятностью обращений в частные клиники.

Таблица 6

**Частота обращений за помощью врачей-специалистов среди разных подгрупп по факторам возможности и факторам потребности**

Table 6

Specialist care visits frequency in different subgroups by enabling and need factors

Группы факторов	Факторы	Наименование переменных	Обращались к врачам-специалистам, человек (%)		Тест хи-квадрат (p-значение)
			в государственные клиники	в частные клиники (%)	
Факторы возможности (enabling factors)	Доходы (относительно доступности платных медицинских услуг)	Нет достаточных средств	4173 (99,24%)	32 (0,76%)	1241,43 (0,00)
		При существенных ограничениях расходов	16728 (76,46%)	5150 (23,54%)	
		Без ограничений	3889 (72,81%)	1452 (27,19%)	
	Медицинское страхование	Имеют только ОМС	24482 (79,38%)	6360 (20,62%)	240,09 (0,00)
		Имеют ДМС	308 (52,92%)	274 (47,08%)	
	Отдалённость от мест получения медицинских услуг	Не покидали место проживания для получения медицинских услуг	18384 (81,29%)	4231 (18,71%)	279,58 (0,00)
Покидали место проживания для получения медицинских услуг		6406 (72,72%)	2403 (27,28%)		
Факторы потребности (need factors)	Самооценка здоровья	Плохое	3238 (82,52%)	686 (17,48%)	36,65 (0,00)
		Удовлетворительное	15607 (78,54%)	4265 (21,46%)	
		Хорошее	5945 (77,94%)	1683 (22,06%)	
	Функциональные ограничения	Не имеют	17330 (77,84%)	4933 (22,16%)	50,22 (0,00)
		Имеют хотя бы одно	7460 (81,43%)	1701 (18,57%)	
	Хронические заболевания	Не имеют	8673 (79,09%)	2293 (20,91%)	0,41 (0,52)
		Имеют хотя бы одно	16117 (78,78%)	4341 (21,22%)	
	Инвалидность	Не имеют	21605 (78,01%)	6090 (21,99%)	108,09 (0,00)
Имеют		3185 (85,41%)	544 (14,59%)		

Источник: расчёты авторов.

Таблица 7  
**Результаты логистического регрессионного анализа: предрасполагающие факторы**

Table 7

Results of logistic regression analysis: predisposing factors

Переменные	Значения переменных	Первичная помощь		Помощь врачей-специалистов		
		Модель 1.1	Модель 1.2	Модель 2.1	Модель 2.2	Модель 2.3
Пол	Женский	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Мужской	1,06 (0,07)	0,96 (0,05)	0,81*** (0,03)	0,76*** (0,02)	0,88** (0,04)
Возраст	18–29 лет	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	30–39 лет	1,13 (0,13)	0,97 (0,09)	0,96 (0,06)	1,06 (0,06)	0,97 (0,08)
	40–49 лет	1,04 (0,12)	1,02 (0,10)	0,87* (0,06)	0,96 (0,06)	0,91 (0,07)
	50–59 лет	0,75* (0,09)	0,80* (0,08)	0,82** (0,05)	0,93 (0,05)	0,83* (0,07)
	60–69 лет	0,53*** (0,07)	0,67*** (0,07)	0,78*** (0,05)	0,88* (0,05)	0,81* (0,07)
	от 70 лет	0,42*** (0,07)	0,48*** (0,06)	0,62*** (0,05)	0,69*** (0,05)	0,61*** (0,06)
Достигнутый уровень образования	Основное или среднее общее	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Среднее профессиональное	1,10 (0,12)	1,06 (0,08)	1,10* (0,05)	1,08 (0,04)	0,87* (0,05)
	Высшее	1,89*** (0,20)	1,69*** (0,13)	1,50*** (0,07)	1,44*** (0,06)	1,37*** (0,08)
Семейное положение	Не состоят в браке	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Состоят в браке	0,95 (0,07)	1,04 (0,06)	0,94 (0,03)	0,88*** (0,03)	0,87** (0,04)
Статус основной занятости	Не работают	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Работают	1,19 (0,11)	1,27*** (0,09)	1,24*** (0,05)	1,25*** (0,05)	1,38*** (0,08)
Населённый пункт проживания (по численности населения)	до 50 тыс. чел.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	50–100 тыс. чел.	2,92*** (0,35)	1,96*** (0,19)	2,69*** (0,16)	2,56*** (0,14)	2,17*** (0,17)
	100–250 тыс. чел.	4,26*** (0,47)	2,82*** (0,24)	2,43*** (0,14)	2,17*** (0,11)	2,39*** (0,17)
	250 тыс. чел. – 1 млн. чел.	3,63*** (0,35)	2,43*** (0,18)	2,67*** (0,13)	2,69*** (0,11)	2,14*** (0,13)
	от 1 млн. чел.	3,07*** (0,34)	2,53*** (0,22)	1,94*** (0,11)	2,01*** (0,10)	1,82*** (0,14)
Федеральный округ	8 федеральных округов	Вкл.	Вкл.	Вкл.	Вкл.	Вкл.
Эффективность медицинской помощи	Неэффективна	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Частично эффективна	0,90 (0,09)	0,75*** (0,05)	0,69*** (0,03)	0,67*** (0,02)	0,66*** (0,04)
	Полностью эффективна	2,25*** (0,23)	1,27** (0,09)	0,52*** (0,02)	0,47*** (0,02)	0,67*** (0,04)
Константа		0,01*** (0,00)	0,02*** (0,00)	0,26*** (0,02)	0,18*** (0,02)	0,12*** (0,01)
Наблюдения		43936	43936	31424	31424	27996
Псевдо-R <sup>2</sup>		0,137	0,114	0,135	0,117	0,104

