

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2021-2-322-336

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ: МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

В.Н. Бузин, И.М. Сон

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение: проблема доступности и качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях в условиях пандемии, вызванной коронавирусом COVID-19, выходит на первый план в большинстве стран мира. Беспрецедентные нагрузки на системы здравоохранения могут приводить к сбоям в оказании медицинской помощи населению.

Материалы и методы: Авторы изучили влияние пандемии на оказание медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях на основе проведенного социологического исследования (1630 человек).

Результаты и обсуждение: В статье приводятся данные, которые свидетельствуют о том, что в условиях пандемии медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в стационарных условиях, избежала катастрофических провалов и её объемы сохранилась на прежнем уровне, несмотря на беспрецедентно высокую нагрузку на систему здравоохранения в ситуации пандемии, вызванной коронавирусом COVID-19. Основная часть населения сохранила возможность госпитализации в установленные нормативные сроки. Российская система здравоохранения сохранила достаточно высокую доступность медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, социологическое исследование, здравоохранение, эпидемия COVID.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN INPATIENT SETTINGS DURING THE PANDEMIC: PUBLIC OPINION

V. N. Buzin, I.M. Son

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Introduction: The problem of accessibility and quality of medical care in medical organizations that provide inpatient care in the context of the COVID-19 coronavirus pandemic is coming to the fore in most countries of the world. Unprecedented pressures on health systems can lead to disruptions in the delivery of health care to the population.

Materials and methods: The authors studied the impact of the pandemic on the provision of medical care by medical organizations providing inpatient care on the basis of a sociological study (1630 people).

Results and discussion: The article presents data that indicate that in the context of the pandemic, medical care provided by medical organizations in inpatient settings has avoided catastrophic failures and its volumes have remained at the same level, despite the unprecedented high burden on the health system in the situation of the pandemic caused by the COVID-19 coronavirus. The majority of the population retained the possibility of hospitalization within the established regulatory deadlines. The Russian healthcare system has maintained a fairly high availability of medical care provided in a hospital setting.

Keywords: accessibility of medical care, quality of medical care, sociological research, healthcare, COVID-19 epidemic.

Введение. Среди различных видов оказания медицинской помощи, медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, занимает особое место. Это связано с рядом обстоятельств, среди которых можно выделить главные. В медицинских организациях стационарного типа население получает высококвалифицированную специализированную помощь. Медицинская помощь, оказываемая населению в стационарных условиях необходима в основном при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения наиболее сложных методов обследования и лечения с использованием новейших медицинских технологий, порой, очень дорогостоящих, в ряде случаев — оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода. Стационарная медицинская помощь сегодня остается наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения. Все это и множество других факторов подчеркивают особую значимость стационарной помощи в системе здравоохранения как у нас в стране, так и за рубежом.

Ряд исследователей отмечают, что в отечественном здравоохранении накопилось немало требующих неотложного решения проблем. Основная из них — необеспеченность оптимальной доступности медицинской помощи из-за несовершенства сети медицинских организаций, как первичной медико-санитарной помощи (ПМСО), так и специализированной. Ухудшению доступности медицинской помощи, особенно для сельских жителей, способствовали проведенные в период с 2006 года в рамках реформ структурно-функциональные преобразования, направленные на сокращение числа круглосуточных коек, ликвидацию неэффективных медицинских организаций (участковых, районных больниц малой мощности, амбулаторий, поликлиник), сокращение фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов [1]. Отмечается также, что произошедшие процессы реструктуризации сети медицинских организаций и их реорганизации снижают доступность квалифицированной медицинской и профилактической помощи в том числе и сельским жителям, что в

современных условиях актуализирует проблему необходимости коррекции сложившейся системы медицинского обслуживания сельского населения, возвращения главенствующей роли центральных районных больниц в обеспечении сельских жителей всеми видами медицинской помощи [1; 3]. Продолжает оставаться острой и проблема кадрового дефицита и дисбаланса медицинских кадров. Несмотря на повышенное внимание к кадровой проблеме в последние годы, обеспеченность населения Российской Федерации (РФ) врачебными кадрами в последние годы незначительно изменяется в лучшую сторону [1; 2].

