



ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Центр междисциплинарных
исследований человеческого
потенциала

Доступность медицинской помощи в пандемию COVID-19 для населения России старшего возраста

Научный дайджест № 12 (29) • 2023



Научный центр мирового уровня «Центр междисциплинарных исследований человеческого потенциала» создан в ноябре 2020 г. в рамках Национального проекта «Наука» как консорциум четырех организаций – лидеров в данной области научного знания: НИУ ВШЭ, РАНХиГС, МГИМО МИД России и Института этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН.

Создание Центра стало самой масштабной в России инициативой в области социальных и гуманитарных наук за последние десятилетия. Среди его основных задач – не только проведение исследований мирового уровня в области развития человеческого потенциала, но и налаживание кооперации с зарубежными организациями-лидерами, запуск образовательных программ, создание передовой научной инфраструктуры, обеспечение трансфера полученных результатов в практику государственного управления и образование.

Центр реализует 80 научных проектов. Программа исследований охватывает ключевые аспекты человеческого потенциала, актуальные сегодня в глобальной повестке:



социальное и гуманитарное измерение человеческого потенциала



нейрокогнитивные механизмы социального поведения



демографические и социальные факторы активного долголетия



природно-климатические детерминанты устойчивого развития



занятость, социальная активность и формирование ключевых навыков и компетенций



человеческий потенциал и безопасность в глобальном мире



человек в эпоху технологических трансформаций

Научный дайджест подготовлен в рамках проекта «Социальный и человеческий капитал старшего поколения».

Руководитель проекта «Научный дайджест НЦМУ ЦМИЧП»: О.В. Ворон
Авторы: Е.В. Селезнева, Е.А. Шарепина, Д.Е. Карева
Редакторы: О.В. Синявская, О.В. Ворон

Введение

Доступность медицинской помощи – важная предпосылка здоровья, качества жизни и продолжительности жизни населения (Панова, 2019). Неравенство в доступности медицинской помощи в России исследователи обычно связывают с различиями в уровне образования и доходов граждан (Неравенство в сфере..., 2021; Вялых, 2015), а также с типом поселения – трудности с получением необходимой помощи чаще возникают у жителей небольших городов и села (Неравенство в сфере..., 2021; Панова, 2019; Козырева и др., 2017). Поселенческие различия определяют диспропорции в распределении ресурсов здравоохранения (не в последнюю очередь кадровых), уровень образования и доходов – возможности домохозяйства пройти платное лечение или мотивацию к поиску помощи, в которой нуждается гражданин.

В пандемию COVID-19 в России, как и в других странах мира, в связи с возросшей нагрузкой на здравоохранение, сформировались *специфические* факторы, которые препятствовали получению медицинской помощи. Так, в Аргентине в условиях самоизоляции в связи с сокращением числа амбулаторных посещений снизилась доступность медицинской помощи для населения в возрасте от 60 лет (Loza et al., 2021). Были отложены плановые хирургические операции (Mitura, 2020). Несмотря на то, что получение экстренной медицинской помощи обычно сопряжено со значительно меньшим числом социальных барьеров, в США в начале пандемии было зафиксировано значительное сокращение откликов системы экстренной помощи на вызовы, не связанные с коронавирусной инфекцией. По оценкам экспертов число выездов на вызовы, сопряженные с риском для жизни пациента, сократилось почти вдвое (Lerner et al., 2020). Около трети пациентов с онкологическими заболеваниями в Нидерландах столкнулись в пандемию с вынужденным пересмотром схем химиотерапии и иммунотерапии (Joode et al., 2020). 67% медицинских работников, опрошенных в 47 странах мира, оценили изменения в здоровье пациентов в связи с перераспределением ресурсов здравоохранения во время пандемии как «умеренные» и «тяжелые». По их оценкам, наиболее сильно пострадали больные диабетом (по мнению 38% опрошенных медработников), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (9 %), гипертонией (8 %), с заболеваниями сердца (7 %), астмой (7 %), онкологическими заболеваниями (6 %) и депрессией (6 %) (Fersia et al., 2020).

Пожилые люди имели повышенный риск столкнуться с ограничениями в доступе к медицинской помощи, поскольку, с одной стороны, чаще предъявляют спрос на медицинские услуги в связи с ослабленным здоровьем, наличием множества хронических заболеваний (полиморбидностью), а с другой стороны, как более уязвимая к действию коронавируса группа населения имели больше оснований в пандемию для ограничения социальных контактов, в том числе при получении лечения (Iodice et al, 2021; Jiskrova et al, 2021; Mikelsone, Reine, 2022).

