

DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7

УДК 332.143, 614.2 | ББК 51

© Калашников К.Н.

КАЧЕСТВО И ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

**КОНСТАНТИН НИКОЛАЕВИЧ КАЛАШНИКОВ**

Вологодский научный центр Российской академии наук

Вологда, Российская Федерация

e-mail: konstantino-84@mail.ru

ORCID: [0000-0001-9558-3584](https://orcid.org/0000-0001-9558-3584); ResearcherID: [I-9519-2016](https://orcid.org/1-9519-2016)

В статье актуализируется проблема оценки качества и доступности медицинской помощи в российском здравоохранении. Цель исследования – анализ доступности и качества медицинской помощи в субрегиональном срезе Вологодской области с выявлением различий между территориями, организациями коммерческого и государственного секторов здравоохранения. Работа опирается как на данные статистической отчетности (показателем доступности медицинской помощи выступает обеспеченность населения врачами, качества медицинской помощи – уровень профессионализации и квалификации врачей), так и на субъективные оценки жителей, полученные в ходе опросов (на основе данных опроса рассчитываются индексы качества и доступности медицинской помощи). Научная новизна исследования состоит в апробации оригинальной методики бинарного анализа двух ключевых параметров медицинской помощи – доступности и качества на основе расчетных индексов на материалах периода пандемии COVID-19. В качестве альтернативы распространенным в отечественной и зарубежной литературе и управлении практикам дискретного анализа доступности и качества медицинской помощи или интерпретации их как синонимичных категорий автор апробирует подход, предполагающий их совместную оценку в рамках двумерного пространства измерений, и показывает его аналитические преимущества. Анализ, осуществленный в рамках данного подхода, позволил выявить варианты сопряжения и дихотомии между параметрами доступности качества медицинской помощи в сравнительном территориальном и структурном контекстах, в субъективных оценках респондентов. В результате исследования удалось установить, что организации коммерческого

Для цитирования: Калашников К.Н. (2023). Качество и доступность для населения медицинской помощи (региональный аспект) // Проблемы развития территории. Т. 27. № 4. С. 113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7

For citation: Kalashnikov K.N. (2023). Quality and access to health care for population (regional aspect). *Problems of Territory's Development*, 27 (4), 113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7

сектора получают более высокие, чем государственные лечебно-профилактические учреждения, оценки доступности и качества медицинской помощи и услуг, что свидетельствует как о формировании новой культуры медицинской активности, так и о возникающих для жителей региона рисках. Практическая ценность полученных результатов состоит в апробации методики оценки и анализа доступности и качества медицинской помощи как оппонирующих категорий в территориальном сопоставлении, что позволит планировать развитие здравоохранения с опорой на мнения жителей территорий.

Доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, здравоохранение, государственный сектор, частный сектор, социологический опрос, респондент, территория.

Введение

Охрана общественного здоровья и организация базовой системы оказания медицинской помощи населению – одна из базовых функций современного государства. Эффективность ее реализации выражается в достижении желаемых параметров качества и доступности медицинской помощи. Они выступают ключевыми критериями работоспособности медицинских служб, эффективности ведомственных организаций и исполнительных органов власти федерального и регионального уровней. Вместе с тем разработка и реализация функциональных управленческих решений в здравоохранении предполагает использование методических структур, отвечающих требованиям функциональности, простоты использования, доступности и валидности исходных данных.

Признаем, что актуальная информация об оценках качества и/или доступности медицинской помощи регулярно публикуются в рецензируемых научных изданиях, но взаимосвязь этих категорий чаще всего игнорируется экспертным сообществом. Между тем проблема трактовки понятий «доступность» и «качество» становится очевидной уже на уровне обзора федерального законодательства в сфере охраны здоровья населения. Так, в тексте № 323-ФЗ РФ составляющие доступности медицинской помощи фактически строго не отделены от критериев ее качества (статья 10 «Доступность и качество медицинской помощи»)¹.

Содержание понятий «качество» и «доступность» и, следовательно, их количе-

ственная оценка и трактовка ее результатов сопряжены с рядом методологических и инструментальных проблем. Важнейшая из них касается неоднозначности понимания обсуждаемых категорий. Часто эти термины принимаются если не как синонимичные, то смежные и взаимно сообщающиеся (Царик и др., 2017); встречаются примеры, когда доступность рассматривается в качестве элемента и критерия качества (Шарабчиев, Дудина, 2013); но наибольшей аналитической ценностью, на наш взгляд, обладает подход, предполагающий, во-первых, разделение категорий и, соответственно, оценок доступности и качества, во-вторых, поиск вариантов их сопряжения или дихотомии, что особенно важно в условиях сосуществования государственного и частного секторов в здравоохранении. Приведем ряд примеров подобного подхода, встречающихся в зарубежной и отечественной литературе. Канадские исследователи S. Haddad и P. Fournier отмечают в своей давней, но все еще актуальной работе, что правительства развивающихся стран делают главную ставку на достижение всеобщего доступа к медицинской помощи, ошибочно пренебрегая обеспечением желаемого уровня ее качества (Haddad, Fournier, 1995). Одним из ярких примеров успешной апробации подобного методологического подхода видится исследование субъективных оценок доступности и качества медицинской помощи граждан трех англоязычных стран – США, Канады и Великобритании, выявившее интересные нюансы системной дихотомии². О дилемме

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

² Blizzard R. (2003). Healthcare System Ratings: U.S., Great Britain, Canada. GALLUP. URL: <http://www.gallup.com/poll/8056/healthcare-system-ratings-us-great-britain-canada.aspx>

качества и доступности говорят, хотя и не дают ей заслуженного методологического сопровождения, и современные российские исследователи. Например, Н.Н. Кочкиной, М.Д. Красильниковой и С.В. Шишкиным были проведены социологические опросы населения: респондентам предлагалось сделать выбор из двух гипотетических альтернатив, в рамках которых качество и доступность противопоставлялись (Кочкина и др., 2014; Шишкин и др., 2019). Согласно полученным данным, больше половины населения (55%) высказалось в пользу качества медицинской помощи даже при ограниченной ее доступности. Однако нужно отметить присущий подобным опросам разрыв между мотивами и установками, с одной стороны, и реальными действиями – с другой. Иными словами, вербализуемые установки не обязательно имплементируются, и ответы респондентов, не фиксирующие объективный опыт, могут не отражать поведение в реальной жизни. Данное упущение может быть устранено через апелляцию к актуальному, фактическому опыту респондентов.