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001.

Источник: расчёты авторов.

Таблица 8

**Результаты логистического регрессионного анализа:  
факторы возможности и факторы потребности**

Table 8

Results of logistic regression analysis: enabling and need factors

Группы факторов	Переменные	Значения переменных	Первичная помощь		Помощь врачей-специалистов		
			Модель 1.1	Модель 1.2	Модель 2.1	Модель 2.2	Модель 2.3
Факторы возможности (enabling factors)	Доходы (относительно доступности платных медицинских услуг)	Нет достаточных средств	0,06*** (0,02)	0,01*** (0,00)	0,02*** (0,00)	0,02*** (0,00)	0,03*** (0,01)
		При существенных ограничениях расходов	0,62*** (0,04)	0,71*** (0,04)	0,83*** (0,03)	0,91** (0,03)	0,77*** (0,04)
		Без ограничений	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Медицинское страхование	Имеют только ОМС	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
		Имеют ДМС	4,37*** (0,50)	0,66 (0,12)	2,67*** (0,24)	0,54** (0,05)	3,27*** (0,33)
	Отдалённость от мест получения медицинских услуг	Не покидали место проживания для получения медуслуг	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Покидали место проживания для получения медуслуг		4,35*** (0,41)	5,08*** (0,34)	2,95*** (0,13)	3,38*** (0,13)	2,61*** (0,15)	
Факторы потребности (need factors)	Самооценка здоровья	Плохое	1,30 (0,21)	1,24 (0,15)	1,22** (0,08)	1,24*** (0,08)	1,06 (0,10)
		Удовлетворительное	1,27** (0,10)	1,22** (0,08)	1,18** (0,05)	1,18** (0,05)	1,15** (0,06)
		Хорошее	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Функциональные ограничения	Не имеют	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
		Имеют хотя бы одно	1,00 (0,09)	1,13 (0,08)	1,04 (0,04)	1,03 (0,04)	1,03 (0,06)
	Хронические заболевания	Не имеют	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
		Имеют хотя бы одно	1,13 (0,08)	1,10 (0,06)	1,18*** (0,04)	1,14*** (0,04)	0,95 (0,04)
	Инвалидность	Не имеют	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Имеют		0,74 (0,11)	0,67*** (0,07)	0,70** (0,04)	0,78** (0,04)	0,64*** (0,05)	
Константа		0,01*** (0,00)	0,02*** (0,00)	0,26*** (0,02)	0,18** (0,02)	0,12*** (0,01)	
Наблюдения		43936	43936	31424	31424	27996	
Псевдо-R <sup>2</sup>		0,137	0,114	0,135	0,117	0,104	

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001.