Хотя формально в России ограничения на предоставление плановой медицинской помощи вводились на краткий срок, весной 2020 года, и были приостановлены уже в июне 2020 г., а более длительные ограничения сохранялись в пандемию лишь на протяжении диспансеризации, население ощутило снижение доступности медицинских услуг вследствие репрофилирования медицинских учреждений и работы всей системы здравоохранения на пределе мощностей.

Из-за временного перепрофилирования медицинских организаций могли уменьшиться объемы и условия предоставления помощи хроническим больным. Исследования свидетельствуют о трудностях в оказании медицинской помощи онкологическим больным (Фадеева, 2021), пациентам с травмами головы (Корхмазов, Перхов, 2022), с другими хроническими заболеваниями (Бандерова и др., 2020). Авторы отмечают, что перепрофилирование специализированных больниц повлияло на доступность медицинской помощи и смертность от соответствующего заболевания, как и перераспределение временных и материальных ресурсов системы здравоохранения, «сортировка» пациентов в порядке экстренности помощи: оказание неотложного лечения и перенос оказания иной помощи до улучшения эпидемиологической обстановки (Корхмазов, Перхов, 2022; Фадеева, 2021; Бандерова и др., 2020). На изменение структуры оказания медицинских услуг больным с неинфекционными заболеваниями (в первую очередь, сердечно-сосудистыми и эндокринными) в первый год пандемии, а также на снижение доступности помощи в дневных и круглосуточных стационарах указывают и результаты контрольных мероприятий Счетной палаты (Счетная палата РФ, 2021).

Также от похода в медицинскую организацию могли отказываться люди со слабым здоровьем, опасаясь заразиться коронавирусом.

По данным Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения РФ, в 2020 г. около 30% опрошенных негативно оценивали работу российского здравоохранения в период распространения Covid-19, около 50% – удовлетворительно, 15,9% – положительно (Бузин и др., 2021). Сравнение результатов с аналогичным опросом 2015 г. показало снижение удовлетворенности работой системы и доступности врачей-терапевтов, увеличение времени прибытия скорой помощи в первый год пандемии, но при этом стабильный уровень удовлетворенности работой скорой помощи (там же). Жители Москвы и Санкт-Петербурга оценили доступность медицинской помощи несколько выше, чем жители других типов населенных пунктов. Вместе с тем, в более поздней работе авторского коллектива было отмечено, что в начале пандемии население характеризовало результаты обращения в медицинские организации более негативно, чем в дальнейшем – система постепенно адаптировалась к вызовам пандемии (Бузин, 2022).

Результатом качественного исследования об изменении образа жизни лиц старшего возраста в пандемию стал вывод о высокой актуальности для данной возрастной группы проблем с доступом к медицинской помощи. Обращаясь регулярно за медицинской помощью, в период распространения инфекции многие пожилые люди столкнулись с изменениями условий в ее предоставлении, отсутствием возможности получить необходимую помощь. Отдельной проблемой стало то, что граждане старшего возраста остро реагировали на разного рода слухи и страхи в отношении медицинского обслуживания: считали, что ограничения по получению медицинской помощи будут только нарастать, связывали многие случаи смерти от коронавируса среди близких именно с дефицитом необходимой помощи (Grigorieva, Chubarova, 2022).

Исследования доступности медицинской помощи в период COVID-19 в России были сфокусированы, прежде всего, на организационных и медицинских аспектах проблемы доступности и качества медицинской помощи, оставив в стороне вопросы социальных различий. В имеющихся работах рассматривалась доступность медицинской помощи

для населения России в целом, без детального анализа различий между социальными группами, в том числе между гражданами трудоспособного возраста и представителями старшего поколения. Проведенные ранее исследования о доступности медицинской помощи для лиц старшего возраста были качественными и не позволили оценить масштаб проблем с доступом в данной возрастной группе в пандемию, а также возможные различия в распространенности проблемы в отдельных социальных группах.

Цель данной работы – оценить влияние социально-экономического положения граждан России старшего поколения на доступность для них медицинской помощи в период пандемии COVID-19.

Методология исследования

Эмпирической основой исследования являются данные первой волны Национального исследования старшего поколения (НИСП), репрезентирующего население России в возрасте от 50 лет по основным социально демографическим показателям. НИСП проведено Институтом социальной политики НИУ ВШЭ совместно с Институтом сравнительных социальных исследований осенью 2021 года в рамках проекта НЦМУ «Социальный и человеческий капитал старшего поколения». Выборка обследования составила 2781 человек.

