

DOI: [10.14515/monitoring.2022.3.2218](https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.3.2218)



**О. В. Забелина**

### **КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ: ИТОГИ НЕЗАВИСИМОГО ОНЛАЙН-ОПРОСА. ЧАСТЬ II**

**Правильная ссылка на статью:**

Забелина О. В. Качество медицинской помощи глазами пациентов: итоги независимого онлайн-опроса. Часть II // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. № 3. С. 352—372. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.3.2218>.

**For citation:**

Zabelina O. V. (2022) The Health Care Quality through the Patient's Eyes: An Independent Online Survey's Results. Part II. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 3. P. 352–372. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.3.2218>. (In Russ.)

## КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ: ИТОГИ НЕЗА- ВИСИМОГО ОНЛАЙН-ОПРОСА. ЧАСТЬ II

## THE HEALTH CARE QUALITY THROUGH THE PATIENT'S EYES: AN INDEPENDENT ONLINE SURVEY'S RESULTS. PART II

**ЗАБЕЛИНА Оксана Викторовна** — кан-  
дидат экономических наук, основатель  
и администратор пациентской группы  
«В движении», Независимый исследо-  
ватель, Ростов-на-Дону, Россия  
E-MAIL: [ksenz2001@mail.ru](mailto:ksenz2001@mail.ru)  
<https://orcid.org/0000-0003-1982-9583>

**Oxana V. ZABELINA**<sup>1</sup> — *Cand. Sci. (Econ.),  
Founder and Administrator of the "In Mo-  
tion" patient support group*  
E-MAIL: [ksenz2001@mail.ru](mailto:ksenz2001@mail.ru)  
<https://orcid.org/0000-0003-1982-9583>

<sup>1</sup> Independent Researcher, Rostov-on-Don, Russia

**Аннотация.** Участие пациентов в оцен-  
ке качества медицинской помощи  
стало важной вехой в развитии высо-  
коэффективных систем здравоохра-  
нения. После рассмотрения в первой  
части исследования теоретических  
аспектов эволюции как самого поня-  
тия качества медицинской помощи  
(Забелина О. Качество медицинской  
помощи глазами пациентов: итоги  
независимого онлайн-опроса. Часть I  
// Мониторинг общественного мнени-  
я: экономические и социальные перемены.  
2022. № 2. С. 342—358.  
[https://doi.org/10.14515/monitoring.  
2022.2.2035](https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.2.2035)), так и роли пациентов  
в этом процессе, в настоящей статье  
автор уделяет внимание непосред-  
ственно опросу пациентов и анализу  
полученных результатов. Кроме того,  
поскольку методология составления  
partisипативного опроса, как и про-  
цесс проведения опросов в сфере  
здравоохранения вообще, имеют  
определенную специфику, автор счел  
необходимым детально осветить эти  
вопросы в данной части работы.

Анализ результатов онлайн-опроса  
позволил выявить наиболее важные  
для пациентов критерии качества  
медицинской помощи, обозначить  
уровень их оценки в современной си-

**Abstract.** The patients' participation in  
the health care quality evaluation has  
become an important milestone for the  
high-performing health care systems'  
development. The theoretical aspects  
of the health care quality concept evolu-  
tion and the patients' role in this process  
were considered in the first part of this  
study (Zabelina O.V. (2022) The Health  
Care Quality through the Patient's Eyes:  
An Independent Online Survey Results.  
Part I. Monitoring of Public Opinion:  
Economic and Social Changes. No. 2.  
P. 342–358. [https://doi.org/10.14515/  
monitoring.2022.2.2035](https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.2.2035)). In this article,  
the author analyses the results of the  
patient survey. In addition, since the  
methodological approaches to the par-  
ticipatory surveys and surveys related to  
the health care sector in general have  
certain specifics, the author covers these  
issues in detail in this part of the study.

The analysis of the online-survey results  
allowed to identify the most important  
criteria for the quality of medical care  
from the patients' perspective and to  
get their current estimates. Additionally,  
the author evaluated level of the patients'  
participation in this process. In several  
cases, the issues covered in the survey  
were similar to those included in the  
polls held by the relevant government

стеме здравоохранения РФ и степень участия пациентов в этом процессе. Следует отметить, что в ряде случаев проблематика вопросов совпадала с темами мониторингов соответствующих государственных ведомств. Сравнение результатов независимого опроса и официальных мониторингов подтверждает объективность предоставляемой пациентами информации и подчеркивает необходимость их включения в процесс оценки качества медицинской помощи. Помимо результатов, напрямую относящихся к оценке качества, были получены данные, объясняющие распространенность негативного отношения к социологическим опросам пациентов, а также отказов от подачи жалоб на качество медицинской помощи. Проведенная работа стала не только способом независимой оценки качества медицинской помощи, но и апробацией возможности вовлечения пациентов в процесс улучшения здравоохранения и демонстрацией подхода пациентоцентрированности в действии.

**Ключевые слова:** пациентская группа, качество медицинской помощи, ОМС, лекарственное обеспечение, доступность медицинской помощи, опрос пациентов

agencies. Comparison of the results of an independent survey and an official monitoring confirms the objectivity of the information provided by patients and emphasizes the need for the patients' involvement in the process of the health care quality evaluation. Some of the data obtained in the survey explain the widespread negative attitude towards similar patient polls, as well as the refusal of the patients to file complaints about the health care quality. The study provided an independent evaluation of the health care quality, tested the capacity of the patients' involvement in the health care improvement, and demonstrated a patient-centered approach in practice.

**Keywords:** patient support group, health care quality, mandatory health insurance, drug supply, health care access, patient survey

## Методология опроса

Идея независимой оценки качества медицинской помощи пациентами-хрониками возникла после многочисленных повторяющихся обсуждений одних и тех же проблем в рамках онлайн-сообщества «В движении» для пациентов с двигательными расстройствами<sup>1</sup>. Поскольку состав участников сообщества,

<sup>1</sup> Пациентская группа «В движении» (<https://vk.com/club19098883>) основана в 2010 г. в социальной сети «ВКонтакте» как онлайн-сообщество людей, живущих с двигательными (экстрапирамидными) расстройствами или поддерживающих своих близких с этой проблемой. Общение в группе имеет цели обмена информацией, взаимной поддержки и поиска решений для общих проблем. У группы нет юридически зарегистрированного организационного статуса, она не аффилирована с какими-либо организациями, никем не финансируется и является добровольной некоммерческой инициативой пациентов.

как и формат его деятельности, типичен для групп онлайн-поддержки по ряду критериев (участники — граждане РФ, страдающие от хронического заболевания, нуждающиеся в постоянном лечении и т. д.), многие обсуждаемые в группе проблемы актуальны для групп поддержки по другим нозологиям. Кроме того, схожесть проблематики и пациентский характер инициативы позволил нам получить помощь в распространении опроса и привлечь к участию пациентов из других групп поддержки.