Таким образом продолжает оставаться значимой состояние и работоспособность государственной системы охраны здоровья и, в частности, восприятие системы здравоохранения как базиса доступности и качества оказания медицинской помощи глазами населения, которое отражает общую тенденцию в социальной и экономической политике правительства [4], влияет на отношение к медицинским работникам в целом и на процесс лечения [5], поэтому анализ динамики процесса восприятия здравоохранения населением несет важную информацию как для прогнозирования и корректировки уровня социальной стабильности в стране [6], так и для совершенствования организации здравоохранения России [7]. По мнению ряда ведущих специалистов, состояние здоровья населения в гораздо большей степени зависит от деятельности системы здравоохранения, чем это представляется (только на 15%). В основном считается, что состояние здоровья зависит от образа жизни, генетических факторов и состояния внешней среды [8], однако это может быть справедливо только для стран, обеспечивших «максимально возможные доступность и качество медицинской помощи населению» [8:13]. Поэтому оценка населением деятельности системы здравоохранения дает реальное понимание результативности предпринимаемых усилий по ее совершенствованию. По мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), процессы принятия решений для оптимизации эффективности работы систем здравоохранения крайне важны и исследования ее эффективности для населения дают возможность оценить систему здравоохранения как единое целое при помощи ограниченного числа показателей, помогающих увязать итоговые результаты работы систем с их функциями или проводимыми в их рамках стратегиями [9—17]. Параметры оценки зависят от конкретных условий отдельных стран [14]. Отражается общественное мнение по отношению к здравоохранению и в регулярно появляющейся негативной информации в СМИ, что свидетельствует о том, что накапливавшиеся долгими десятилетиями проблемы не удастся разрешить до конца, а социально-экономическая динамика приносит все новые и новые задачи, требующие

мгновенного реагирования не только со стороны органов здравоохранения, увеличивая социальную турбулентность.

Цель исследования. Изучить мнение населения о доступности и качестве медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации в возрасте 18 лет и старше в периоды до – и во время эпидемии COVID-19 в стационарных условиях, определить основные тренды в отношении населения к оказанию этой помощи и формирующие это отношение причины.

Методы и объект исследования. На основе оригинальной валидизированной анкеты проводился массовый опрос населения – личные полуструктурированные интервью по месту жительства (квартирный опрос) по разработанной анкете. Объем выборки составил – 1630 чел. Допустимый уровень точности составил (в процентах с доверительным интервалом в 95%, $p=0,5$) $\pm 3\%$. Базой для расчета выборки явились данные Росстата о поло-возрастной численности населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2019 г. [15].

Схема организации выборочной совокупности представляет многоступенчатую стратифицированную территориальную выборку респондентов. Выборка респондентов репрезентирует взрослое население Российской Федерации (18 лет и старше) и стратифицирована по полу, возрасту и типу населенного пункта.

Определение качества медицинского обслуживания и доступа к медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, проводилось на конкретных примерах: респондентов просили дать оценку по результатам последних посещений врача / медицинской организации.

Таким образом, данная методология исследования позволяла обеспечить высокий уровень качества ответов и личную заинтересованность респондентов в исследовании, а также минимизировать влияние внешних факторов (таких как общественное мнение, публикации в СМИ и др.) на ответы респондентов.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования в целом ситуацию в стационарном звене российского здравоохранения в целом можно считать достаточно стабильной и вполне удовлетворительной.

Так, уровень удовлетворенности медицинской помощью в медицинских организациях государственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оказался выше, чем в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, – почти половина пациентов оценили ее очень высоко, в

8–10 баллов (49%). Средний уровень удовлетворенности характерен для 44% опрошенных пациентов, и только 7% пациентов оценили качество оказанной помощи в свой последний визит в 1–3 балла.

Средний балл удовлетворенности – распределение ответов на вопрос «Оцените, насколько Вы в целом довольны лечением в больнице по шкале от 1 (совсем недоволен) до 10 (полностью доволен)» составил 7,0 из 10 максимально возможных.

Одним из факторов оценки качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, является транспортная доступность этих медицинских организаций в целом (табл.1) и в зависимости от места жительства (табл.2).

Таблица 1

Транспортная доступность медицинских организаций стационарного типа государственной формы собственности, в % от получивших лечение

<i>Транспортная доступность</i>	<i>Доля, %</i>
Пешая доступность	29,8
До 1 часа транспортом	54,1
До 3 часов транспортом	9,9
Более 3 часов транспортом	6,1
Нет ответа	0,1

В большинстве случаев респонденты добирались до медицинских организаций стационарного типа транспортом, и дорога занимала не более часа – 54,1%. В целом для 29,8% пациентов стационары находятся в пешей доступности. 16,0% опрошенных тратили на дорогу до стационара не менее 3 часов, в том числе 6,1% – более 3 часов.