Анализ доступности медицинской помощи для пожилых людей основан на ответах граждан на вопрос о наличии трудностей с доступом к 11 видам медицинских услуг из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах¹.

Для анализа структуры данных лишений был применен факторный анализ². В результате были выявлены отдельные группы услуг по поддержанию здоровья с похожими социально-демографическими профилями затруднений. Далее, данные профили были проанализированы с помощью таблиц сопряженности. Таблицы были построены для одного вида помощи, проблемы с получения которого были наиболее «типичными» для каждого из выделенных профилей – для того вида помощи, переменная с данными о наличии трудностей сильнее всего коррелировала с каждым из выделенных латентных факторов.

¹ Респонденты отвечали на вопрос: «Какими из этих услуг Вы не смогли воспользоваться, когда они были нужны, из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах?», и далее шло перечисление 11 различных аспектов медицинской помощи.

² Выделенные три латентные переменные объясняют 56% вариации исходных 11 переменных о доступности различных видов помощи.

Результаты

По данным НИСП, в период с осени 2020 года по осень 2021 года доля россиян пожилого возраста (50 лет и старше), не сумевших получить необходимое лечение в связи с распространением коронавируса, составила более 20%¹.

Чаще всего возникали трудности с получением помощи врача-специалиста (11,7%) и врача-терапевта (9,3%) (рис. 1). Чуть реже пандемия спровоцировала проблемы с доступом к диагностическим обследованиям (8,6%) и услугам стоматолога (8,5%). Около 3% опрошенных имели проблемы с покупкой лекарств, вызовом скорой помощи и услугами по лечению и уходу за глазами.

Трудности с получением медицинских услуг, обусловленные существующими ограничениями в повседневной жизни, были самыми редкими, в том числе потому, что в них нуждается лишь небольшая часть населения. По данным НИСП, ограничения по шкале активностей повседневной жизни (ADL) имеют 10,7% граждан в возрасте 50 лет и старше, ограничения по шкале инструментальных активностей повседневной жизни (IADL) – 14,9%.

Рисунок 1.

Доля пожилых, которые имели проблемы с разными аспектами доступности медицинской помощи из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах



Источник данных: НИСП (2021 г.)

¹ Этот показатель был рассчитан как доля респондентов, столкнувшихся с ограничениями в доступе хотя бы к одному из 5 видов услуг: помощи врача-терапевта, помощи врача-специалиста в конкретной области медицины, услуги стоматолога, услуги по лечению или уходу за глазами, диагностические обследования – анализы крови, мочи, УЗИ, КТ/МРТ и пр.

По тому, у кого возникали проблемы с каждым из рассматриваемых видов помощи, факторный анализ позволил выделить три группы видов помощи:

- (1) амбулаторная помощь,
- (2) долговременный уход,
- (3) экстренная медицинская помощь (рис. 2).

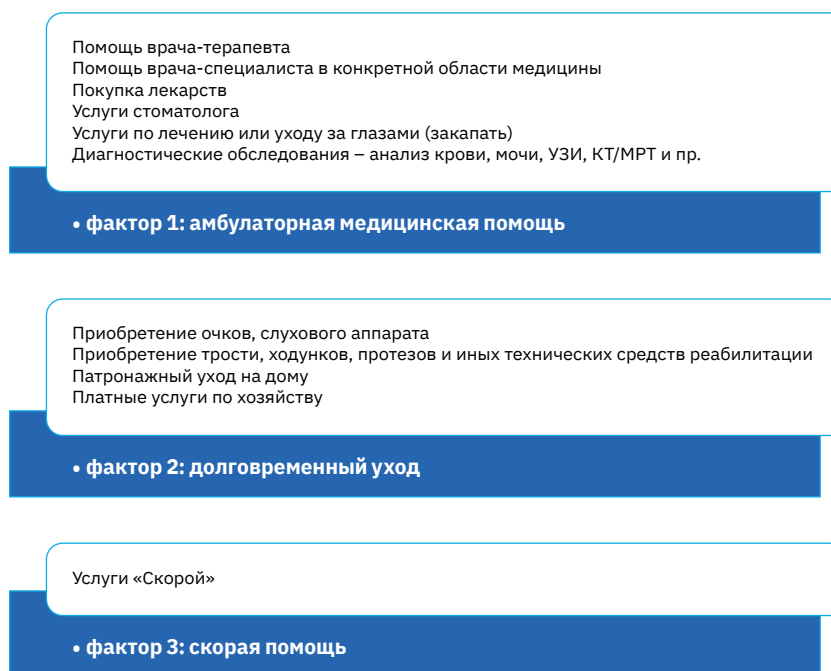
Другими словами, граждане старшего возраста, указавшие на проблемы с доступом к врачу-терапевту, часто сообщали и о проблемах с получением помощи от врачей-специалистов, а также стоматологической помощи, прохождением диагностических обследований в амбулаторных условиях и покупкой лекарств для лечения дома. В этой группе услуг наиболее «типичными» являются трудности с получением помощи врача-терапевта.