Из года в год обсуждаемые в сообществе вопросы не меняются: нет специалистов, сложно получить лекарства и лечение, трудно добраться до медицинского учреждения и многие другие. Со временем наиболее частые вопросы кластеризовались в темы, которые характеризуют проблемные области всей системы здравоохранения, а не единичную проблему пациента с конкретным заболеванием. На основе анализа упоминаемости того или иного вопроса и активности его обсуждения на форуме группы (количество сообщений) была составлена структура опроса, в которую в итоге вошло пять укрупненных тем:

- 1) сроки и условия получения помощи;
- 2) проблемы лекарственного обеспечения;
- 3) возможность выбора врача и медучреждения;
- 4) взаимодействие с врачом;
- 5) возможность и результативность контроля качества посредством обращений.

Кроме того, при составлении опросника мы использовали опыт стран, которые уже в значительной мере опираются на пациентский подход при оценке качества медицинской помощи. В этом отношении нас заинтересовал проект «Индикатор качества здравоохранения» (Health Care Quality Indicator HCQI), реализуемый с 2001 г. ОЭСР совместно с Фондом Содружества [Kelley, Hurst, 2006; The Commonwealth Fund, 2011]. В рамках данного проекта, осуществляемого экспертами из 23 наиболее развитых стран мира, обобщается успешный опыт в сфере измерения качества в здравоохранении и интегрируется в единый опрос для пациентов. Стоит отметить, что по итогам сравнения Комиссией по глобальному здоровью журнала *The Lancet* это не только самый полный из глобальных перечней показателей по здравоохранению, но и наиболее ориентированный именно на оценку качества и результативности: из 183 индикаторов 160 оценивают качество, из них 42 — результаты лечения. Указанная система оценки в наибольшей степени полагается на данные, полученные на основе оценки опыта пациентов [Kruk et al., 2018].

Опираясь на материалы проекта ОЭСР, мы использовали такие формулировки вопросов, которые позволяют максимально передать опыт пациентов и минимизировать возможный оценочный субъективизм. Например, одна из часто встречающихся тем в пациентских группах — недостаточная компетентность врачей. С точки зрения доминирующего в нашей стране понимания способности пациента к оценке медицинских аспектов работы системы здравоохранения пациент не способен оценить компетенции врача, потому что не обладает медицинским образованием. Из-за этого, например, в анкете НО («независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями») пациентам предлагается оценить лишь базовую коммуникативную компетенцию «вежливость». Можно быть очень вежливым

и не сделать для пациента ничего, но в оценочной анкете пациент отметит высокую удовлетворенность отношением врача, потому что других критериев оценки ему просто не предоставляется. Тем не менее пациент способен описать свой опыт во время приема у врача значительно подробнее, и эта информация позволит специалистам получить более информативные результаты, чем удовлетворенность от вежливости. Так, не спрашивая напрямую о квалификации врача, мы просили людей ответить на такие, казалось бы, нерелевантные вопросы, как: поясняет ли врач результаты анализов, предоставляет ли возможность задавать вопросы, проводит ли ревизию лекарственных препаратов, информирует ли о доступных вариантах лечения и т. д. И, как упоминалось в первой части исследования<sup>2</sup>, надежность метрик, полученных из подобного пациентского опыта, не уступает тем, которые принято считать в медицинском сообществе объективными.

Анкета состояла из 61 вопроса: 48 были обязательными, а необходимость ответа на 13 уточняющих вопросов была обусловлена наличием того или иного опыта. В 25 вопросах было предусмотрено поле «Другое», где респондент мог дать свою версию ответа в текстовой форме, что в ряде случаев позволило получить дополнительную информацию по теме. Кроме того, в конце опроса всем респондентам предлагалось оставить комментарии в текстовом поле. Опрос проводился в анонимной форме, персональные данные не собирались, о чем респонденты информировались заранее в момент приглашения к опросу. Гарантия анонимности имела принципиальное значение, поскольку многие пациенты не хотят афишировать сам факт наличия у них какого-либо заболевания, а также имеют опасения в части последствий для себя со стороны медицинского сообщества и чиновников.

Опрос проводился с февраля по апрель 2021 г. в форме онлайн-анкетирования среди пациентов-хроников, регулярно получающих медицинскую помощь по программе ОМС. Специальной селекции диагнозов или степеней тяжести состояний участников не производилось, тем не менее главным критерием приглашения к участию в опросе было членство в онлайн-группах поддержки людей с хроническими заболеваниями. Под хроническими заболеваниями понимались состояния, длящиеся более трех месяцев, поддающиеся контролю, но не полному излечению, представленные в МКБ-10. На основе классов МКБ-10 был составлен перечень заболеваний, по которому был произведен поиск групп поддержки в социальных сетях «ВКонтакте» и Facebook<sup>3</sup>. Пациентские группы для участия отбирались по трем основным критериям: наличию активной модерации, некоммерческому характеру деятельности и отсутствию аффилиации с медицинскими учреждениями и органами власти. Суммарно было охвачено 177 групп с общим количеством участников 824 000 человек.

В опросе принял участие 741 человек с хроническими заболеваниями из 76 регионов РФ, описанными более чем 80 диагнозами. Основная демографическая информация об участниках представлена на рисунке 1. Хотя выборка не кво-тировалась по каким-либо признакам, характеристики участников в основном

<sup>2</sup> См. Забелина О. В. Качество медицинской помощи глазами пациентов: итоги независимого онлайн-опроса. Часть I // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. № 2. С. 342—358. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.2.203>.

<sup>3</sup> Деятельность социальной сети запрещена на территории РФ.

совпадают с данными Росстата о населении РФ<sup>4</sup>. Тем не менее наблюдается ряд отличий, которые в определенной мере снижают репрезентативность. Во-первых, при общем совпадении представленности участников из разных возрастных групп с данными по стране, в выборке значительно меньше участников из группы в возрасте старше 65 лет (3,64% среди участников опроса, 15,8% в структуре населения РФ), что объясняется наименьшим количеством интернет-пользователей в данной возрастной категории и онлайн-форматом опроса. Второе отличие, которое важно отметить, — это гендерная представленность участников: 64,37% женщин и 12,15% мужчин среди участников опроса, 54% женщин и 46% мужчин — в структуре населения РФ. Подобное смещение выборки не уникально для опросов пациентов без квотирования и объясняется более высокой медицинской активностью женщин [Ходакова, Шильникова, Никифоров, 2013]. Ранее были выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний: женщины активнее в этом вопросе, для них значимым детерминантом физического функционирования выступает осознание личной ответственности за здоровье [Браун, Русинова, Панова, 2007]. Также женщины более восприимчивы к распознаванию и переживанию телесного дискомфорта, для них и социально, и культурно более приемлемо быть нездоровым и искать поддержки [Малаев, Коновалов, Филатова, 2018]. Представляет интерес и тот факт, что при низком уровне участия мужчин в опросе наблюдалась их более высокая протестная активность в комментариях к постам с приглашением к опросу в пациентских группах.