Таблица 2

Транспортная доступность медицинских организаций стационарного типа государственной формы собственности в зависимости от места жительства пациентов, в % от получивших лечение

<i>Транспортная доступность</i>	<i>Москва</i>	<i>Города-миллионники</i>	<i>Средние города</i>	<i>Малые города</i>	<i>Села</i>
Пешая доступность	11,1	28,7	41,2	36,0	25,4
До 1 часа транспортом	79,9	57,3	50,6	38,2	54,5
До 3 часов транспортом	4,3	13,9	3,3	16,2	12,1
Более 3 часов транспортом	4,8	-	5,0	9,5	7,9

В Москве уровень пешей доступности медицинских организаций стационарного типа крайне низок – только 11,1%. При этом подавляющее большинство пациентов в Москве, добираясь до больницы транспортом, уложились в 1 час – 79,9%. В крупных городах и на селе уровень пешей доступности находится на среднем уровне (28,7%), а в средних городах он выше в 1,5 раза (41,2%).

Поездка в стационар на транспорте в пределах 1 часа требуется более чем половине опрошенных жителей крупных, средних городов и сел (57,3%, 50,6%, 54,5% соответственно). Жителям малых городов чаще приходится совершать длительные поездки, чтобы добраться до больницы – 9,5% опрошенных затрачивают 3 часа и более. Значительную территориальную удаленность отметил каждый пятый сельский житель (20,0%).

Как показало исследование, большинство респондентов ожидали плановой госпитализации не более 7 дней – 67,6%, еще 10,8 % пациентов получили стационарную помощь в срок от 7 до 14 дней. Суммарно 78,4% пациентов были госпитализированы в течение двух недель (табл. 3).

Таблица 3

Сроки плановой госпитализации в медицинские организации стационарного типа государственной формы собственности, в % от тех, кто получал в них лечение

<i>Сроки ожидания плановой госпитализации</i>	<i>Доля, %</i>
Не более 7 дней	67,6
От 7 дней до 14 дней	10,8
От 14 дней до 21 дня	1,4
От 21 дня до 30 дней	4,1
Более 30 дней	9,5
Другое	4,2
Затрудняюсь ответить	2,4

Сроки оказания специализированной медицинской помощи строго регламентированы согласно Постановлению Правительства РФ № 1610, сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, не должны превышать 14 рабочих дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

Таким образом, специализированная медицинская помощь была оказана с нарушением сроков для 14,9% пациентов, из них 9,5% опрошенных ожидали плановую госпитализацию более 30 дней.

В сравнении с 2015 годом ситуация со сроками плановой госпитализации практически не изменилась. В 2015 году 72,5% пациентов были госпитализированы в недельный срок, ждали госпитализацию от 7 до 14 дней 10,3%. Суммарно 82,8% пациентов были госпитализированы в течение двух недель.

Минимальные сроки ожидания плановой госпитализации характерны, в первую очередь, для городов-миллионников и сельской местности (82,1% и 73,6%). В столице только 52,2% ждали менее недели, но и доля тех, кто ждал в течение 2 недель, значимо выше, чем в других населенных пунктах, –20,4% при среднем значении 10,8% (табл.4).

Таблица 4

Сроки плановой госпитализации в медицинские организации стационарного типа государственной формы собственности в зависимости от места проживания пациентов, в % от тех, кто получал в них лечение

<i>Сроки ожидания плановой госпитализации</i>	<i>Москва</i>	<i>Города-миллионники</i>	<i>Средние города</i>	<i>Малые города</i>	<i>Села</i>
Не более 7 дней	52,2	82,1	70,2	65,5	73,5
От 7 дней до 14 дней	20,4	-	13,0	4,9	14,1
От 14 дней до 21 дня	1,1	-	-	3,5	3,0
От 21 дня до 30 дней	1,2	10,0	2,8	11,6	3,3
Более 30 дней	22,6	7,9	14,0	9,2	4,8
Другое	2,5	-	-	5,3	1,3
Затрудняюсь ответить	2,3	-	-	3,4	-

Максимальное число нарушений сроков оказания плановой специализированной помощи исследование зафиксировало в столице – 22,6% госпитализаций произошло с нарушением (при этом срок этих госпитализаций для пациентов составил более 30 дней), а также в средних городах – 14,0%.