Источник: расчёты авторов.

На всех этапах оценки моделей низкие доходы и наличие инвалидности оказались значимо связанными с более низкой вероятностью использования частных клиник, а наличие полиса ДМС, посещение учреждений вдали от места проживания и «удовлетворительное» здоровье — значимо связанными с повышением вероятности обращений в частные клиники (табл. 8). Гендерные различия в регресси-

ях найдены среди респондентов, которые ходили к врачам-специалистам: мужчины менее вероятно пользовались услугами частных клиник.

Незначительные колебания величины коэффициентов и потеря статистической значимости оценок преимущественно объясняются либо спецификой определения зависимых переменных, которые значимо коррелируют с доходами респон-

дентов, либо особенностью формирования выборок респондентов на каждом этапе оценки моделей. Например, значительное число тех, кто имел хотя бы одно хроническое заболевание, попадают в группу посетителей обоих видов клиник, данные о которых не были включены в модель 2.3.

### Выводы

Проведённое исследование позволило идентифицировать характеристики, определяющие выбор населения между государственными и частными медицинскими организациями в России. Тестирование модели Андерсена с использованием данных выборочного наблюдения Росстата позволяет сделать вывод о том, что ряд факторов из всех трёх групп (предрасполагающие факторы, факторы возможности и факторы потребности) способен предсказывать поведение пациентов в ситуации выбора медицинской помощи.

В группе предрасполагающих факторов практически все переменные показали взаимосвязь с предпочтениями индивидов в выборе частных или государственных медицинских организаций. Мужчины и представители старших возрастных групп более вероятно обращались в государственные клиники, в то время как люди с высшим образованием, имеющие работу и проживающие в населённых пунктах с высокой численностью населения более вероятно обращались в частные. В других странах наблюдались схожие тенденции в поведении индивидов [5; 9; 10]. Вместе с тем наши результаты не позволяют однозначно определить, как ведут себя индивиды с различными представлениями о здравоохранении в случае выбора места получения медицинской помощи. Также отметим, что семейное положение не оказалось значимой переменной в определении предпочтений индивидов [7; 8].

Все переменные группы факторов возможности — более высокие доходы, наличие полиса ДМС и получение медицинских услуг вне своего населённого пункта

проживания — оказались связаны с повышением вероятности использования частных медицинских организаций. В отличие от двух других переменных, отдалённость от медицинских услуг отражает более низкий уровень факторов возможности, поскольку людям приходится получать помощь в другом городе, другом регионе, другом федеральном округе или даже вне РФ. Однако, эта переменная может отражать более высокий уровень доходов, поскольку такие пациенты могут позволить себе транспортные издержки. Исследования, проведённые в других странах, показали аналогичные результаты для отдалённости пациента от места получения медицинских услуг [5; 6]. Для переменных дохода и наличия дополнительного медицинского страхования только в некоторых работах были найдены схожие с данным исследованием оценки [5; 9], а в других — противоположные эффекты [3; 7; 8].

Из группы факторов потребности оценки собственного здоровья ниже «хорошего» и наличие хотя бы одного хронического заболевания, то есть худшее состояние здоровья, были связаны с повышенной вероятностью обращений в частные медицинские организации. Такая же взаимосвязь была найдена в исследованиях для других стран [7; 9]. Противоположный эффект [5] получился для людей с инвалидностью, которые с повышенной вероятностью обращались в государственные медицинские организации.

Ограничением проведённого анализа является то, что были выбраны не самые актуальные доступные на момент исследования данные (за 2021 г.), а данные за 2019 год. Это решение было принято в связи с влиянием на выбор пациентов пандемии COVID-19, которая могла исказить их привычное поведение. В дальнейшем планируется проведение сравнительного анализа данных за 2019 и 2021 годы с целью определения эффекта пандемии на потребительский выбор в системе здравоохранения.