И доступность, и качество медицинской помощи, несмотря на разделяемую в рамках статьи идею методологической оппозиции этих категорий, имеют ярко выраженное пространственное измерение. Например, географическая доступность, выделенная Д. Питерсом как один из ключевых элементов доступности медицинской помощи (Peters et al., 2008), может оцениваться расстоянием, разделяющим потребителя и поставщика (Шартова и др., 2019), а также качеством работы транспорта и рядом контекстуальных нюансов, хотя это не отменяет сложности установления границ соответствующих оценок (Калашников, 2018). Интересный опыт реализации пространственного аспекта доступности медицинской помощи находим у (Macis et al., 1991). Фиксируя размытость границ, не всегда совпадающих с административными, ареалов, в рамках которых медицинские услуги оказываются, ученые заявляют о необходимости оценивать доступность с опорой на фактическое взаимодействие потребителей

и поставщиков. Вопрос, существуют ли достаточные основания для того, чтобы апробировать аналогичный методологический подход в российских реалиях, остается открытым. Можно высказать предположение, что ограниченная маятниковая миграция, привязанность граждан к медицинским учреждениям по месту жительства и прочие факторы вряд ли существенно искажают потоки пациентов. Встречаются небезосновательные предложения расширить сферу доступности медицинской помощи, пополнив перечень барьеров между потребностью в медицинской помощи и фактическим обращением за нее такими аспектами, как доверие к системе здравоохранения, ожидания потребителей, медицинская грамотность, знания об услугах и их полезности (Levesque et al., 2013), которые, впрочем, можно легко отнести к факторам доступности, присутствующим на стороне потребителя (Andersen, 1995). Оценка этих аспектов доступности предполагает применение социологического инструментария.

Качество медицинской помощи или услуг как объект измерений обладает рядом ограничений принципиального свойства. В большинстве случаев они обусловлены асимметричной информацией, описанной как экономический феномен К. Эрроу (Arrow, 1963) и Дж. Акерлофом. В случае смешанных систем здравоохранения, которые характерны для большинства стран мира, ситуация усугубляется несепарированностью рынков медицинских услуг, что затрудняет для пациентов поиск и анализ информации о разных альтернативах лечения. В результате оценка качества выходит за рамки когнитивных возможностей потребителя (Akerlof, 1970). Как инструмент нивелирования информационной асимметрии применяются меры административного характера, прежде всего стандартизация и лицензирование. В государственном секторе, как, впрочем, и в частном, компромисс между поставщиком и потребителем услуг достигается разработкой и последующим соблюдением медико-экономических стандартов, при этом оценка качества осуществляется в контексте

адекватности маршрутизации и следовании протоколам лечения. Стандартизация, как принято считать, предполагает алгоритмизацию и формализацию процесса оказания услуг, который превращается в своего рода производственный конвейер. Достичь некоторой гибкости помогает разработка расширенных стандартов и протоколов лечения. Пациент, информированный о гарантированном стандарте оказания услуг, должен иметь право при наличии личных средств запросить дополнение к бесплатному стандарту с целью получения услуги лучшего качества (Дуганов, 2007). В то же время отсутствие доверительного общения между врачом и пациентом выступает как ограничением качества медицинской помощи, так и барьером в ее получении (Schwarz et al., 2022). В коммерческом секторе, в отличие от государственного, где выбор лечащего врача ограничен, клиент может рационализировать свой выбор, обратившись к отзывам и рекомендациям. Специальные интернет-платформы (например, российский сайт «ПроДокторов»), агрегирующие оценки и комментарии реальных потребителей услуг, позволяет несколько сгладить проблему информационной асимметрии.

Эксперты Всемирного банка выделяют четыре традиционных инструмента измерения качества медицинских услуг: медицинские виньетки, наблюдения за лечащим врачом (также известные как прямые клинические наблюдения), интервью с пациентами после получения ими медицинских услуг и широко распространенная в маркетинге техника «тайного пациента» (Holla, 2013). Широко встречаются на практике и стандартизованные опросные технологии. Например, Л.В. Мамедова описывает практику оценки качества медицинской помощи после проведения оперативных вмешательств в отделениях стационаров отоларингологии. Качество при этом оценивается как со стороны персонала (критерии – целостность барабанной перепонки или неотимпанальной мембраны и улучшение слуха), так и со стороны пациентов (динамика показателей качества жизни и психоэмоционального со-

стояния) (Мамедова, 2012). Заметим, что доступность в этом случае было бы разумно оценить через ответы на вопрос о длительности ожидания плановой операции, транспортной удаленности больницы и пр. Однако эти методы уместны для оценок качества на микроуровне, но мало пригодны для исследований на уровне популяции и территорий. Здесь, особенно если нас интересуют не только оценки гражданами доступности и качества медицинской помощи по факту их получения, но и общие представления жителей территорий об этих параметрах, нам не обойтись без масштабных формализованных социологических опросов.

Таким образом, можно констатировать, что порядок интерпретации качества и доступности медицинской помощи, опирающийся на их оппозицию, обладает наибольшей аналитической ценностью. На уровне территорий он может быть реализован как с применением ведомственной статистической информации, так и с привлечением данных социологических исследований. Именно этот подход был применен нами в статье, в которой поставлена цель проанализировать доступность и качество медицинской помощи в субрегиональном срезе Вологодской области с выявлением различий между территориями, организациями коммерческого и государственного секторов здравоохранения.

Цель конкретизируется в двух задачах исследования:

1) выявление территориальных (исследовались основные административно-территориальные единицы в рамках субъекта РФ – крупные города и муниципальные районы) различий в доступности и качестве медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями жителям Вологодской области, на основе анализа общих количественных и квалификационных показателей кадрового потенциала здравоохранения;

2) оценка доступности и качества медицинской помощи на базе социологических данных с апробацией специализированного расчетного инструментария, позволяю-

щего определить как территориальные, так и структурные (через сравнение государственного и коммерческого секторов) нюансы в субъективных оценках населения относительно обсуждаемых категорий.