Рис. 1. Основные демографические данные об участниках опроса



<sup>4</sup> По оперативным данным Росстата за 2021 г. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 10.10.2021).

## Результаты и обсуждение

Как уже отмечалось в первой части статьи, на сегодняшний день пациент имеет возможность оценить качество медицинской помощи в рамках ОМС только путем подачи личного обращения в медучреждение или соответствующее ведомство, также он может оценить условия оказания услуг медицинскими организациями путем заполнения анкеты НО. В ходе опроса мы попытались выяснить, используют ли пациенты эти возможности и какую обратную связь получают (см. рис. 2). Обращает внимание то, что больше половины пациентов никогда не пользовались возможностями оценки качества в любом виде: 68,9 % никогда не заполняли анкет и 54 % не оставляли жалоб или обращений.

Рис. 2. Активность пациентов при заполнении анкет и подаче обращений



Относительно невысокая популярность официальных анкет НО или анкет, разрабатываемых медучреждением самостоятельно, может быть объяснена целым рядом причин — от незнания о существовании такой возможности до отсутствия в них волнующих пациента вопросов. Анкета НО в какой-то мере вводит пациентов в заблуждение, так как не совсем понятно, что подразумевает название анкеты «качество условий оказания медицинских услуг» и что их мнение по сути собирается для их же информирования и не более: «Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. Независимая оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями *не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизы и контроля качества медицинской помощи*»<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 79.1, пт. 1.

Учитывая, что большая часть пациентов в заполнении анкет НО не участвует, а проверить достоверность анонимно заполняемых бумажных и онлайн-анкет не представляется возможным, не совсем понятно, как мнение пациентов учитывается при исполнении функции общественного контроля. Кроме того, заявленная функция информирования пациентов также весьма сомнительна. Малую часть собираемой информации (далеко не по всем организациям — участникам анкетирования НО) можно найти в виде 100-бального рейтинга с разделением оценок по пяти критериям на официальном сайте для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях, который администрируется Федеральным казначейством РФ<sup>6</sup>. Детальные же результаты, получаемые по итогам анкетирования пациентов, оценить невозможно. По сути, это информация для служебного пользования, которая в открытом доступе отсутствует. Да и какую ценность представляет для пациента информация о наличии кулера или инфомата при выборе медучреждения, если он ничего не знает о результативности проводимых там операций, опыте работающих врачей, возможности получить специализированную помощь именно по своему заболеванию? Такого рода сводная информация и сравнительные данные в открытом доступе не публикуются.

Сложнее вопрос о личных обращениях и жалобах пациентов, когда на рассмотрение выносятся уже не обезличенная оценка качества медицинской помощи, а случай конкретного нарушения или возникшая проблема. Анализ таких ситуаций осложняется тем, что пациент может обратиться в разные учреждения и ведомства, причем не только системы здравоохранения. И хотя существуют рекомендации Минздрава для граждан по подаче обращений, четкого регламента действий в той или иной ситуации нет<sup>7</sup>. Как правило, на первом этапе отправляется обращение непосредственно в медучреждение, поэтому сначала мы задали вопрос об обращениях именно туда (см. табл. 1).

Таблица 1. **Направление негативных отзывов в форме анкет, жалоб и обращений в медицинские учреждения, % от числа опрошенных**

Варианты ответов	%
Да, оставлял, но результата не было	15,52
Да, оставлял, со мной связались и ситуацию расследовали	20,65
Нет, не оставлял, не вижу смысла, все равно ничего не изменится	35,22
Нет, не оставлял, потому что боюсь, что возникнут проблемы в будущем	13,09
Нет, не оставлял, меня всегда все устраивало	14,17
Не оставлял отзывов по другим причинам	1,35

Из приведенного перечня ответов особенно интересными представляются те, которые объясняют причину необращения. Только 14,1% респондентов не пода-

<sup>6</sup> Раздел «Результаты независимой оценки» официального сайта для размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях. URL: <https://bus.gov.ru/top-organizations-second> (дата обращения: 20.12.2021).

<sup>7</sup> Памятка для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи // Минздрав РФ. 2018. 14 декабря. URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2018/12/14/10184-minzdrav-rossii-podgotovil-pamyatku-dlya-grazhdan-o-garantiyah-besplatnogo-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi> (дата обращения: 20.12.2021).



вали жалоб и обращений в медучреждения в связи с тем, что их все устраивало. Остальные респонденты либо побоялись это сделать, либо были заранее уверены в бесполезности подобных действий. Если с неверием в действенность обращений все относительно понятно, то причина страха перед возможными негативными последствиями нуждается в пояснении.

При поступлении обращения от пациента в любое из ведомств в процессе рассмотрения оно «спускается» по иерархии до уровня медучреждения, где пациент лечится, и в качестве ответчиков выступают лечащий врач и руководители учреждения. Каким бы ни был вопрос, чего бы ни касалась жалоба, система обращений работает по принципу «поиска крайнего». Если обращение не будет рассмотрено должным образом или пойдет по инстанциям выше, медучреждение могут оштрафовать, а если главврач не принял меры, чтобы устранить недостатки, это может отразиться на зарплате и даже стоить ему должности, что закрепляется в трудовом договоре. Такая карательная система в отношении разрешения проблемных ситуаций ставит под удар и врачей, и администраторов системы, и пациентов, зачастую перенося разбор обращения на личный уровень выяснения отношений. Пациент переходит в разряд жалобщиков — тех людей, которые как минимум добавляют работы по написанию ответов и снижают доход сотрудников медучреждений. Учитывая долгосрочный характер взаимодействия пациента-хроника и медицинского учреждения, а также практическую невозможность смены врача и лечебного учреждения, пациенты не хотят портить отношения, боятся последствий и не жалуются даже в очень тяжелых ситуациях.

В конце опроса мы еще раз акцентировали внимание пациентов на проблеме опасений в связи с возможными последствиями обращений и задали более конкретный вопрос, который дословно звучал так: «Возникали ли у Вас ситуации, когда Вы не подавали жалобу на качество/недоступность медицинской помощи в связи с опасением, что в будущем это может негативно отразиться на Вашем лечении (откажут в помощи, не дадут квоту, задержат выдачу направлений и т. п.)?» Ответ «да» дали уже 49,8% пациентов.