**Литература и Интернет-источники**

1. **Шейман, И.М.** Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / И.М. Шейман, С.В. Шишкин. — Москва : Высшая Школа Экономики, 2012. — 262 с.
2. **Sheiman, I.** Opportunities and limitations of patient choice: the case of the Russian Federation / I. Sheiman, S. Shishkin, H. Markelova // Health Policy and Planning. — 2014. — Vol. 29(1). — P. 106–114. DOI: 10.1093/heapol/czs139; EDN: SKKTYN
3. **Victoor, A.** Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review / A. Victoor, D. Delnoij, R. Friele, J. Rademakers // BMC Health Services Research. — 2012. — No. 272. — URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22913549/>. (дата обращения: 10.01.2023.). DOI: 10.1186/1472-6963-12-272
4. **Andersen, R.M.** Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? / R.M. Andersen // Journal of Health and Social Behavior. — 1995. — Vol. 36(1). — P. 1–10.
5. **Gil, M.R.** Factors affecting the choice of national and public hospitals among outpatient service users in South Korea / M.R. Gil, C.G. Choi // INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. — 2019. — Vol. 56. — P. 1–11. DOI: 10.1177/0046958019833256
6. **Zeng, Y.** Healthcare-seeking behavior among Chinese older adults: patterns and predictive factors / Y. Zeng, Y. Wan, Z. Yuan, Y. Fang // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2021. — Vol. 18(6). DOI: 10.3390/ijerph18062969
7. **Wang, Q.** Insurance coverage and socioeconomic differences in patient choice between private and public health care providers in China / Q. Wang, D. Zhang, Z. Hou // Social Science & Medicine. — 2016. — Vol. 170. — P. 124–132. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.10.016
8. **Dey, D.K.** Determinants of choice of healthcare services utilization: empirical evidence from India / D.K. Dey, V. Mishra // Indian Journal of Community Health. — 2014. — Vol. 26(4). — P. 356–363.
9. **Kundu, J.** The interregional disparity in the choice of health care utilization among elderly in India / J. Kundu, M.P. Bharadwaz, S. Kundu, D.W. Bansod // Clinical Epidemiology and Global Health. — 2022. — Vol. 15. DOI: 10.1016/j.cegh.2021.100929
10. **Nguyen, T.A.** Factors Influencing the Vietnamese Older Persons in Choosing Healthcare Facilities / T.A. Nguyen, L. T. Giang // Health Services Insights. — 2021. — Vol. 14. — P. 1–14. DOI: 10.1177/11786329211017426

**Сведения об авторах:**

*Давитадзе Арсен Паатович*, младший научный сотрудник, Междисциплинарный центр исследований общественного здоровья Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); аспирант Департамента прикладной экономики, НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия.

*Контактная информация:* e-mail: [davitadzeap@gmail.com](mailto:davitadzeap@gmail.com); ORCID: 0000-0002-5243-3671; РИНЦ AuthorID: 1089825.

*Александрова Екатерина Александровна*, к.э.н., директор, Междисциплинарный центр исследований общественного здоровья Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); доцент Департамента прикладной экономики НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия.

*Контактная информация:* e-mail: [eaaleksandrova@yahoo.com](mailto:eaaleksandrova@yahoo.com); ORCID: 0000-0001-6498-2865; РИНЦ AuthorID: 790794.

DOI: 10.19181/population.2023.26.2.12

## UTILIZATION OF PUBLIC AND PRIVATE HEALTHCARE FACILITIES: PATIENT CHOICE

Arsen P. Davitadze<sup>1,2\*</sup>, Ekaterina A. Aleksandrova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>First Moscow State Medical University (Sechenov University)  
(8 Trubetskaya str., Moscow, Russia, 119991)

<sup>2</sup>Higher School of Economics  
(20 Myasnitskaya str., Moscow, Russia, 101000)

\*Email: davitadzeap@gmail.com

### For citation:

Davitadze A.P., Aleksandrova E.A. Utilization of public and private healthcare facilities: patient choice. *Narodonasilenie* [Population]. 2023. Vol. 26. No. 2. P. 139-152. DOI: 10.19181/population.2023.26.2.12 (in Russ.)