В процессе опроса респондентам задавался вопрос: «Скажите, пожалуйста, в стационаре было все необходимое оборудование для диагностики или какие-то обследования проводились вне данной медицинской организации?». Ответы показали достаточно высокий уровень оснащенности российских медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях диагностическим оборудованием (табл. 5): 80,0%

опрошенных отметили, что было все необходимое, тем не менее 17,1% пациентов не смогли провести обследования в той больнице, в которую они были госпитализированы.

Таблица 5

Уровень оснащённости оборудованием медицинских организаций стационарного типа государственной формы собственности в зависимости от места проживания пациентов, в %
от тех, кто получал там лечение

	<i>Москва</i>	<i>Города-миллионники</i>	<i>Средние города</i>	<i>Малые города</i>	<i>Села</i>
Было все необходимое оборудование	72,7	94,6	79,0	88,0	74,9
Некоторое необходимое оборудование отсутствовало, диагностику проводили вне этой медицинской организации	16,6	2,7	19,5	6,4	23,1
Другое	-	-	-	2,9	1,0
Затрудняюсь ответить	10,7	2,7	1,4	2,8	1,0

Лучше всего респонденты оценили стационары в городах-миллионниках и малых городах – абсолютному большинству пациентов обследования проводились в полном объеме (94,6% и 88,0% соответственно) по месту госпитализации.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в остальных населенных пунктах практически каждый пятый респондент проходил обследование в иной медицинской организации из-за отсутствия необходимого.

Респонденты, участвовавшие в исследовании, оценивали и финансовую нагрузку, которая падала на них при обращении в медицинские организации государственной формы собственности, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (рис. 1).

Как видно из представленных данных, подавляющее большинство пациентов медицинских организаций стационарного типа получали бесплатные медицинские услуги в рамках программы обязательного медицинского страхования (полис ОМС) – 71,0%. Еще 1,0% участников исследования имели полис ДМС.

Вместе с тем 17,2% пациентов пришлось дополнительно оплачивать медицинские услуги при получении медицинской помощи в рамках программы ОМС.

Исследование также показало, что среди этих 17,2% пациентов в 62,2% случаев дополнительно оплачивали лекарственные средства при лечении, в два раза реже происходила оплата расходных материалов (31,4%) и диагностических исследований (30,5%).

Необходимость оплаты консультаций возникла у респондентов в 19% случаев. Платные операции проводились 15,1% пациентов.