Следующей группой услуг, которые трудно было получить в пандемию пожилым людям с характеристиками, отличными от характеристик граждан, столкнувшихся с проблемами по получению амбулаторной помощи, стал долговременный уход. Лучше всего проблемы с получением услуг из данной группы репрезентируют ответы граждан о доступности патронажного ухода.

Трудности с вызовом «скорой помощи» имели пожилые люди, характеристики которых отличаются от тех, что сообщали о проблемах с получением амбулаторной помощи и ухода.

Рисунок 2.

Выделенные в результате факторного анализа группы медицинских услуг, с которыми респонденты испытывали трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах

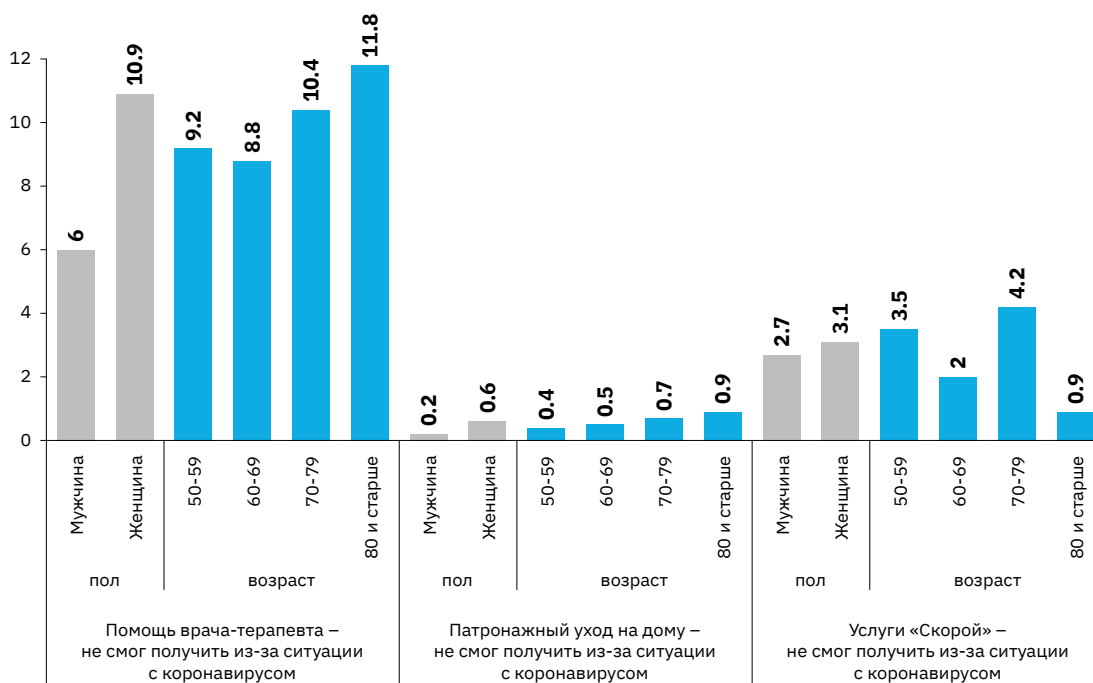


Источник данных: НИСП (2021 г.)

Выявленные профили граждан старшего возраста, сталкивающихся с недоступностью медицинской помощи в связи с пандемией, несколько отличаются от тех, что наблюдались в допандемийный период. Если прежде у населения в возрасте от 50 лет более старший возраст соотносился с более вероятными проблемами с доступом к амбулаторной помощи (Селезнева и др., 2019), то в 2020-2021 годах эти различия были статистически незначимыми (рис. 3). Данный факт мог стать результатом, как приоритизации оказания медицинской помощи при коронавирусе лицам старшего возраста, так и добровольного отказа населения старшего возраста от лечения хронических заболеваний в неблагоприятной эпидемической обстановке. Если прежде необходимую медицинскую помощь чаще не получали граждане не самого преклонного возраста, во многом из-за сниженной мобильности, то в пандемию от лечения отказывались и более молодые и мобильные, избегая мест скопления людей.

Рисунок 3.

Доля пожилых испытывающих трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах в разрезе пола и возраста по разным аспектам медицинской помощи, %



Источник данных: Данные НИСП (2021 г.)