После того как пациент не добивается решения своей проблемы на месте (в медицинском учреждении) или считает, что решение проблемы не относится к компетенции медучреждения, обращения направляются в другие инстанции (см. рис. 2). В большинстве случаев это профильные государственные учреждения, такие как Минздрав или Росздравнадзор, которые традиционно пользуются авторитетом у пациентов в вопросе разрешения проблемных ситуаций. На втором месте по частоте обращений находятся страховые компании — 14,1%, которые по данному показателю стоят практически на одном месте с Территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ТФОМС) — 10,2%. Интересно, что согласно положениям нового Приказа Минздрава № 231н<sup>8</sup>, регламентирующего контроль качества медицинской помощи, а также всей идеологии страховой медицины, именно страховые компании должны быть первичным звеном в вопросах контроля качества и общения с пациентами по этому вопросу. Тем не менее

<sup>8</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

они не только не являются первым выбором при обращениях в случае проблем, но и не пользуются доверием у большинства пациентов. На вопрос о функционале страховых компаний с возможностью выбора до четырех ответов и формулировкой своего варианта самым популярным стал ответ «я не знаю, чем занимаются страховые компании в медицине, не понимаю их роли» — 56%; 29% респондентов указали, что страховые проверяют обращения граждан и решают их проблемы, 19,9% обозначили функцию мониторинга расходования средств, 13,2% отметили функцию проведения страховыми компаниями проверок качества медицинских услуг, а 4% респондентов предпочли сформулировать свой ответ в открытой форме. Анализ таких ответов выявил исключительно негативные характеристики в отношении деятельности страховых компаний по различным причинам, среди которых: «ничего не решают», «воруют у больных», «делят наши деньги», «являются мафиозной структурой», «мешают работе медиков», «перекладывают бумажки».

Результативность жалоб и обращений пациенты оценивают весьма низко. Самым популярным ответом на вопрос о решении, последовавшем после обращения, был «ответили формальной отпиской» — 23,5%; 19,2% респондентов указали, что было проведено расследование и проблему решили, 10% не получили ответа. Многие пациенты оставляли комментарии, что неоднократно обращались по поводу одной и той же проблемы, которая оставалась без решения после предыдущего обращения, либо принимались временные меры, не предотвращавшие повторения ситуации. Данные Росздравнадзора по анализу нарушений в работе с обращениями граждан в основном совпадают с результатами нашего опроса. Так, по результатам оценки работы с обращениями в 2019 г. Росздравнадзором были выявлены следующие «недочеты»:

- нарушение сроков рассмотрения обращений;
- избыточный перечень нормативных правовых документов в результатах рассмотрения без конкретных ответов по существу;
- отсутствие информации о принятых мерах (то, что у нас в опросе обозначено как «формальная отписка»);
- констатация выявленных в ходе проверки нарушений, а в случае обнаруженной врачебной ошибки использование единственной меры в ответ на нарушение — направление виновного медицинского сотрудника на повышение квалификации [Павлова, Мангилева, 2020].

Одной из главных целей опроса было обозначение наиболее важных для пациентов критериев оценки качества медицинской помощи. Мы предложили 11 критериев, отобранных из наиболее часто упоминаемой проблематики пациентского сообщества «В Движении», а также из других анкет оценки качества, упоминавшихся ранее (ОЭСР, анкета НО и т. д.). Сначала респондентам было предложено выбрать пять наиболее важных для них критериев качества медицинской помощи. Результаты по частоте попадания в топ-5 представлены в таблице 2.

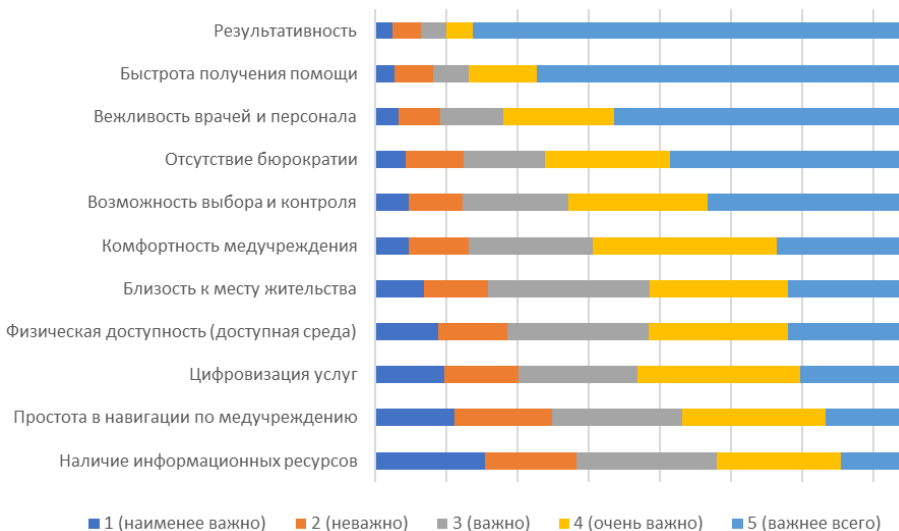
После этого было предложено оценить все 11 критериев по степени важности по 5-балльной шкале (см. рис. 3). Обращает внимание то, что три из пяти наиболее важных критериев пациенты не имеют возможности оценивать на систематической основе в рамках существующих опросов. В первую очередь это критерий результативности, который наиболее важен для 81% респондентов и входит в топ-5 крите-

риев для 94,2% респондентов. Также в первую пятерку критериев вошли «отсутствие бюрократии» (49,8%) и «возможность выбора и контроля» (46,69%). Существующие опросы и система личных обращений граждан не ставят целью проведение мониторинга удовлетворенности результатами лечения. Упомянувшиеся в первой части статьи опросы об опыте пациентов по типу PROM/PREM на сегодняшний день медучреждения не проводят. Никто не спрашивает пациента, сколько времени и усилий он потратил на оформление пакета документов для госпитализации. Фактически наиболее волнующие пациентов вопросы никто не задает.

Таблица 2. Частота включений критериев качества медицинской помощи в топ-5 наиболее важных для пациентов

Критерий качества медицинской помощи	Количество включений	% от числа включений
Результативность (излечение или облегчение состояния)	698	94,20
Быстрота получения помощи	604	81,51
Вежливость врачей и персонала	487	65,72
Отсутствие бюрократии	369	49,80
Возможность выбора и контроля	346	46,69
Близость к месту жительства	334	45,07
Физическая доступность (доступная среда)	193	26,05
Комфортность медучреждения	182	24,56
Цифровизация услуг	137	18,49
Наличие информационных ресурсов (сайтов, стендов, брошюр, инфоматов)	56	7,56
Простота в навигации по медучреждению	39	5,26

Рис. 3. Степень важности критериев оценки качества медицинской помощи по 5-балльной шкале



Особое внимание в опросе было уделено оценке такого критерия качества медицинской помощи, как равный доступ для всех граждан. При этом «доступность» является многомерным понятием, включающим в себя географическую близость, физическое удобство (доступная среда), финансовую (страховое покрытие стоимости необходимых услуг), организационную осуществимость и другие виды доступности, например, гендерную, религиозную или этническую, которые в нашей стране практически не оцениваются. Мы попытались максимально оценить различные критерии доступности медицинской помощи, но в наибольшей степени внимание было уделено финансовой составляющей, а именно необходимости использования личных средств при диагностике и лечении в рамках ОМС, а также доступности лекарств.