Материалы и методы

Информационную базу исследования составляют данные Минздрава РФ, ведомственной статистики (БУЗ МИАЦ Вологодской области) и социологических опросов, проведенных ФГБУН ВолНИЦ РАН с непосредственным участием автора, репрезентирующих мнения и оценки взрослого населения Вологодской области (старше 18 лет). Таким образом, аспекты качества и доступности медицинской помощи в региональном здравоохранении были затронуты с позиций анализа как ресурсных, объективных показателей, так и субъективных оценок населения. В первом случае базовым критерием доступности стала обеспеченность населения территорий врачами. Заметим, что данные по количеству врачей в статистических отчетах Росстата и БУЗ МИАЦ Вологодской области различаются (публикуемые за 2021 год сведения содержат цифры 4065 и 3344 человек соответственно), что связано с методическими нюансами учета. Поскольку данные Росстата были использованы для описания общероссийской ситуации, а информация БУЗ МИАЦ Вологодской области, более точная и детализированная, – для выявления внутрирегиональных параметров кадрового потенциала отрасли, эти ведомственные различия не отразились на достоверности полученных результатов³. Принимались во внимание и количество медицинских кадров, и укомплектованность штатных должностей медицинских учреждений физическими лицами, и, соответственно, уровень совместительств. Косвенным индикатором качества медицинской помощи выбран удельный вес врачей, имеющих квалифика-

ционные категории, в общем объеме врачей. Выбор главного показателя доступности медицинской помощи в пользу врачей (а не коечных фондов) обусловлен тем, что обеспеченность населения коечными фондами чрезвычайно сложно поддается интерпретации. С одной стороны, в научной литературе последних лет обеспеченность населения стационарной медицинской помощью воспринимается как императив доступности. С другой стороны, идеология качественных преобразований здравоохранения, принятых органами власти в 2000-е гг., была ориентирована на сокращение роли стационарного сектора в отрасли и его вклада в структуру объема медицинской помощи в пользу первичной медико-санитарной помощи. Оба подхода к оценке ситуации имеют преимущества и слабые места, но фактически являются взаимоисключающими. В то же время нельзя отрицать, что кадровый потенциал здравоохранения остается фундаментом, на котором строится здравоохранение вне зависимости от сложившейся и, возможно, переменчивой конъюнктуры. В случае субъективных оценок источником данных выступили полевые социологические исследования, проведенные на территории Вологодской области в 2018, 2020 и 2021 гг. Ряд данных за три года позволяет анализировать динамику субъективных оценок качества и доступности медицинской помощи в панораме пандемии, развернувшейся в 2019 году и завершившейся в 2022 году. Опрос охватил крупные города Вологду и Череповец и 8 муниципальных районов, включая и малые города, что позволяет представить ситуацию в территориальном срезе, выявить различия между крупными городами и муниципальными районами области. Объем выборки составил 1500 человек. Выборка пропорциональная квотная, ее ошибка не превышает 4%. Респондентам предлагалось оценить качество и доступность медицинской помощи, оказываемой в

³ Показатель «Численность врачей всех специальностей (физических лиц) в организациях, оказывающих медицинские услуги населению, на конец отчетного года», рассчитываемый Росстатом, включает лиц с высшим медицинским образованием, занятых в лечебно-профилактических организациях, организациях служб по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, учреждениях социального обеспечения, клиниках вузов и НИИ, дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка и др.

государственных поликлиниках, больницах и частных медицинских организациях, выбрав вариант ответа по предложенной шкале. В основу исследования легли ответы респондентов, обладающих фактическим опытом обращения в медицинские организации в течение последнего года. По итогам опроса рассчитаны индексы доступности и качества медицинской помощи. Способ калькуляции в обоих случаях предполагает вычисление разности между суммами удельных весов положительных и отрицательных оценок в общем пуле ответов респондентов. Для исключения отрицательных значений индексов полученная разность суммируется со слагаемым «100».

Результаты

Доступность медицинской помощи напрямую зависит от наличия в регионе меди-

цинских кадров и обеспеченности ими населения. Среди проблем регионального здравоохранения особенно остро стоит дефицит врачей, усугубляемый отсутствием собственного регионального медицинского вуза как источника пополнения кадрового состава медицинских организаций. В 2021 году обеспеченность населения Вологодской области врачами составила 35,7 на 10000 человек, что существенно ниже, чем в среднем по РФ и СЗФО. Несмотря на позитивные изменения в кадровом обеспечении отрасли, произошедшие за анализируемый период (с 2018 по 2021 год в регионе заметно увеличилось количество врачей), эта динамика серьезно отставала от позитивных тенденций, наметившихся в стране и макрорегионе, в результате ситуация была и остается непростой (табл. 1).

В целом укомплектованность штатных должностей занятыми должностями для ка-

Таблица 1. Показатели кадрового потенциала здравоохранения территорий РФ

Территория	2018 год		2019 год		2020 год		2021 год		Динамика, %	
	ЧВ	ОВ	ЧВ	ОВ	ЧВ	ОВ	ЧВ	ОВ	ЧВ 2021/2018 гг.	ОВ 2021/2018 гг.
Российская Федерация	548818	37,4	551473	37,6	557285	38,0	741858	50,5	35,2	35,0
Центральный федеральный округ	147382	37,5	149439	37,9	152580	38,7	214379	53,2	45,5	41,9
Северо-Западный федеральный округ	60142	43,1	61195	43,8	61970	44,3	87309	62,8	45,2	45,7
Республика Карелия	2612	42,0	2592	42,2	2634	42,9	3227	60,6	23,5	44,3
Республика Коми	3418	40,6	3349	40,8	3269	39,8	4024	54,8	17,7	35,0
Архангельская область	4475	40,3	4400	40,3	4282	39,2	6182	60,8	38,1	50,9
Ненецкий автономный округ	185	42,0	204	46,2	203	46,0	237	57,2	28,1	36,2
Вологодская область	3485	29,6	3487	30,0	3473	29,9	4065	35,7	16,6	20,6
Калининградская область	3019	30,4	3124	30,9	3142	31,0	4977	48,3	64,9	58,9
Ленинградская область	5503	30,3	5633	30,0	5661	30,2	7277	36,3	32,2	19,8
Мурманская область	2589	34,4	2545	34,3	2522	34,0	3694	55,5	42,7	61,3
Новгородская область	1961	32,3	1914	32,1	1856	31,1	2531	43,5	29,1	34,7
Псковская область	1723	27,1	1626	26,0	1622	25,9	2058	34,5	19,4	27,3
г. Санкт-Петербург	31172	58,2	32321	59,9	33306	61,7	49274	87,9	58,1	51,0
Южный федеральный округ	56816	34,6	56267	34,2	56528	34,3	73602	44,0	29,5	27,2
Северо-Кавказский федеральный округ	34468	35,1	34986	35,2	35557	35,8	44049	43,3	27,8	23,4
Приволжский федеральный округ	106389	36,0	106233	36,3	106904	36,5	137461	47,6	29,2	32,2
Уральский федеральный округ	42422	34,3	42529	34,4	42945	34,7	58240	47,4	37,3	38,2
Сибирский федеральный округ	65098	37,8	64570	37,7	64661	37,8	83437	49,8	28,2	31,7
Дальневосточный федеральный округ	32781	39,9	32865	40,2	32755	40,1	43381	54,5	32,3	36,6

Примечание: ЧВ – число врачей; ОВ – обеспеченность врачами на 10000 чел. населения.
 Источник: данные Минздрава РФ; данные Росстата. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

тегории врачей в 2021 году в Вологодской области составляла 85,5% (в 2020 году – 86,9%), тогда как укомплектованность штатных должностей физическими лицами – лишь 51,9% (в 2020 году – 54,6%), коэффициент совместительства, соответственно, равнялся 1,6 (в 2020 году также 1,6; табл. 2). Чрезмерные нагрузки при работе на нескольких ставках (включая ночные дежурства) негативно сказываются на физическом и психическом здоровье врачей, что приводит к снижению качества медицинского обслуживания.