Примечание: здесь и далее * обозначены значимые различия между группами. Значимость определялась на основе Z-критерия на уровне доверительной вероятности 95%

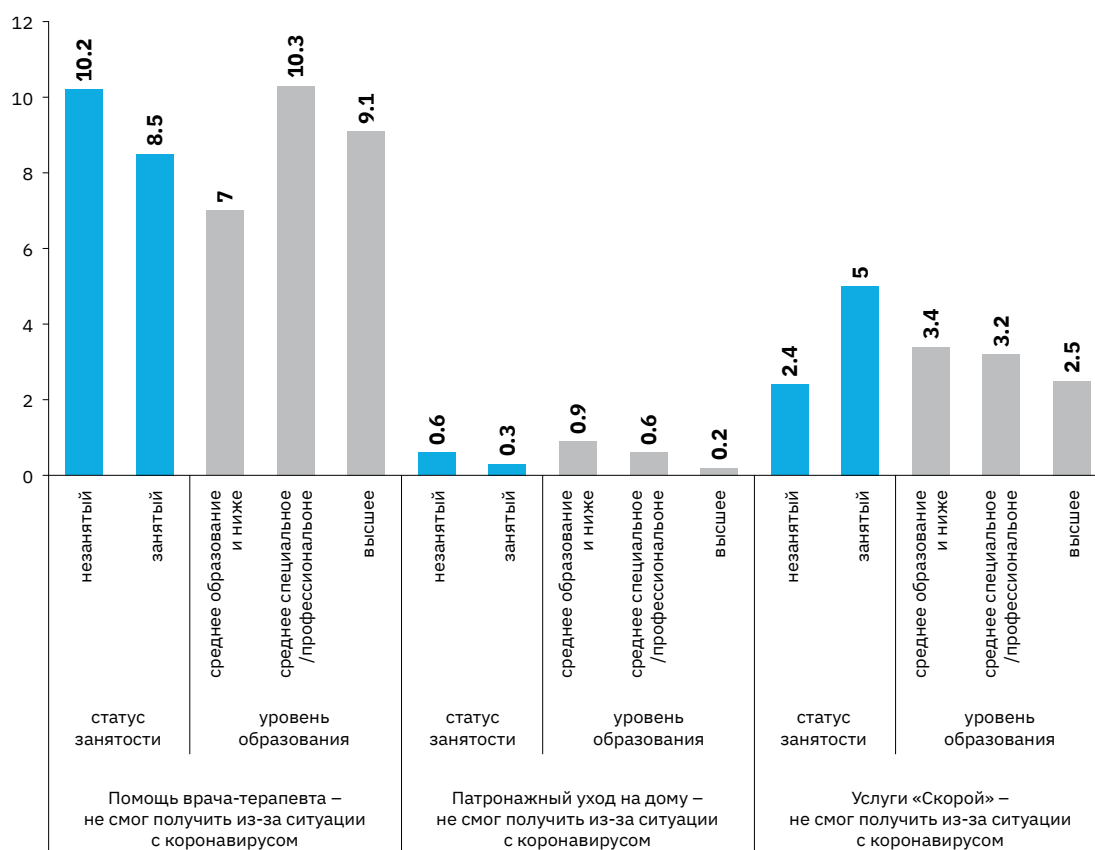
Не очень явными выглядят и диспропорции в доступности помощи в пандемию по уровню образования (рис. 4) и материальному положению (рис. 5). Различия в распространенности трех рассматриваемых видов затруднений с получением медицинской помощи в пандемию среди граждан с различным уровнем образования являются статистически незначимыми. Поскольку негативное влияние пандемии на систему здравоохранения имело глобальный характер (в большей или меньшей степени, она затронула государственные и частные (платные) медицинские организации, все группы пациентов), и в условиях распространения инфекции запреты имели категоричный характер

(ограничения на социальные контакты или посещения врача относились ко всем гражданам), то возможность заплатить в меньшей степени, чем в пандемию, определяла шансы на получение помощи. Тем не менее, хотя и в ограниченной степени высокие доходы продолжали быть источниками неравенства в доступе к медицинской помощи и значимо снижали недоступность амбулаторной помощи.

Интересно, что лица старшего возраста, имеющие работу, в 2 раза чаще, чем их незанятые ровесники, сообщали о проблемах с вызовом скорой помощи в пандемию (рис. 4). Можно дать несколько объяснений данной зависимости. Во-первых, занятые пожилые люди в среднем моложе, чем незанятые, и следовательно, с меньшей вероятностью входят в группу с приоритетным оказанием медицинской помощи при ОРВИ в пандемию¹. Во-вторых, можно предположить, что в условиях затрудненного доступа к амбулаторной помощи заболевшие занятые могли пытаться зафиксировать факт своей нетрудоспособности (для оформления больничного листа) с помощью службы скорой помощи.