На вопрос «Сколько своих личных средств вы потратили на лечение за последний год?» согласились ответить 24,7 % пациентов. Указанные суммы варьировались от 4 000 до 6 720 000 рублей, медиана составила 50 000 руб. Остальные респонденты ответили, что они не помнят точной суммы, но она была значительной (56,14 %), потратили небольшую сумму 11,2 %, ничего не потратили 2,7 % и предпочли не отвечать 5,26 % пациентов. Так как опрос проводился среди людей, получающих большую часть медицинской помощи в рамках ОМС, можно сделать вывод, что эти суммы идут на покрытие стоимости услуг и лекарств, которые по тем или иным причинам недоступны в рамках страховой медицины. И в этой связи крайне важен вопрос информирования пациентов о том, какие виды лечения и диагностики доступны им в рамках ОМС (см. табл. 3).

**Таблица 3. Предоставление информации об услугах в рамках ОМС, % от числа опрошенных**

<i>«Считаете ли Вы, что Ваш лечащий врач предоставляет Вам полную информацию о доступных вариантах диагностики и лечения в рамках ОМС?»</i>	
Нет, были случаи, когда врач не проинформировал меня, что есть варианты получения медицинской помощи в рамках ОМС, и я получил ее платно	44,08
Да, мой врач всегда предлагает мне все возможные варианты диагностики и лечения как в рамках ОМС, так и платные варианты	27,96
Не знаю	23,55
Врач вообще не предоставляет информации по страховому покрытию*	2,89
Врач сразу рекомендует платные способы диагностики и лечения, потому что это быстрее*	0,96
Врач не располагает информацией о способах лечения и ничего не предлагает*	0,41

Примечание: \*варианты, выделенные из обобщения ответов в открытой форме.

Только в нашем относительно небольшом опросе 320 человек указали, что столкнулись с ситуацией ненадлежащего информирования, которая повлекла дополнительные финансовые расходы, а Росздравнадзор за весь 2020 г. составил всего 125 протоколов и наложил штрафов на сумму 1,3 млн рублей по статье 6.30 КоАП РФ «Невыполнение обязанностей об информировании граждан о получении медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий»<sup>9</sup>. Такие меры по кон-

<sup>9</sup> Доклад об осуществлении государственного контроля (надзора) в сфере охраны здоровья граждан и об эффективности такого контроля (надзора) в 2020 г. // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/about/plans/documents/71757> (дата обращения: 21.03.2022).

тролю ситуации выглядят неадекватными и свидетельствуют в пользу игнорирования государством тенденции «выдавливания» населения в платные медицинские услуги. Международное сравнение 55 наиболее развитых стран по эффективности вложений в систему здравоохранения с помощью методологии DEA (сравнительный анализ деятельности сложных технических, экономических и социальных систем) поставило Россию на рекордное первое место по темпам роста личных расходов граждан на медицинские услуги, не покрываемые страховыми системами (out of pocket): с 16,5% в 1995 г. до 48% в 2013 г. [Çelik, Khan, Hikmet, 2017]. По данному показателю Россия опережает ближайшие страны в два-три раза, а по доле личных расходов граждан в общем количестве расходов на здравоохранение мы уступаем только Ирану, Сирии, Албании, Армении, Грузии и Азербайджану.

Декларируемая в России «бесплатность» страховой медицины, по сути, не соответствует действительности ни де-юре, поскольку оплачивается из налогов и отчислений граждан, ни де-факто, так как требует вложений личных средств почти в половине случаев, когда должна работать страховка. Отсутствие возможности получить необходимые услуги бесплатно, различные барьеры доступа к нужным услугам, а также желание пациентов получить нужные услуги быстрее — все это заставляет пациентов тратить собственные средства на то, что предусмотрено программой госгарантий [Кочкина, Красильникова, Шишкин, 2015: 15—16], либо отказываться от помощи совсем<sup>10</sup>. При этом Росстат не фиксирует в качестве причины необращения за необходимой медицинской помощью отсутствие финансовых возможностей у населения, а эта причина в нашем опросе заняла первое место, ее указали 19,8% респондентов, отказавшихся от обращения в медучреждение в прошлом году.

При этом вопрос информирования пациентов, далеко не в последнюю очередь определяющий финансовую доступность, пока не имеет реального решения. Кто отвечает за информирование пациента? Лечащий врач не юрист, не администратор, не соцработник, а специалист в сфере медицины, который должен провести прием в течение 12—15 минут со всеми надлежащими манипуляциями и процедурами по протоколу, а потом еще и объяснить пациенту все аспекты страхового покрытия его лечения? Страховая компания отвечает лишь за ограниченный круг вопросов, пациенты в массе своей ей не доверяют и к ней не обращаются. Или пациент должен отправляться в Минздрав за разъяснениями после каждого визита к врачу? В конце 2021 г. Счетная палата РФ провела оценку системы защиты прав застрахованных в системе ОМС, результаты которой в значительной мере совпадают с результатами нашего опроса. Среди ключевых проблем были выделены недостаточность и фрагментарность информирования пациентов, отсутствие единого регламента данного процесса, а также системы ответственности за его неисполнение. По результатам проверки рекомендованы изменения в ряд нормативных актов, но насколько данные рекомендации будут реализованы соответствующими ведомствами, пока неизвестно<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Здравоохранение в России. 2019: Стат. сб. М.: Росстат, 2019. С. 106.

<sup>11</sup> Отчет о результатах параллельного экспертно-аналитического мероприятия «Анализ системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» (с контрольно-счетными органами субъектов Российской Федерации (выборочно). Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 14 декабря 2021 г. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/2ed/9h7liorf63b68zf25rsua0kmiookfnf.pdf> (дата обращения: 22.03.2022).