По отдельным районам ситуация различается весьма существенно, но в большинстве случаев оценивается как неблагоприятная. Особенно сложно дела обстоят в Великоустюгском (где коэффициент совместительств достигает 2,5), Бабаевском и

Сокольском (по 1,9) районах. В стационарах области уровень совместительств заметно выше, чем в поликлиниках (1,9 против 1,4).

Параметры качества медицинской помощи, косвенно определяемые общим уровнем профессионализации и квалификации врачей, выявляют существенные различия между крупными городами и муниципальными районами: удельный вес врачей, имеющих квалификационные категории, в том числе высшую категорию, в районных учреждениях, как правило, ниже, чем в городских. Показатель уровня сертификации и аккредитации специалистов в контексте анализа качества медицинской помощи оказывается недостаточно информативным, поскольку наличие соответствующих документов является в осуществлении лечебно-профилактической деятельности обязательным.

Таблица 2. Показатели доступности и качества медицинской помощи в Вологодской области (аспект кадрового обеспечения)

Территория	2018 год			2019 год			2020 год			2021 год		
	Параметры доступности											
	ОВ	УШДФЛ	КС	ОВ	УШДФЛ	КС	ОВ	УШДФЛ	КС	ОВ	УШДФЛ	КС
Вологодская область	29,8	53,5	1,7	30,0	56,4	1,6	30,2	54,6	1,6	29,1	51,9	1,6
г. Вологда	23,1	51,5	1,7	23,2	55,5	1,6	23,3	53,7	1,5	22,8	52,2	1,6
г. Череповец	26,1	60,8	1,5	23,8	64,2	1,4	23,9	59,9	1,5	23,2	58,3	1,5
Муниципальные районы	15,6	54,0	1,6	16,0	56,6	1,6	15,3	53,1	1,7	14,7	50,3	1,7
max	23,7	72,0	2,1	25,8	76,3	2,0	25,2	81,8	2,3	23,6	63,8	2,5
min	10,1	38,5	1,2	11,4	42,7	1,2	11,5	37,3	1,1	9,0	39,2	1,2
Областные ЛПУ	9,8	50,0	1,7	10,1	52,6	1,6	10,1	53,1	1,7	9,8	49,4	1,8
Территории	Параметры качества											
	ВКК	КК	СС	ВКК	КК	СС	ВКК	КК	СС	ВКК	КК	СС
Вологодская область	20,8	49,9	99,7	20,8	46,9	99,7	20,5	46,3	99,4	20,5	46,9	99,4
г. Вологда	18,9	46,8	99,9	18,9	43,9	99,9	18,5	42,9	99,2	17,7	41,7	99,2
г. Череповец	17,4	48,3	100,0	17,4	44,0	100,0	17,3	43,8	98,9	17,5	44,8	98,9
Муниципальные районы	11,1	37,3	99,6	11,1	33,9	99,6	10,8	34,7	99,9	11,1	34,3	99,9
max	26,7	61,1	100,0	27,6	59,3	100,0	29,6	59,3	100	28,6	66,7	100,0
min	2,2	11,8	96,2	2,2	5,9	96,2	2,2	5,9	96,3	3,6	5,6	98,1
Областные ЛПУ	31,9	63,1	99,3	31,6	60,5	99,5	30,4	58,0	98,0	30,6	60,0	99,6

Примечание: 1) параметры доступности: ОВ – обеспеченность врачами, ед. на 10000 чел. населения; УШДФЛ – укомплектованность штатных должностей физическими лицами; КС – коэффициент совместительства; 2) параметры качества: ВКК – удельный вес врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, % от общего количества врачей; КК – удельный вес врачей, имеющих какую-либо, I, II или высшую, квалификационную категорию, % от общего количества врачей; СС – удельный вес врачей, имеющих сертификат, аккредитацию специалиста, % от общего количества врачей.
 Источник: данные БУЗ Вологодской области «Медицинский информационно-аналитический центр».

Удельный вес врачей, имеющих сертификат, аккредитацию специалиста, в региональном здравоохранении приближается к 100%.

Областные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) выделяются на общерегиональном фоне высокими показателями квалификации врачей (так, удельный вес специалистов с высшей квалификационной категорией в 2021 году составил по данной категории учреждений 30,6%, всего с категорией – 60,0%), но демонстрируют высокий уровень совместительств (в 2021 году – 1,8), превышающий средние по региону значения. Это косвенно свидетельствует о том, что пациенты областных ЛПУ, в сравнении с теми, кто обратился за помощью в учреждение по месту жительства, с большей вероятностью получают качественную и квалифицированную помощь. Между тем доступность этой помощи ограничена препятствиями как пространственного, так и организационного характера в силу недостаточного кадрового обеспечения и необходимости соблюдения формальных процедур, предполагающих направление пациентов в областные ЛПУ в исключительных случаях и по квотному принципу.

Несмотря на то, что государственный сектор здравоохранения остается наиболее востребованным среди населения поставщиком медицинской помощи (в 2022 году в Вологодской области 63,5% обращались за медицинской помощью в государственные учреждения), в последние годы в отрасли наблюдается стремительный рост коммерческого сектора. Если в 2020 году, по данным опросов ФГБУН ВолНЦ РАН, только 12,7% жителей области получали услуги коммерческих медицинских организаций, то в 2022 году их удельный вес достиг 27,1%. Однако лишь 6,5% из всех, кто в анализируемом году обращался за любой медицинской помощью, доверяли свое здоровье исключительно частным клиникам и центрам, тогда как 20,6% обращались и в коммерческие, и в государственные организации, различным образом комбинируя предоставляемые ими возможности, что позволяет значительной части населения сопоставить преимущества

и недостатки двух обсуждаемых альтернатив. Бюджетные учреждения, если обратиться к субъективным оценкам жителей территорий области, в этом сравнении чаще всего проигрывают (табл. 3).