Рисунок 4.

Доля пожилых испытывающих трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах в разрезе занятости и уровня образования по разным аспектам медицинской помощи, %



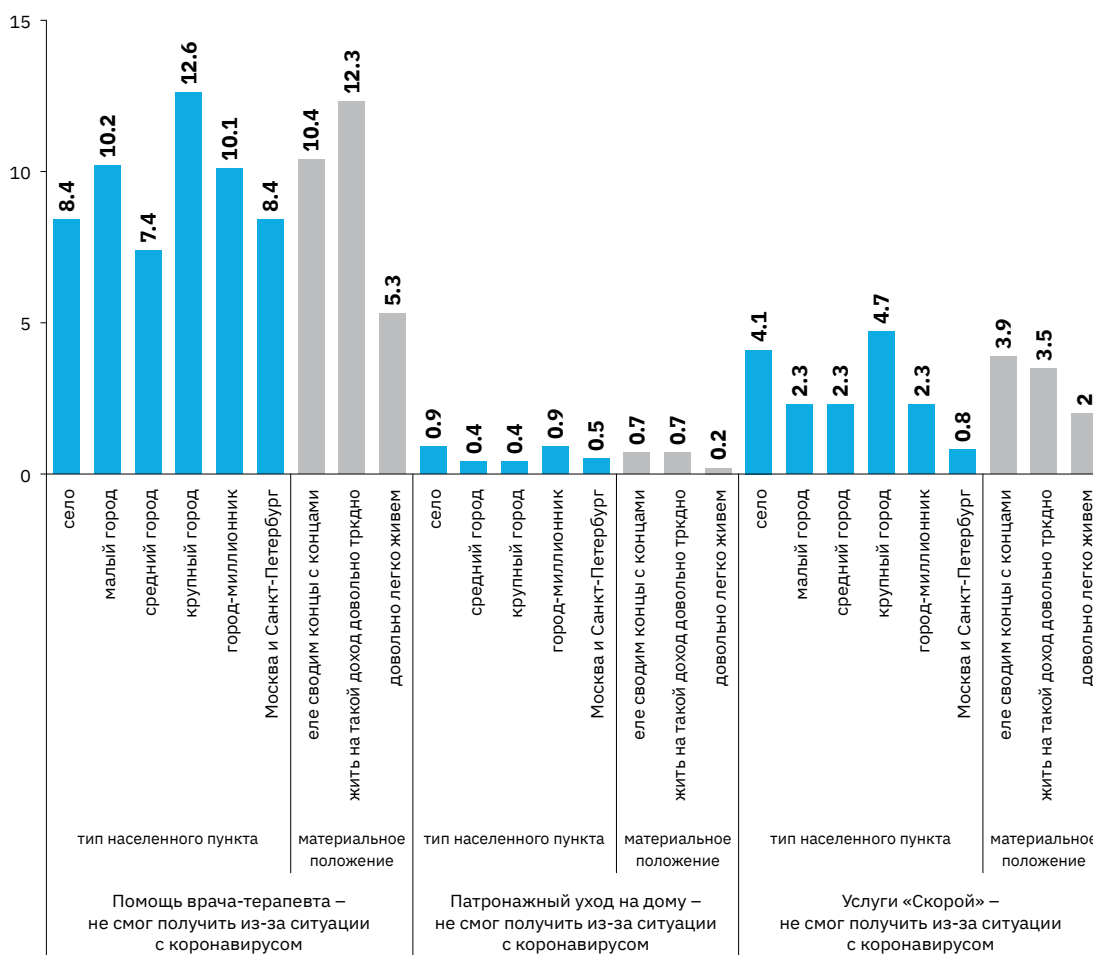
Источник данных: НИСП (2021 г.)