Еще один критерий финансовой доступности медицинской помощи, оцениваемый в рамках опроса, — распространенность неформальных платежей. Пациентам предлагалось ответить, приходилось ли им за последний год платить за медицинские услуги неформально (подарки и благодарности врачам, оплата в обход кассы и т. д.). Учитывая щепетильность данной темы, а также возможные опасения людей о наступлении уголовной ответственности по ст. 291 УК РФ, помимо вариантов «Да/Нет», была предложена опция «Предпочитаю не отвечать». В итоге 27,8% респондентов подтвердили осуществление неформальных платежей, при этом опросного мониторинга или других каналов отслеживания данного явления в системе здравоохранения не предусмотрено. В отличие от иных потенциально коррупционных сфер, коррупция в сфере здравоохранения — это не только незаконное получение денежных средств вопреки интересам выполняемого вида деятельности, но и страдания людей, происходящие в случае ненадлежащего, несвоевременного оказания медицинской помощи [Грудинин, 2018].

Есть мнение, что пациенты путем неформальной оплаты только компенсируют технологические и организационные издержки производства и оказания услуги, включая несправедливо низкое вознаграждение труда медицинских работников, покупая подобным образом их расположение, время и внимание [Вялых, 2015], но это лишь часть проблемы. Как отмечает Т. А. Балебанова, зависимая роль пациента предопределяет повышенную виктимность, что не позволяет окончательно укрепить в сознании жертвы желание противостоять коррупционному поведению медицинского работника, особенно лечащего врача [Балебанова, 2018]. Часто пациенты попадают в безвыходные ситуации администрирования процесса лечения: взятки за сокращение сроков ожидания помощи, за госпитализацию в нужную больницу, практика региональных «откатов» за получение квоты на лечение в федеральных медицинских центрах, «благодарности» за успешно проведенную операцию, обязательные до операции, — это уже не просто покупка расположения или удобства, это попытка спасти жизнь. При этом существующая система уголовного преследования ставит таких пациентов в один ряд с нарушителями ПДД, желающими сэкономить на штрафах.

Следующий блок вопросов, который мы предложили пациентам, затрагивал комплекс проблем по лекарственному обеспечению. В большей мере нас интересовала тема обеспечения лекарствами, входящими в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ПЖНВЛП) либо в другие списки, финансируемые за счет государственного бюджета. Именно эти списки покрывают потребность в лекарственном обеспечении тех, кто не может приобрести их самостоятельно (инвалидов, граждан из других льготных категорий), а также тех, кто страдает от заболеваний, относящихся к так называемым высокозатратным нозологиям, жизнеугрожающим орфанным, социально значимым и т. д. (см. рис. 4 и табл. 4).

Так же как и в случае с диагностическими и лечебными услугами, наблюдается проблема отсутствия информации по льготному лекарственному обеспечению: 18% пациентов, принимающих лекарства на постоянной основе, не знают, положены ли им эти препараты в рамках льготного обеспечения. Только 21,16% пациентов, получающих препараты из ПЖНВЛП, выразили удовлетворенность

их ассортиментом. Проблема заключается в том, что формирование ПЖНВЛП комиссией Минздрава РФ<sup>12</sup> не полностью прозрачно, из-за отсутствия всей информации уровень реального участия пациентов и врачей в данном процессе невозможно оценить, равно как и оптимальность производимого отбора препаратов. По результатам опроса исследовательского холдинга «РОМИР», 38% россиян предпочитают импортные лекарственные средства и не пытаются найти замену зарубежным лекарствам, а из тех, кто пытался найти российские аналоги, лишь 4% посчитали отечественные препараты более качественными. Количество респондентов, которые не смогли заменить отечественным ни один импортный препарат, составляет 11%<sup>13</sup>.

Рис. 4. Лекарства из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ПЖНВЛП)

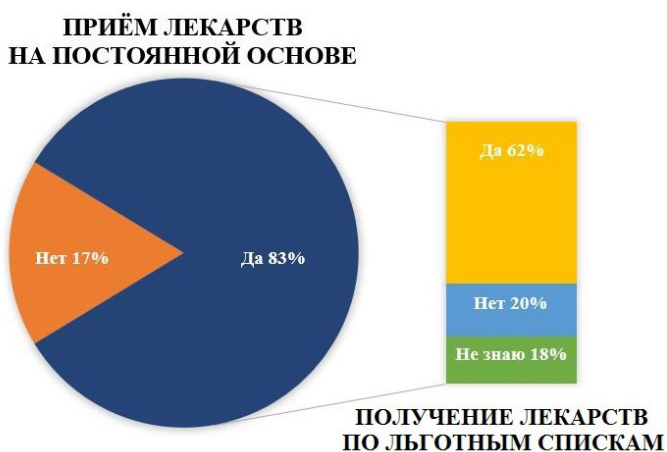


Таблица 4. Основные проблемы, возникающие у пациентов с лекарственными средствами из перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ПЖНВЛП) и льготных списков, % от числа опрошенных

«Считаете ли Вы, что в ПЖНВЛП представлены лекарства, которые являются лучшим выбором для Вашего лечения?» (один ответ)	
Нет, в списке представлены лекарства, которые мне по какой-либо причине не помогают или вызывают побочные эффекты	20,63
Часть лекарств мне подходит, а часть наименований либо не подходит, либо отсутствует в списке	44,44
Да, меня эти лекарства устраивают	21,16
Не знаю	13,76

<sup>12</sup> Приказ Минздрава России от 09.09.2014 № 498н (ред. от 15.03.2019) «Об утверждении положения о комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

<sup>13</sup> Потребители импортных лекарств сравнили их качество с отечественными аналогами // РОМИР. 26 июля. URL: <https://romir.ru/studies/potrebiteli-importnyh-lekarstv-sravnili-ih-kachestvo-s-otchestvennyimi-analogami> (дата обращения: 31.07.2021).

<i>«Укажите, какого рода проблемы с получением лекарств из ПЖНВЛП у Вас возникли?» (любое число ответов)</i>	
Необходимые лекарства отсутствовали в аптеке	85,95
Аптека, торгующая лекарствами из списка, далеко от моего места жительства	7,44
Не смог попасть на прием к врачу, чтобы выписать рецепт	20,25
Врач отказался выписать рецепт	22,73
<i>«За последний год приходилось ли Вам приобретать лекарства из ПЖНВЛП за свой счет?» (один ответ)</i>	
Нет	21,69
Да, иногда	37,30
Да, всегда	41,01

У 62,72 % респондентов, получающих льготное лекарственное обеспечение, возникали проблемы с приобретением лекарств в прошлом году, 78,31 % были вынуждены покупать их самостоятельно с различным уровнем периодичности. Перечень проблем, связанных с возможностью приобретения, включает (но не ограничивается):

- неосуществление закупок лекарств на региональном и федеральном уровнях;
- удаленность аптек от места жительства;
- невозможность выписать рецепт и т. д.