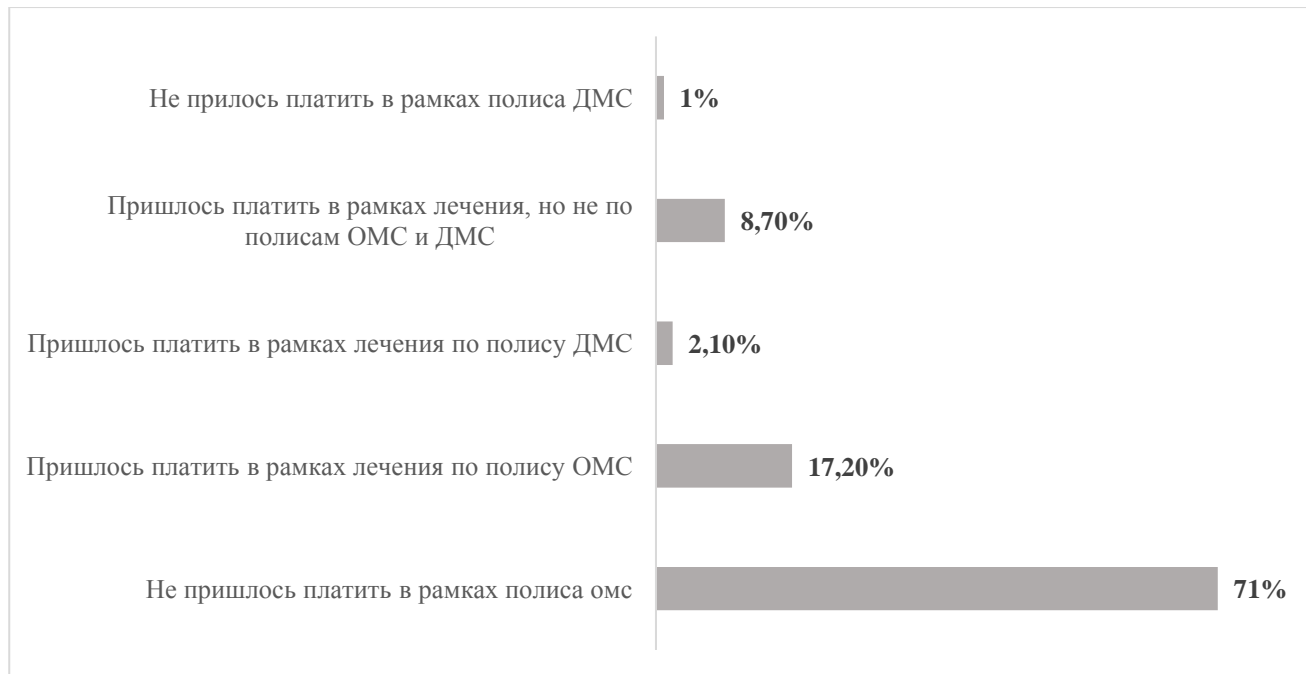


Рисунок 1. Способы оплаты, используемые пациентами медицинских организаций государственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в % от тех, кто получал в них лечение

Для оценки работы медицинских организаций стационарного типа респондентам были предложены 8 критериев. Оценка проводилась по пятибалльной шкале (табл. 6).

Удобство расположения стационара с точки зрения близости его к дому получило 26,0% хороших оценок и 29,0% удовлетворительных. Доброжелательное и вежливое отношение медиков к пациентам оценили на «хорошо» и «отлично» 73,0%. Доброжелательное и вежливое отношение медиков к пациентам оценили на «хорошо» и «отлично» 73,0%.

Высокий уровень профессиональной квалификации основного лечащего врача подтверждают 66% опрошенных. При этом 5% уклонились от ответа.

Информирование пациентов о ходе лечения проводится на «хорошо» и «отлично» по мнению 24% и 34% соответственно. При этом 10% опрошенных поставили низкие оценки.

Хороший и отличный уход обеспечивается по мнению 59,0% пациентов. 10,0% опрошенных остались недовольны, а 5,0% – уклонились от ответа на вопрос.

Организацию питания в больницах не стали оценивать 13,0% опрошенных пациентов, а 31,0% пациентов оценили организацию питания на среднем уровне.

Таблица 6

Оценка различных характеристик пациентами медицинских организаций стационарного типа государственной формы собственности, в % от тех, кто получал лечение

<i>Критерий оценки</i>	<i>Очень плохо (1)</i>	<i>Скорее плохо (2)</i>	<i>Средне (3)</i>	<i>Скорее хорошо (4)</i>	<i>Отлично (5)</i>	<i>Не могу оценить</i>
1. Удобное место расположения (рядом с домом)	10,0	10,0	29,0	26,0	24,0	1,0
2. Доброжелательное и вежливое отношение медиков к пациентам	2,0	3,0	21,0	37,0	36,0	1,0
3. Высокий уровень профессиональной квалификации основного лечащего врача	2,0	5,0	22,0	28,0	38,0	5,0
4. Высокий уровень информирования пациента о ходе и методах лечения	4,0	7,0	29,0	24,0	34,0	2,0
5. Хороший уход за пациентами со стороны медицинских работников	3,0	6,0	27,0	31,0	28,0	5,0
6. Хорошая организация питания во время пребывания в стационаре	4,0	4,0	31,0	25,0	23,0	13,0
7. Комфортные условия пребывания в медицинской организации	4,0	6,0	27,0	31,0	27,0	5,0
8. Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами	10,0	10,0	29,0	26,0	24,0	1,0

Обеспечение комфортных условий для пациентов практически каждый третий опрошенный оценил на «хорошо» и «отлично» (31,0% и 27,0%).

Лекарственное обеспечение половина опрошенных оценила на «хорошо» и «удовлетворительно» (26,0% и 29,0% соответственно), но 20,0% остались недовольны и выставили низкие баллы.

Выводы. В условиях пандемии государственная система медицинской помощи, оказываемая медицинскими организациями в стационарных условиях, также, как и медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, избежала катастрофических провалов и сохранилась на прежнем уровне, несмотря на беспрецедентно высокую нагрузку на систему здравоохранения в ситуации пандемии, вызванной коронавирусом COVID-19.

Бесплатные медицинские услуги в рамках программы ОМС получало подавляющее большинство пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях – 71,0%.