**Abstract.** *Healthcare system in Russia lets patients choose where they want to get medical services: at public or private healthcare facilities. This choice may depend on several factors. According to Andersen's healthcare utilization model, these factors can be divided into three groups: predisposing, enabling and need factors. The purpose of this study is to identify factors determining patient choice between public and private healthcare providers in Russia. Statistical and regression analysis was carried out using 2019 Rosstat data. We found that men and people from older age groups were more likely to attend public facilities, while people with higher education, employed and living in larger cities were more likely to attend private clinics. Higher income, having supplemental health insurance, and receiving medical services outside one's city were associated with an increase in probability of using private healthcare providers. Analysis of need factors showed that worse health in individuals was associated with increased probability of choosing private medical organizations, whereas disability was associated with decreased probability of making the same choice.*

**Keywords:** *consumer choice, healthcare system, patient choice, Andersen model, public healthcare facilities, private healthcare facilities.*

### References and Internet sources

1. Sheiman I.M., Shishkin S.V. *Rasshireniye potrebitel'skogo vybora v zdravookhraneni: teoriya, praktika, perspektivy* [Expanding Consumer Choice in Healthcare: Theory, Practice, Prospects]. Moscow. Vysshaya Shkola Ekonomiki [Higher School of Economics]. 2012. 262 p. (in Russ.)
2. Sheiman I., Shishkin S., Markelova H. Opportunities and limitations of patient choice: the case of the Russian Federation. *Health Policy and Planning*. 2014. Vol. 29(1). P. 106–114. DOI: 10.1093/heapol/czs139
3. Victoor A., Delnoij D., Friele R., Rademakers J. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2012. No. 272. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22913549/>. (Accessed: 10 January 2023.). DOI: 10.1186/1472-6963-12-272
4. Andersen R.M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995. Vol. 36(1). P. 1–10.
5. Gil M.R., Choi C.G. Factors affecting the choice of national and public hospitals among outpatient service users in South Korea. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019. Vol. 56. P. 1–11. DOI: 10.1177/0046958019833256
6. Zeng Y., Wan Y., Yuan Z., Fang Y. Healthcare-seeking behavior among Chinese older adults: patterns and predictive factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18(6). DOI: 10.3390/ijerph18062969

7. Wang Q., Zhang D., Hou Z. Insurance coverage and socioeconomic differences in patient choice between private and public health care providers in China. *Social Science & Medicine*. 2016. Vol. 170. P. 124–132. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.10.016
8. Dey D.K., Mishra V. Determinants of choice of healthcare services utilization: empirical evidence from India. *Indian Journal of Community Health*. 2014. Vol. 26(4). P. 356–363.
9. Kundu J., Bharadwaz M.P., Kundu S., Bansod D.W. The interregional disparity in the choice of health care utilization among elderly in India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2022. Vol. 13. DOI: 10.1016/j.cegh.2021.100929
10. Nguyen T.A., Giang L.T. Factors influencing the Vietnamese older persons in choosing healthcare facilities. *Health Services Insights*. 2021. Vol. 14. P. 1–14. DOI: 10.1177/11786329211017426

**Information about the authors:**

*Davidadze Arsen Paatovich*, Junior Researcher, Centre for Public Health Studies, First Moscow State Medical University (Sechenov University); Postgraduate student, Higher School of Economics, Moscow, Russia.

*Contact information:* e-mail: davidadzeap@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5243-3671; Elibrary AuthorID: 1089825.

*Aleksandrova Ekaterina Aleksandrovna*, Candidate of Economics, Director, Centre for Public Health Studies, First Moscow State Medical University (Sechenov University); Assistant Professor, Higher School of Economics, Moscow, Russia.

*Contact information:* e-mail: eaaleksandrova@yahoo.com; ORCID: 0000-0001-6498-2865; Elibrary AuthorID: 790794.

Статья поступила в редакцию 31.01.2023, утверждена 03.05.2023, опубликована 30.06.2023.