Частные медицинские организации получают значительно более высокие, чем государственные, оценки респондентов по параметрам доступности и качества медицинской помощи/услуг. Встретился лишь короткий ряд исключений, когда по субъективным оценкам доступности и/или качества государственные учреждения превзошли частные. Только один раз, в 2018 году в г. Вологде, это было характерно для оценок доступности (AI по государственным учреждениям составил 154,4, по частным – 153,1). Прочие случаи зафиксированы в 2020 году, они касаются оценок качества медицинской помощи со стороны жителей территорий вне крупных городов: 1) муниципальных районов (QI государственных учреждений составил 188,5, частных – 186,8); 2) малых городов (QI государственных учреждений – 190,7, частных – 189,1); 3) сельских поселений (QI государственных учреждений – 187,2, частных – 184,6). Практически во всех из них разница в значениях индексов между государственными и частными организациями мала. Кроме того, здесь следует дать методический комментарий: индексы скрывают различия между удовлетворительными и высокими оценками, которые в целом трактуются как антитеза негативным, при этом упускается из виду то, что в оценках государственных организаций имеет место перевес в сторону удовлетворительных оценок, а в оценках частных – высоких. Это свидетельствует, что коммерческие медицинские организации действительно зарекомендовали себя в качестве надежных поставщиков медицинских услуг, соответствующих запросам и ожиданиям клиентов.

Принимая во внимание редкие исключения в оценках 2018 и 2020 гг., мы можем констатировать, что 2022 год явил непротиворечивую картину в характере различий между оценками качества и доступности медицинской помощи в разрезе секторов

Таблица 3. Индексы субъективной оценки доступности и качества медицинской помощи в разрезе территорий Вологодской области

Индекс	2018 год («допандемийный»)		2020 год («пандемийный»)		2022 год («постпандемийный»)	
	гос.	част.	гос.	част.	гос.	част.
Вологодская область						
QI*	164,8	195,6	179,6	187,2	106,2	173,8
AI**	150,1	166,6	163,4	179,6	112,3	157,4
QI/AI	1,098	1,174	1,099	1,042	0,946	1,104
Муниципальные районы						
QI	121,6	189,1	188,5	186,8	99,0	173,0
AI	164,9	179,4	171,3	187,1	103,2	156,8
QI/AI	0,737	1,054	1,100	0,998	0,959	1,103
г. Вологда						
QI	173,9	200,0	166,0	189,6	100,4	166,4
AI	154,4	153,1	164,8	184,5	112,7	150,6
QI/AI	1,126	0,653	1,007	1,028	0,891	1,105
г. Череповец						
QI	168,7	197,7	175,4	181,9	123,1	187,5
AI	126,1	167,1	148,1	151,4	126,7	170,8
QI/AI	1,338	1,183	1,184	1,201	0,972	1,098
Малые города						
QI	142,4	189,7	190,7	189,1	98,9	177,4
AI	175,5	193,2	177,6	194,8	104,4	174,6
QI/AI	0,811	0,982	1,074	0,971	0,947	1,016
Сельская местность						
QI	166,4	189,7	187,2	184,6	99,2	167,8
AI	158,0	166,1	167,8	179,5	102,3	136,5
QI/AI	1,053	1,142	1,116	1,028	0,970	1,229
QI max/min	173,9 / 142,4	197,7 / 100,0	190,7 / 166,0	189,6 / 181,9	123,1 / 98,9	187,5 / 166,4
AI max/min	175,5 / 126,1	193,2 / 153,1	177,6 / 148,1	194,8 / 151,4	126,7 / 102,3	174,6 / 136,5
* QI – индекс качества.						
** AI – индекс доступности.						
Рассчитано по: данные социологического опроса населения Вологодской области.						

здравоохранения. По данным 2022 года, респонденты склонны оценивать доступность медицинской помощи государственных учреждений несколько (перевес здесь очень незначительный, но он складывается во всех без исключения случаях, независимо от того, какой тип территорий мы рассматриваем) выше, чем ее качество. В отношении частных клиник и центров наблюдается обратная картина: говоря о высоком уровне качества услуг, полученных на коммерческой основе, опрошенные признают их ограниченную доступность (вероятно, в силу высокой стоимости).

В «пандемийный» год в регионе отмечался рост, по сравнению с «доковидным» 2018 годом, субъективных оценок качества (ИК увеличился со 164,8 до 179,6) и доступности (со 150,1 до 163,4) медицинской помощи, оказываемой государственными организациями, однако уже в 2022 году обнаруживается их существенное, даже по отношению к базовому году, снижение (до 106,2 и 112,3 соответственно). В г. Череповце, в малых городах и сельской местности имели место аналогичные тенденции. В г. Вологде для ИД характерен общерегиональный порядок изменений, но снижение ИК за три

Таблица 4. Индексы доступности и качества медицинской помощи / услуг в разрезе территорий Вологодской области и видов организаций по форме собственности (2022 год)

Территория	Индекс качества медицинской помощи/услуг				Индекс доступности медицинской помощи/услуг			
	государственные учреждения		частные организации		государственные учреждения		частные организации	
	обращались	не обращались	обращались	не обращались	обращались	не обращались	обращались	не обращались
Вологодская область	106,2	98,0	173,8	166,0	112,3	121,8	157,4	142,8
г. Вологда	100,4	72,4	166,4	159,8	112,7	92,8	150,6	162,1
г. Череповец	123,1	114,5	187,5	166,1	126,7	126,3	170,8	165,2
Муниципальные районы	99,0	104,6	173,0	168,4	103,2	136,4	156,8	122,3

Рассчитано по: данные социологического опроса населения Вологодской области.

года было однонаправленным. Динамика субъективных оценок качества и доступности медицинских услуг частных организаций более противоречива: если ИД демонстрирует первоначальный рост к 2020 году и последующее снижение в 2022 году, то ИК за три анализируемых года последовательно снижался.

Опираясь на данные за постпандемийный 2022 год, проиллюстрируем важность сопоставления оценок качества и доступности медицинской помощи по группам респондентов, обладающих фактическим опытом обращения в соответствующие типы медицинских организаций и не имеющих такового (табл. 4).