¹ Памятка для граждан о действиях в случае бессимптомного или легкого течения новой коронавирусной инфекции и острой респираторной вирусной инфекции // ссылка на электронный ресурс URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/059/203/original/pamyatka_amb_covid19_250122.pdf?1643175558 (дата обращения 20.03.2023)

В отличие от обычно фиксируемых в обследовании поселенческих различий в доступе к амбулаторной помощи, диспропорции, наблюдаемые в пандемию, были менее явными (рис. 5). При этом жители старшего возраста населенных пунктов различного размера, определенно, оказались в неравном положении по доступности *скорой* помощи: наиболее часто с данными проблемами сталкивались жители деревень и сел, в связи со своим удаленным расположением, а также жители крупных городов – не миллионников, в которых инфраструктура медицинских учреждений не настолько развита как в наиболее крупных мегаполисах, а инфекция могла распространяться особенно быстро, вызывая критический спрос на экстренную помощь в отдельные периоды. Напротив, граждане старших возрастов из Москвы и Санкт-Петербурга относительно редко заявляли о проблемах с вызовом скорой, что обусловлено лучшей возможностью этих регионов организовать бесперебойное оказание экстренной медицинской помощи в пандемию в силу изначально более развитой инфраструктуры системы здравоохранения.

Рисунок 5.

Доля пожилых испытывающих трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах в разрезе типа населенного пункта и материального положения по разным аспектам медицинской помощи, %



Источник данных: Данные НИСП (2021 г.)

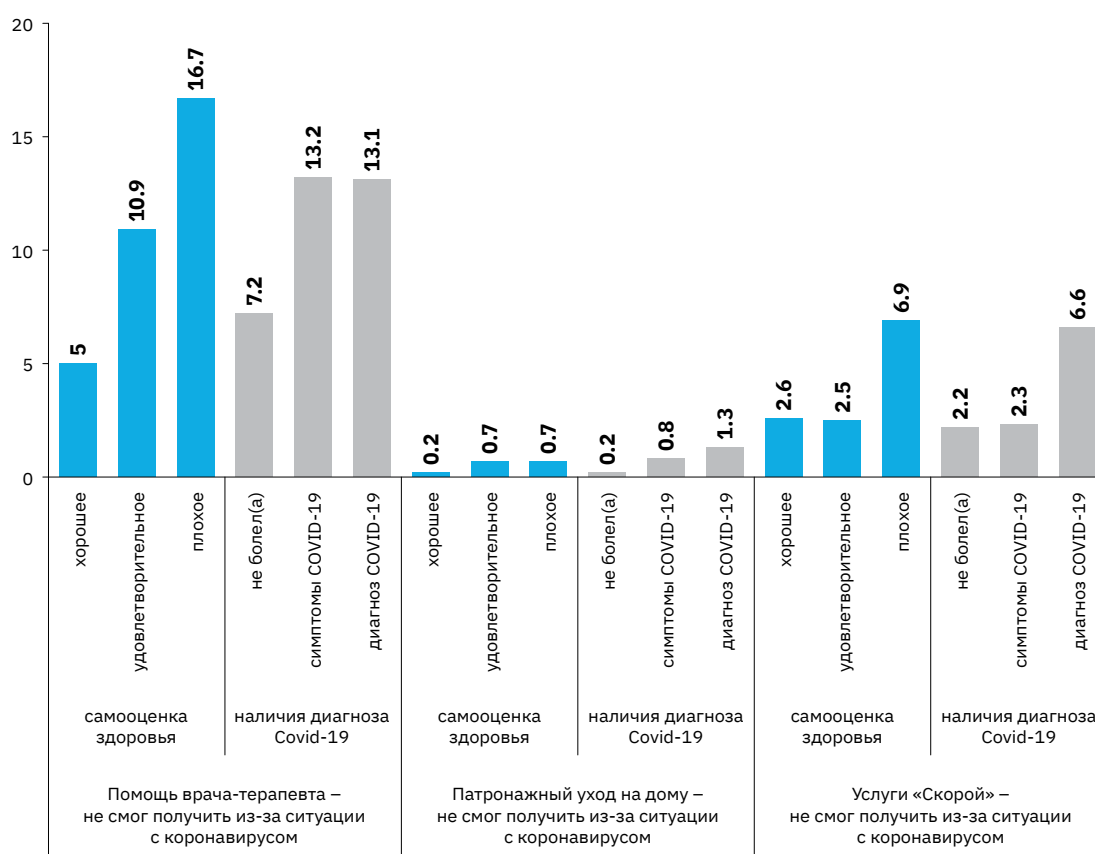
Примечание: категория «малый город» была исключена из сравнения для «патронажного ухода на дому» в виду низкой наполненности

В пандемию наиболее значимым из рассматриваемых факторов доступности и неравенства в доступности медицинской помощи стало состояние здоровья пожилого человека, определяющее уровень спроса на услуги по поддержанию здоровья. Граждане старшего возраста с более серьезными проблемами со здоровьем чаще сталкивались с проблемами, связанными с получением медицинской помощи. Граждане, оценивающие свое здоровье как плохое, столкнулись с существенно большими рисками не получить необходимую амбулаторную и скорую медицинскую помощь.