Таким образом, вопрос лекарственного обеспечения в исполнительном аспекте сильно размыт, и за его решение, по сути, ответственны все ведомства, так или иначе входящие в систему здравоохранения. При этом, когда дело доходит до оценки внутриведомственной эффективности, каждое ведомство в отдельности не показывает значительных проблем, но суммарно все их мелкие сложности сливаются в один большой провал снабжения конкретного пациента. Росздравнадзор проводит пять видов мониторинга ведомств, осуществляющих лекарственное обеспечение, но ни одного опроса пациентов. Е. А. Тельнова и соавторы отмечают, что ни один из имеющихся видов мониторинга не дает представления о реальном отношении граждан к системе обеспечения лекарствами в нашей стране, в то время как именно социальный мониторинг может обеспечить консолидированное мнение по данному вопросу [Тельнова, Плесовских, Загоруйченко, 2021].

В заключительной части анкеты всем участникам опроса предлагалось оставить свои замечания, предложения и дополнения на тему качества медицинских услуг, и каждый пятый респондент такой возможностью воспользовался. Было получено 155 комментариев в форме текста, 85 % которых носили в основном негативную окраску и были посвящены детализации и персонализации наиболее значимых для людей вопросов, так или иначе имеющих отношение к качеству и доступности медицинской помощи. Интересен тот факт, что явно положительных (хвалебных) отзывов о качестве медицинской помощи не поступило вообще, а нейтральные ограничивались короткими фразами по типу «все устраивает», и таких комментариев было всего три.

Важно отметить, что 22 % пациентов, оставивших комментарии, не просто описали свою проблему, а сформулировали предложения по улучшению того или иного



аспекта работы системы здравоохранения различной детальности — от общих формулировок «хотелось бы лучше качество...» до конкретных рекомендаций по улучшению диагностики или ведению пациентов с конкретными диагнозами. Шесть человек высказали замечания по улучшению, расширению и детализации самого опроса. Такого рода активность явно указывает не только на готовность пациентов участвовать в опросных мероприятиях, но и на их желание и возможность высказывать свои предложения по улучшению работы системы здравоохранения.

Проведенный нами опрос стал своего рода апробацией способов вовлечения пациентов в оценку качества медицинской помощи. В полной мере осознавая возможные огрехи в процессе разработки и проведения опроса, мы уверены, что данный опрос позволил продемонстрировать концепцию пациентоцентрированности в действии и обозначить потенциал для дальнейшего усиления роли пациентов в процессе лечения. Тем не менее важно обозначить главные сложности и ограничения, с которыми мы столкнулись, для их устранения в будущем.

1. Некорректные формулировки вопросов. Подобные ошибки удалось выявить уже на этапе опроса (по комментариям респондентов), а также в ходе анализа ответов. Устранить эту проблему возможно с помощью проведения фокус-групп на стадии разработки опросной анкеты, для выяснения однозначности понимания вопросов и вариантов ответов.

2. Нечеткое обозначение вида опросника. Притом что опросник в основном содержал вопросы по амбулаторной помощи, в открытых вопросах пациенты часто описывали свой опыт пребывания в стационаре. Четкое разделение опросника на специализированные части по видам получаемой помощи (амбулаторная, стационарная, скорпомощная) сделает его более понятным и точным.

3. Недостаточное предварительное информирование о содержании опроса. В ряде случаев пациенты считали необходимым изложить свою позицию по какой-либо проблеме в первом же открытом вопросе, хотя такая возможность предлагалась им позже в вопросах соответствующей тематики. Ознакомление пациентов со структурой опроса до начала его проведения позволит избежать таких нерелевантных ответов и сохранит за респондентом возможность изложения всех волнующих его моментов.

4. Техническая ограниченность процесса опроса. Поскольку опрос проводился без какой-либо финансовой поддержки, технически средства его проведения были ограничены бесплатной онлайн-платформой Google Forms, что отразилось на репрезентативности выборки. Для возможности участия лиц без доступа к интернету или с ограниченными физическими возможностями необходимо использовать другие форматы опроса и обеспечить помощь в его прохождении.

## **Заключение**

В заключение хотелось бы акцентировать внимание на итогах, которые не относятся непосредственно к тем или иным аспектам качества медицинской помощи, но в значительной мере характеризуют современную ситуацию с участием пациентов в ее оценке. Во-первых, в среде пациентов существует запрос на возможность участия в улучшении системы здравоохранения путем оценки, критики, внесения предложений. Безусловно, не каждый пациент хочет и готов оценивать качество

медицинской помощи: кто-то не имеет такой необходимости, потому что его все устраивает, кто-то не обладает достаточными знаниями и опытом, у кого-то нет времени, физических и эмоциональных сил, чтобы участвовать в такого рода деятельности. Тем не менее большое количество активных пациентов с хроническими заболеваниями, которых можно назвать «экспертными пользователями» системы, готовы выражать свое мнение. Это очень ценный опыт, который сейчас практически полностью игнорируется и не используется по причине приписываемого пациентам субъективизма.

Второй значимый вывод, полученный в ходе анкетирования, а также анализа комментариев, которыми опрос сопровождался в социальных сетях: на сегодня системы опросов пациентов настолько неэффективны, что многие не видят смысла участвовать в них. Люди не верят, что их услышат, что их мнение будет учтено и использовано для их блага. Огромное количество опросов проводится исследователями в теоретических целях, чтобы измерить неинформативный показатель сервисной удовлетворенности или «средней температуры по больнице», вызывая раздражение у людей, и так находящихся в сложной жизненной ситуации [Богдан, Праведников, Чистякова, 2021]. Куда уходит информация и используется ли она как-либо, непонятно. Как справедливо отмечает В. И. Клисторин, большое государство генерирует много информации, но оно же ее и портит. Собираемые данные используются не для улучшения работы ведомств, в том числе и в части информационной работы, а для кураторства и каких-то внутренних политических целей [Клисторин, 2018]. Лишь малая часть итоговых данных размещается в открытом доступе, их сложно найти, они даются в неудобном формате. Кроме того, ведомства не раскрывают механизмы выстраивания политики улучшений и не указывают, что те или иные действия основаны на запросах пациентов.

Наиболее удручающим выводом из опроса стал тот факт, что существующая карательная система работы над исправлением ошибок и недочетов в системе здравоохранения породила страх среди пациентов. У половины опрошенных возникли ситуации, когда они не подавали жалобу на качество/недоступность медицинской помощи из-за опасения, что в будущем это может негативно отразиться на их лечении. Когда пациенты относятся к оценке медицинской помощи органами власти со страхом, недоверием и уверенностью в ее бесполезности, нельзя говорить ни о полноте получаемых данных, ни об их достоверности. У нас уже не только медицинское сообщество старается всеми силами скрыть и замолчать любые ошибки (читай, провалы системы), но и пациенты опасаются жаловаться и обращаться за помощью. Все боятся последствий. И если для врачей это может обернуться снижением дохода, потерей работы и даже уголовным преследованием, то для пациента это всегда падение качества медицинской помощи, которое может иметь фатальные последствия. Необходим кардинальный пересмотр механизма выявления и исправления ошибок и недочетов в процессе лечения. Врач должен быть заинтересован в том, чтобы указать на проблему, а не спрятать ее из страха. Пациент же должен иметь возможность свободно высказаться и знать, что он сделал систему лучше, а не испортил жизнь своему врачу.