Общая деятельность этих медицинских организаций оценивалась респондентами достаточно высоко. Наивысшие оценки (в сумме «отлично» и «хорошо» по 5-балльной шкале) получили такие факторы, как доброжелательное и вежливое отношение к пациентам (70,3% пациентов стационаров), высокий уровень профессиональной квалификации лечащего врача (66,0%) и хороший или отличный уход (59,0%). Наибольшая неудовлетворенность выявлена по направлению лекарственного обеспечения – 29% опрошенных оценили лекарственное обеспечение «удовлетворительно», а 20,0% выставили еще более низкие баллы (1-2). Регламентированные сроки госпитализации (не более 14 дней со дня выдачи направления) соблюдались в 78,4% случаев: не более 7 дней ожидали плановой госпитализации 67,6% респондентов, а 10,8% получили стационарную помощь в срок от 7 до 14 дней.

Таким образом, несмотря на пандемию COVID-19, подавляющее большинство населения получало медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями в стационарных условиях своевременно.

Список литературы

1. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Меньшикова Л.И. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(1). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang.ru/>. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1.
2. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения. 2018; 64(6). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang.ru/>. DOI:10.21045/2071-5021-2018-64-6-1.
3. Руголь Л.В., Люцко В.В., Кураева В.М. Роль ЦРБ в организации оказания медицинской помощи сельскому населению в условиях стационара. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020;4. <https://healthproblem.ru/magazines?textEn=553/>. doi 10.24411/2312-2935-2020-00122
4. Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса. Профилактическая медицина. 2018; 4:20-24. doi.: 10.17116/profmed201821420
5. Кравченко С.А. Новации в социологическом знании. Социологические исследования. 2018; 2:18-24. doi:10.7868/S0132162518020034
6. Шейман И.М., Шевский В.И., Сажина С.В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое

издание]. 2019;65(1). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/> . doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3

7. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: проблемы и решения. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015;1:12-27. <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-rossii-problemy-i-resheniya/viewer>

8. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. М.: Минздрав России; 2015. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya>

9. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-члены при проведении измерений? (Сводный доклад №55 Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/386048/hen-55-rus.pdf

10. Бузин В.Н. Дегуманизация медиапространства: проблемы и решения. М: Когито-Центр, 2021.

11. Шикина И.Б., Сорокина Н.В., Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И. Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Проблемы управления здравоохранением, 2006;5(30):22-26.

12. WHO. Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or subnational level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1

13. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-730.

14. Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. Paris: OECD Publishing; 2013. https://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/strengthening-health-informationinfrastructure-for-health-care-quality-governance_9789264193505-en%23.

Wl43hKhI9Aq

15. Федеральная служба государственной статистики. <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13282>.

16. Бузин В.Н., Салагай О.О., Сон И.М. Эффективность системы российского здравоохранения в период эпидемии COVID-19: мнение населения. Профилактическая медицина. 2021;24(2):7–13. <https://doi.org/10.17116/profmed2021240217>

17. Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю., Задоркина Т.Г., Михайлов И.А., Элизов И.А. Самооценка здоровья и удовлетворенность медицинской помощью сельским населением возраста 60+ Калининградской области. Менеджер здравоохранения. 2020;10:37-43 DOI:10.37690/1811-0185-2020-10-37-43

References

1. Rugol L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Menshikova L.I. Problemy organizacii stacionarnoi medicinskoj pomoshi I podhody k eyo organizacii [Problems related to inpatient care organization and approaches towards its modernization]. Social'nye aspekty zdorov'a naselenia [Social aspects of population health]. 2020; 66(1):1. (In Russian). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/>. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1.

2. Rugol L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Pogonin A.V. Nekotore itogi reformirovania zdavoohranenia [Some results of healthcare reforming]. Social'nye aspekty zdorov'a naselenia [Social aspects of population health]. 2018; 64(6). (In Russian). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/>. doi: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-1>

3. Rugol L.V., Liutsko V.V., Kuraeva V.M., Rol CRB v organizacii medicinskoj pomoshi selskomu naseleniu v usloviyah stacionara [Role of CRH in organization of providing health care in a hospital to rural population]/ Sovremennye problemy zdavoohranenia I medicinskoj statistiki [Current problems of health care and medical statistics]. 2020;4. (In Russian). <https://healthproblem.ru/magazines?textEn=553/>. doi 10.24411/2312-2935-2020-00122/