Наиболее тревожным симптомом стала крайне низкая удовлетворенность качеством медицинской помощи, оказываемой на базе государственных учреждений области (QI = 98,0) и особенно г. Вологды (QI = 72,4), среди категории респондентов, не обращавшихся в эти учреждения. В кругу респондентов, имеющих реальный опыт диагностики и лечения заболеваний в течение года, оценки незначительно выше. Напомним, что значения индексов качества и доступности ниже 100 свидетельствуют о преобладании негативных оценок над позитивными.

Обсуждение

В выявленных на уровне субъектов РФ территориальных различиях в обеспеченности населения врачами нельзя усмотреть элементов научной и практической новиз-

ны: эти проблемы часто поднимаются в научной литературе и в официальных заявлениях представителей власти. В данной работе обращение к укрупненным данным позволило описать контекст, обозначить особую остроту кадровой проблемы и тем самым актуализировать ее для Вологодской области как региона исследования. Вместе с тем параллельное использование показателей обеспеченности населения территорий кадровыми ресурсами как индикатора доступности и уровня профессионализации врачей как индикатора качества, на наш взгляд, представляет научный интерес и имеет перспективы для использования в практике управления. Среди преимуществ данного подхода – функциональность, простота и доступность исходных данных, среди недостатков и ограничений интерпретации – нивелирование локальной специфики, особенностей предоставления медицинской помощи в учреждениях разного типа и уровня, игнорирование специализации врачей и, вероятно, умозрительный характер взаимосвязи между наличием категории и профессиональным мастерством.

Оценки качества и доступности медицинской помощи для жителей территории, опирающиеся на социологические опросы, имеют одно существенное ограничение интерпретации – субъективность. Получатели медицинской помощи, не обладая достаточным уровнем экспертизы, не могут подойти к ее оценке, во-первых, с беспристрастностью, во-вторых, с учетом требований ме-

дицинской и экономической целесообразности. В то же время на популяционном, территориальном уровне именно субъективные оценки приобретают особое значение и аналитическую ценность, поскольку позволяют получить обратную связь от населения и о реализации законодательно гарантируемых прав, и о верности выбранного вектора развития отрасли. Нацеленность на интересы и потребности клиентов, лежащая в основе маркетингового мышления, также составляет достаточное основание для выбора удовлетворенности потребителей в качестве приоритетного критерия исследований функциональности медицинских служб, причем различия в форме собственности организаций не являются принципиальными. Обобщенный характер оценок, а за агрегированными показателями скрываются существенные и принципиальные различия отдельных случаев, как ограничение трактовок полученных результатов имеет место, но нивелируется территориальным уровнем обобщений. Сопоставление объектов наблюдений по расчетным величинам индексов доступности и качества медицинской помощи ставит окончательной целью не детализировать нюансы отдельных кейсов во всем их многообразии, а описать принципиальные различия в актуальных коллективных представлениях жителей о здравоохранении как важнейшем социальном институте.

Новостью стало существенное и практически повсеместное преобладание оценок качества и доступности медицинской помощи, оказываемой частными медицинскими организациями, над оценками респондентов по тем же параметрам в рамках государственного сектора. Это свидетельствует об общем недоверии к государственным медицинским организациям, причем тот факт, что наименьшие оценки доступности не опираются на реальный опыт, не является признаком недостоверности. Важно понимать, что крайне низкие ожидания жителей города приводят либо, в лучшем случае, к обращению в альтернативные, коммерческие, организации, либо, в худшем, к выбору стратегии избегания, что чревато накопле-

нием хронических патологий, поздним выявлением заболеваний.

Сопоставление оценок качества и доступности медицинской помощи группами респондентов, обратившихся за медицинской помощью, и, напротив, не обладающих данным опытом, не обнаруживается в исследованиях наших коллег как самостоятельная задача. Между тем такая постановка проблемы представляет научный и практический интерес. Анализ мнений респондентов о доступности и качестве услуг, полученных ими в реальной жизни и тем более в течение текущего года, действительно обладает информативностью и ценностью. Однако П. Друкер в свое время задавал справедливый риторический вопрос о том, целесообразно ли оценивать удовлетворенность клиента услугами и качеством купленных товаров, если он их сам выбрал. Действительно, как было показано выше, жители региона, которые получали медицинские услуги за личный счет, оценивают их доступность выше тех, кто не имел подобного опыта. Следовательно, главным методологическим ограничением такого рода оценок становится логическая дилемма «курицы и яйца». Первым, но далеко не окончательным, шагом в ее разрешении стало сравнение оценок по двум выделенным категориям респондентов. Согласно данным социологического опроса жителей Вологодской области, те из них, кто не обращался в государственные учреждения в течение года, предшествовавшего анкетированию, оценивают доступность предоставляемой ими помощи выше, чем те, кто обращался. С оценками качества медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями, ситуация складывается диаметрально противоположным образом. Более того, индексы качества предоставляемой государственными организациями медицинской помощи, полученные на основе априори-оценок, имеют минимальные значения из всех расчетных величин. Это можно интерпретировать с позиций и сравнения опыта (те, кто обращался в государственные учреждения, могли актуализировать все ха-

ракетные для них изъяны организационного характера), и сопоставления качества и доступности, влияющего на выбор респондентов (респонденты, низко оценивая качество медицинской помощи, не видят преимуществ в ее доступности, предпочитая высокое качество платных медицинских услуг, пусть и с необходимостью их оплаты). В частном секторе ситуация складывается противоположным образом: оценки доступности имевших опыт лечения в частных организациях выше, чем в ответах респондентов, не имевших такового.

Трудно обойти вниманием тот факт, что результаты опроса, проведенного летом 2020 года, фактически в разгар пандемии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, не зафиксировали существенного снижения оценок доступности медицинской помощи. Напротив, и расчетные индексы доступности, и оценки распространенности негативных явлений в медицинских учреждениях свидетельствуют об улучшении ситуации в 2020 году по сравнению с 2018 годом, когда проводились аналогичные полевые исследования, но эпидемиологическая обстановка была более благоприятной. Выявление причин этого феномена выходит за рамки исследования, поэтому мы не располагаем достаточными сведениями и данными для точной его интерпретации. Однако есть основания полагать, что общее улучшение оценок доступности медицинской помощи респондентами вызвано, наряду с другими возможными причинами, сезонным фактором – сдвигом времени полевых исследований с весны на лето 2020 года (по причине пандемии). В летний период замеры общественного мнения традиционно показывают более высокие, чем в прочие месяцы года, оценки социально-экономического положения населения. Кроме того, медицинская активность граждан летом закономерно снижается. Несмотря на то, что формулировки вопросов анкеты апеллируют к памяти респондента (требуется оценить распространенность негативных практик и доступность медицинской помощи в течение последнего года), человеческой психике

свойственна абберрация восприятия – преломление прошлых событий через призму актуального состояния. В целом же соблюдение методических и инструментальных требований к проведению социологического исследования позволяет воспринимать полученные результаты как объективные и заслуживающие внимания.