Необходимо внедрение социального мониторинга качества медицинской помощи на всех уровнях (амбулаторном, стационарном, скорпомощном), а также

разделение опросников по тяжести и продолжительности состояний. Для людей, оценивающих свое здоровье как хорошее и редко обращающихся за помощью, вполне достаточно обозначить уровень удовлетворенности по поводу, например, диспансеризации путем заполнения анкеты НО. Совершенно другой объем информации могут предоставить пациенты-хроники, которые проходят в разы больше процедур и организационных регламентов и которые могут детально описать свой опыт, указать на узкие места и даже предложить варианты решений. Только регулярное отслеживание мнений пациентов может дать реальную картину происходящего в здравоохранении и сделать систему более человеческой.

## Список литературы (References)

Балебанова Т. А. Виктимологические аспекты коррупционных преступлений в сфере здравоохранения // Союз криминалистов и криминологов. 2018. № 4. С. 7—12. Valebanova T. A. (2018) Victimological Aspects of Corruption Crimes in Healthcare. *The Union of Criminalists and Criminologists*. No. 4. P. 7—12. (In Russ.)

Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Актуальные вызовы и решения для использования социологии в управлении здравоохранением // Здоровье мегаполиса. 2021. Т. 2. № 1. С. 79—83. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i1;79-83>.

Bogdan I. V., Pravednikov A. V., Chistyakova D. P. (2021) Current Challenges and Solutions for Use of Sociology in Healthcare Management. *City Healthcare*. Vol. 2. No. 1. P. 79—83. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2021.v2i1;79-83>. (In Russ.)

Браун Дж. В., Русинова Н. Л., Панова Л. В. Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2007. № 6. С. 114—122.

Brown J. V., Rusinova N. L., Panova L. V. (2007) Gender Differences in Health. *Sociological Studies*. No. 6. P. 114—122. (In Russ.)

Вялых Н. А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социологические исследования. 2015. № 11. С. 126—132.

Vyalykh N. A. (2015) Factors of Social Inequality Reproduction in the Sphere of Medical Services Consumption. *Sociological Studies*. 2015. No. 11. P. 126—132. (In Russ.)

Грудинин Н. С. Современное состояние коррупции в системе здравоохранения Российской Федерации. Москва: Русайнс, 2018.

Grudin N. S. (2018) The Current State of Corruption in the System of Health Care in the Russian Federation. Moscow: Rusajns. (In Russ.)

Клисторин В. И. Полевые исследования и социальные структуры // ЭКО. 2018. № 1. С. 30—34. <https://doi.org/10.30680/ECO0131-7652-2018-1-30-34>.

Klistorin V. I. (2018). Field Studies and Social Structures. *ECO*. No. 1. P. 30—34. <https://doi.org/10.30680/ECO0131-7652-2018-1-30-34>. (In Russ.)

Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: препринт WP8/2015/03 / Нац. исслед.

ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. URL: [https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8\\_2015\\_03\\_fff.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf) (дата обращения: 21.10.2021).

Kochkina N. N., Krasil'nikova M. D., Shishkin S. V. (2015) Accessibility and Quality of Health Care in Population Estimates [Text]: Preprint WP8 / 2015/03 / National Research University "Higher School of Economics". Moscow: The Higher School of Economics Publishing House. URL: [https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8\\_2015\\_03\\_fff.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf) (accessed: 21.10.2021). (In Russ.)

Малаев Х. М., Коновалов О. Е., Филатова Е. В. Гендерные различия отношения к здоровью и медицинской активности пациентов с дорсопатиями // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2018. Т. 6. № 1. С. 39—52. <https://doi.org/10.23888/HMJ2018139-52>.

Malayev H. M., Konovalov O. E., Filatova E. V. (2018) Gender Differences Related to Health and Medical Activity of Patients with Dorsopathies. *Nauka mplydyh (Eruditio Juvenium)*. Vol. 6. No. 1. P. 39—52. <https://doi.org/10.23888/HMJ2018139-52>. (In Russ.)

Павлова Е., Мангилева А. Анализ обращений граждан и горячая линия Росздравнадзора // Управление качеством в здравоохранении. 2020. № 1. С. 10—13. Pavlova E., Mingileva A. (2020) Analysis of Citizens' Appeals and the Roszdravnadzor Hotline. *Quality Management in Health Care*. No. 1. P. 10—13. (In Russ.)

Перепелова О. В., Петрова И. А. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности // Менеджер здравоохранения. 2019. № 10. С. 12—17.

Perepelova O. V., Petrova I. A. (2019) Patient-Centeredness in the Provision of Medical Services to the Population as a Value and Principle of Activity. *Manager of Health Care*. No. 10. P. 12—17. (In Russ.)

Тельнова Е. А., Плесовских А. В., Загоруйченко А. А. Мониторинг как индикатор качества в системе обращения лекарственных средств // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. № 1. С. 36—43. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2021.01.005>.

Telnova E. A., Plesovskikh A. V., Zagoruychenko A. A. (2021) Monitoring as an Indicator of Quality in the System of Circulation of Medicines. *Bulletin Semashko National Research Institute of Public Health*. No. 1. P. 36—43. (In Russ.)

Ходакова О. В., Шильникова Н. Ф., Никифоров А. В. Результаты мониторинга социальной удовлетворенности, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 2. С. 85—88. Hodakova O. V., Shilnikova N. F., Nikiforov A. V. (2013) The Results of the Monitoring of Social Satisfaction of the Insured Persons in the Mandatory Health Insurance System. *Far East Medical Journal*. No. 2. P. 85—88. (In Russ.)

Çelik Y., Khan M., Hikmet N. (2017) Achieving Value for Money in Health: A Comparative Analysis of OECD Countries and Regional Countries. *Health Planning and Management*. Vol. 32. No. 4. P. e279-e298. <https://doi.org/10.1002/hpm.2375>.

Kelley E., Hurst J. (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/440134737301>.

Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C., Jordan K. et al. (2018). High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution. The Lancet Global Health Commission. Vol. 6. No. 11. P. e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3).

The Commonwealth Fund. (2010). Commonwealth Fund International Health Policy Survey. The Commonwealth Fund Publishing. URL: [https://www.commonwealth-fund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_surveys\\_2010\\_ihp\\_2010\\_toplines.pdf](https://www.commonwealth-fund.org/sites/default/files/documents/___media_files_surveys_2010_ihp_2010_toplines.pdf) (accessed 31.07.2021).