4. Buzina TS, Buzin VN. Socia'lnno-psihologicheskie aspekty lechebnogo processa. Profilakticheskaya medicina [Socio- psychological aspects of the treatment process]. Profilakticheskaya medicina [Preventiv medicine]. 2018;4:20-24. (In Russian.). doi: 10.17116/profmed201821420

5. Kravchenko SA. Innoivacii v sociologiceskom znanii [Innovations in sociological knowledge] Sociologicheskie issledovaniya [Sociological Research]. 2018;2:18-24. (In Russian). doi: 10.7868/S0132162518020034

6. Shejman IM, Shevskij VI, Sazhina SV. Prioritet pervichni medico-socialnoi pomoshi – deklaracia ili realnost' [Primary health care priority — declaration or reality]. Social'nye aspekty

zdorov'ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2019;65(1). (In Russian).
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/>. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3

7. Starodubov VI, Ulumbekova GE. Rossiiskoe zdavoohranenie: problem i resheniya [Russian healthcare: problems and solutions]. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie [ORGZDRAV: news, opinions, learning]. 2015;1:12-27. (In Russian).
<https://cyberleninka.ru/article/n/zdavoohranenie-rossii-problemy-i-resheniya/viewer>

8. Obobshchennye rezul'taty sociologicheskikh issledovaniy otnosheniya naseleniya k sisteme zdavoohraneniya [Generalized results of sociological research of the population's attitude to the healthcare system]. Minzdrav Rossii [Ministry of public health of Russian Federation]. (In Russian).
<https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobshchennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdavoohraneniya>

9. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? WHO Health Evidence Network synthesis report 55,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/386048/hen-55-rus.pdf

10. Buzin V.N. Degumanizacia mediaprostranstva: problemy i reshenia [Dehumanization of the media space: problems and solutions]. M: Cogito-centr, 2021. (In Russian).

11. Shikina I.B., Sorokina N.V., Vardosanidze S.L., Likhota A.I. Udovletvorennost pacientov kak kriterii ocenki kachestva medicinskoj pomoshi v mnogoprofilnom stacionare [Patient satisfaction as a criterion for assessing healthcare quality]. Problemy upravleniya zdavookhraneniem [Problems of health care management]. 2006;30(5):22-26. (In Russian).

12. WHO. Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or subnational level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1

13. Murray CJL, Frenk J.A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-730.

14. Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. Paris: OECD Publishing; 2013. https://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/strengthening-health-informationinfrastructure-for-health-care-quality-governance_9789264193505-en%23.WI43hKhI9Aq

15. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Federal state statistics service] (In Russian). <https://gks.ru/compendium/document/13282/>

16. Buzin VN, Salagay OO, Son IM. Effektivnost Rossiskoi sistemy zdravooхранения v period epidemii KOVID19: mnenie naselenia [The effectiveness of the Russian healthcare system during the COVID-19 epidemic: public opinion]. Profilakticheskaya medicina [Preventive Medicine]. 2021;24(2):7–13. (In Russian). doi.org/10.17116/profmed2021240217

17. Shikina I.B., Chukhrienko I.Yu., Zadorkina T.G., Mikhailov I.A., Elizov I.A. Samoocenka zdorov'ya i udovletvorennost' medicinskoj pomoshch'yu sel'skim naseleniem vozrasta 60+ Kaliningradskoj oblasti [Self-esteem of health and satisfaction with medical care by the rural population 60 + of the Kaliningrad region]. Menedzher zdravooхранeniya [Health manager]. 2020;10:37-43 DOI:10.37690/1811-0185-2020-10-37-43

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Бuzин Валерий Николаевич – доктор социологических наук; главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11; e-mail: buzinvn@mednet.ru, ORCID: 0000-0001-6833-7214; SPIN: 3554-2897

Сон Ирина Михайловна – доктор медицинских наук; заместитель директора ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11; e-mail: son@mednet.ru, ORCID: 0000-0001-9309-2853; SPIN: 8288-6706

About the authors

Buzin Valery Nikolaevich - the doctor of sciences of Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health; e-mail: buzinvn@mednet.ru. ORCID: 0000-0001-6833-7214; SPIN: 3554-2897

Son Irina Mikhailovna - the doctor of sciences of Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health; e-mail: son@mednet.ru. ORCID: 0000-0001-9309-2853; SPIN: 8288-6706

Статья получена: 09.03.2021 г.
Принята к публикации: 28.06.2021 г.