Заключение

Кадровая проблема в здравоохранении Вологодской области остается актуальной: обеспеченность жителей врачами в регионе значительно ниже, чем в среднем по РФ (на 30%) и СЗФО (43%). В течение анализируемого периода (с 2018 по 2021 год) имели место позитивные тенденции в динамике данного показателя (рост на 20,6%), но они заметно отставали от общефедеральных (35,0%) и зафиксированных на уровне макрорегиона (45,7%). Анализ ситуации на локальном уровне позволил обнаружить дифференциацию в обеспеченности населения врачами как, с одной стороны, между крупными городами и, с другой стороны, муниципальными районами, так и внутри ряда муниципальных районов. Характерный для регионального здравоохранения дефицит врачей обуславливает необходимость совместительства, уровень которых в области достигает 1,6 (а в ряде муниципальных районов 1,9 и даже 2,5), что, в свою очередь, отражается не только на доступности, но и на качестве медицинской помощи. По уровню квалификации врачей как индикатору качества муниципальные районы также уступают крупным городам. Анализ результатов социологического опроса, проведенного в Вологодской области в 2018, 2020 и 2022 гг., позволил обнаружить территориальные различия в субъективных оценках жителей относительно доступности и качества медицинской помощи. В отличие от первого этапа исследования, построенного на данных официальной статистической отчетности, анализ дал возможность не только охарактеризовать ситуацию в пространственном измерении, но и сопоставить оценки по двум базовым секторам здравоохранения –

государственному и коммерческому, что особенно актуально в современных российских реалиях, когда услуги частных медицинских организаций пользуются все большим спросом со стороны населения. Итоги исследования выявили заметное и практически повсеместное превосходство коммерческих организаций по сравнению с государственными в оценках качества и доступности предоставляемой жителям медицинской помощи. Нельзя не оговориться, что государственные медицинские учреждения сохраняют свою основную роль в оказании медицинской помощи, большинство населения при необходимости прохождения диагностических или лечебных процедур предпочитают именно их. Вместе с тем сложно игнорировать рост удельного веса респондентов, обращающихся в частные клиники и медицинские центры, при этом доля тех, кто в своем выборе ограничивается исключительно коммерческими организациями, незначительна – жителям региона скорее свойственно ситуативное варьирование между организациями обоих видов собственности.

Коммерческий сектор здравоохранения в Вологодской области в настоящее время не только нивелирует ряд традиционных для государственных учреждений проблем доступности (очереди, сложность записи на прием, низкий уровень комфорта и пр.) и предоставляет отдельные опции для осуществления диагностических и медицинских процедур, но постепенно завоевывает целевую и базовую для бюджетных органи-

заций аудиторию, в конечном итоге представляя весомую альтернативу общественному сектору. Оценить эти тенденции сложно. С одной стороны, повышение интереса к собственному здоровью и готовность инвестировать в него сопутствует укреплению личностной и гражданской зрелости индивидуумов, способствует профилактике и своевременному выявлению заболеваний, укреплению экономики региона. С другой стороны, повышенный спрос на медицинские услуги часто становится вынужденным ответом на неудовлетворенность качеством и доступностью помощи, оказываемой в учреждениях по месту жительства. Кроме того, медицинские услуги, оказываемые по договору с поставщиком, носят дискретный и несистемный характер, что в условиях асимметричности информации вызывает риски нарушения маршрутизации пациентов, повышения расходов домохозяйств, не всегда оправданных, на медицинскую помощь. Нельзя обойти вниманием и то, что развитие коммерческого сектора в качестве опции «выход» (по А. Хиршману), или «альтернатива», не может нивелировать кадровый дефицит регионального здравоохранения. Напротив, мы наблюдаем слияние кадрового потенциала государственного и частного секторов, частичное перетекание специалистов, которые даже в бюджетных учреждениях работают в условиях совместительства, из одного в другой, что усугубляет и без того острые проблемы профессионального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

- Григорьева Е.А., Еремина М.Г., Кром И.Л. [и др.] (2022). Удовлетворенность потребителей медицинских услуг качеством и доступностью медицинской помощи в региональном здравоохранении: проспективное когортное лонгитюдное динамическое исследование // Социология медицины. Т. 21. № 2. С. 193–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm112407>
- Дуганов М.Д. (2007). Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. Москва: ИЭПП. 112 с.
- Калашников К.Н. (2018). «Вектор доступности» медицинской помощи: концептуализация и практика измерений // Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования. Т. 4. № 3. С. 4–20. DOI: 10.18413/2408-932X-2018-4-3-0-1
- Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. (2015). Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Москва: Изд. дом Высшей школы экономики. 56 с.

- Мамедова Л.В. (2012). Оценка качества медицинской помощи в отохирургии // Вестник оториноларингологии. Т. 77. № 4. С. 61–64.
- Хиршман А.О. (2009). Выход, голос и верность: реакция на упадок фирм, организаций и государств. Москва: Фонд Либеральная миссия. 156 с.
- Царик Г.Н., Корбанова Т.Н., Абросова О.Е. [и др.] (2017). Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области // Политравма/Polytrauma. № 3. С. 55–63.
- Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. (2013). Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. № 4. С. 16–34.
- Шартова Н.В., Грищенко М.Ю., Ревич Б.А. (2019). Оценка территориальной доступности медицинских учреждений по открытым данным на примере Архангельской области // Социальные аспекты здоровья населения. Т. 65. № 6. С. 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1114/27/lang,ru>. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-1
- Шишкин С.В., Понкратова О.Ф., Потапчик Е.Г. [и др.] (2019). Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации: препринт. Москва: Изд. дом Высшей школы экономики. 96 с.
- Akerlof G. A. (1970). The Market for «Lemons»: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), 488–500.
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1–10.
- Arrow K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53 (5), 941–973.
- Haddad S., Fournier P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc. Sci. Med.*, 40 (6), 743–753. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00134-F
- Holla A. (2013). *Measuring the Quality of Health Care in Clinics*. The World Bank Group, 37. Available at: https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/page-files/Measuring%20Quality%20of%20Health%20Care_020313.pdf
- Levesque J.F., Harris M.F., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health*, 12 (18). DOI: 10.1186/1475-9276-12-18
- Makuc D.M., Haglund B., Ingram D.D. [et al.] (1991). The use of health service areas for measuring provider availability. *Public Health Resources*, 7 (4), 347–356. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/17269195.pdf>
- Peters D.H., Garg A., Bloom G. [et al.] (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011
- Reshetnikov A., Frolova I., Abaeva O. [et al.] (2023). Accessibility and quality of medical care for patients with chronic noncommunicable diseases during COVID-19 pandemic. *Primary Care Respiratory Medicine*. 33 (14). DOI: 10.1038/s41533-023-00328-9
- Schwarz T., Schmidt A.E., Bobek J. [et al.] (2022). Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 22 (1037). DOI: 10.1186/s12913-022-08426-z

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Константин Николаевич Калашников – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: konstantino-84@mail.ru)

Kalashnikov K.N.

QUALITY AND ACCESS TO HEALTH CARE FOR POPULATION (REGIONAL ASPECT)

The article actualizes the problem of assessing the quality and availability of medical care in Russian health care. The aim of the research is to analyze the availability and quality of medical care in the sub-regional cross-section of the Vologda Oblast, identifying the differences between the territories, organizations of commercial and public health sectors. The work is based both on statistical reporting data (the indicator of availability of medical care is the accessibility of doctors to the population, the quality of medical care – the level of professionalization and qualification of doctors), and on subjective assessments of residents obtained in surveys (quality and availability indices of medical care are calculated based on the survey data). The scientific novelty of the research consists in approbation of original methodology of binary analysis of two key parameters of medical care – availability and quality, based on calculated indices on materials of the COVID-19 pandemic period. As an alternative to the common in the Russian and foreign literature and management practices of discrete analysis of availability and quality of medical care or their interpretation as synonymous categories, the author approves the approach that involves their joint assessment within a two-dimensional measurement space, and shows its analytical advantages. The analysis, carried out within the framework of this approach, allowed identifying variants of conjugation and dichotomy between the parameters of availability of medical care quality in comparative territorial and structural contexts, in the subjective assessments of respondents. As a result of the research, we have been able to establish that organizations of the commercial sector receive higher estimates of the availability and quality of medical care and services than state medical institutions, which indicates both the formation of a new culture of medical activity and the emerging risks for the residents of the region. The practical value of the obtained results consists in approbation of the methodology of assessment and analysis of availability and quality of medical care as opposing categories in the territorial comparison, which will allow planning the development of health care based on the opinions of the residents of the territories.

Availability of medical care, quality of medical care, health care, public sector, private sector, sociological survey, respondent, territories.

REFERENCES

- Akerlof G. A. (1970). The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500.
- Andersen R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
- Arrow K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Duganov M.D. (2007). *Otsenka effektivnosti raskhodov na zdravookhranenie na regional’nom i munitsipal’nom urovnyakh* [Evaluating the Effectiveness of Health Care Expenditures at the Regional and Municipal Levels]. Moscow: IEPP.
- Grigoreva E.A., Eremina M.G., Krom I.L. et al. (2022). Satisfaction with the quality and accessibility of medical care in regional healthcare: A prospective cohort longitudinal dynamic study. *Sotsiologiya meditsiny=Sociology of Medicine*, 21(2), 193–201. DOI: 10.17816/socm112407 (in Russian).
- Haddad S., Fournier P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc. Sci. Med.*, 40(6), 743–753. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00134-F

- Hirschman A.O. (2009). *Vykhod, golos i vernost': reaktsiya na upadok firm, organizatsii i gosudarstv* [Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and State]. Moscow: Fond Liberal'naya missiya.
- Holla A. (2013). *Measuring the Quality of Health Care in Clinics*. The World Bank Group, 37. Available at: https://www.globalhealthlearning.org/sites/default/files/page-files/Measuring%20Quality%20of%20Health%20Care_020313.pdf
- Kalashnikov K.N. (2018). "Vector" of medical care availability: Conceptualization and measurements. *Nauchnyi rezul'tat. Sotsial'nye i gumanitarnye issledovaniya=Research Results. Social Studies and Humanities*, 4(3), 4–20. DOI: 10.18413/2408-932X-2018-4-3-0-1 (in Russian).
- Kochkina N.N., Krasil'nikova M.D., Shishkin S.V. (2015). *Dostupnost' i kachestvo meditsinskoj pomoshchi v otsenkakh naseleniya* [Accessibility and Quality of Medical Care in the Evaluations of Population]. Moscow: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki.
- Levesque J.F., Harris M.F., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health*, 12(18). DOI: 10.1186/1475-9276-12-18
- Makuc D.M., Haglund B., Ingram D.D. et al. (1991). The use of health service areas for measuring provider availability. *Public Health Resources*, 7(4), 347–356. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/17269195.pdf>
- Mamedova L.V. (2012). Estimation of the quality of medical aid in otosurgery. *Vestnik otorinolaringologii=Bulletin of Otorhinolaryngology*, 77(4), 61–64 (in Russian).
- Peters D.H., Garg A., Bloom G. et al. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. DOI: 10.1196/annals.1425.011
- Reshetnikov A., Frolova I., Abaeva O. et al. (2023). Accessibility and quality of medical care for patients with chronic noncommunicable diseases during COVID-19 pandemic. *Primary Care Respiratory Medicine*, 33(14). DOI: 10.1038/s41533-023-00328-9
- Schwarz T., Schmidt A.E., Bobek J. et al. (2022). Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 22(1037). DOI: 10.1186/s12913-022-08426-z
- Sharabchiev Yu.T., Dudina T.V. (2013). Accessibility and quality of medical care: Ingredients for success. *Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'e*, 4, 16–34 (in Russian).
- Shartova N.V., Grishchenko M.Yu., Revich B.A. (2019). Geographical accessibility of health services based on open data in the Arkhangelsk region. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya=Social Aspects of Population Health*, 65(6), 1. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1114/27/lang,ru>. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-1 (in Russian).
- Shishkin S.V., Ponkratova O.F., Potapchik E.G. et al. (2019). *Reiting dostupnosti i kachestva meditsinskoj pomoshchi v sub'ektakh Rossijskoi Federatsii: preprint* [Rating of Accessibility and Quality of Medical Care in the Constituent Entities of the Russian Federation: Preprint]. Moscow: Izd. dom Vysshei shkoly ekonomiki.
- Tsarik G.N., Korbanova T.N., Abrosova O.E. et al. (2017). Assessment of accessibility and quality of medical rehabilitation in the Kemerovo region. *Polytrauma*, 3, 55–63 (in Russian).

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Konstantin N. Kalashnikov – Candidate of Sciences (Economics), Senior Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation); e-mail: konstantino-84@mail.ru)