Закономерно, пожилые люди, у которых наблюдались симптомы или был поставлен диагноз COVID-19, сталкивались с недоступностью амбулаторной терапевтической помощи существенно чаще, чем те, кто не болел. Для вызова скорой медицинской помощи или получения патронажного ухода на дому статистически более значимые препятствия создавало наличие подтвержденной коронавирусной инфекции (рис. 6).

Рисунок 6.

Доля пожилых испытывающих трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах в разрезе самооценки здоровья и наличия диагноза COVID-19 по разным аспектам медицинской помощи, %

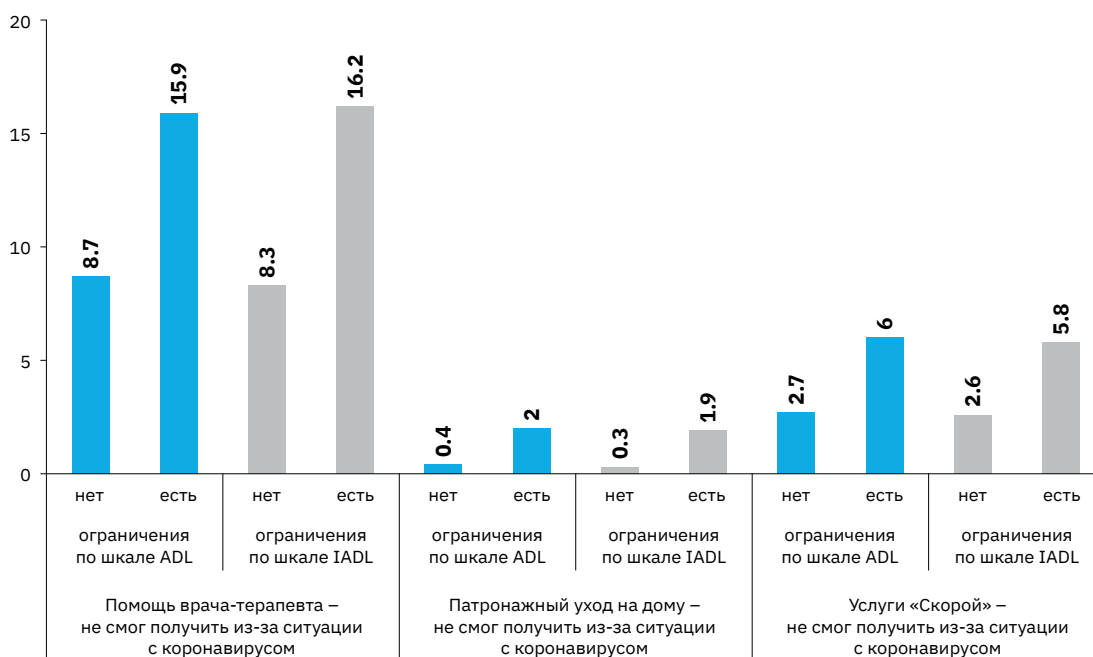


Источник данных: НИСП (2021 г.)

Со всеми рассматриваемыми видами затруднений почти вдвое чаще сталкивались граждане с ограничениями в активностях повседневной жизни (ADL) и инструментальных активностях повседневной жизни (IADL)¹ (рис. 7). При этом именно для этой категории пожилых граждан несвоевременное получение медицинских и социальных услуг может иметь более критические последствия для здоровья.

Рисунок 7.

Доля пожилых испытывающих трудности из-за ситуации с коронавирусом в 2020-2021 годах в разрезе наличия / отсутствия ограничений по шкале ADL и IADL по разным аспектам медицинской помощи, %



Источник данных: НИСП (2021 г.)

¹ К ограничениям в ADL относятся: трудности в одевании, передвижении по комнате, способности встать с кровати, использовании ванны или душа, туалета, приеме пищи. Ограничения в IADL: проблемы с использованием карты в передвижениях по городу, использованием транспорта, покупкой продуктов в магазине и приготовлением еды, использованием телефона, приемом лекарств, выполнении работ по дому и саду, стиркой вещей, распоряжением личными финансами.

Выводы

Исследование показало, что в пандемию COVID-19 различные социально-демографические подгруппы населения старшего возраста не могли получить:

- (1) амбулаторную помощь,
- (2) долговременный уход,
- (3) скорую помощь.

Ведущим фактором, определяющим неравенство в доступе в период пандемии, стало состояние здоровья пожилого человека. Социальные и экономические различия в доступности медицинской помощи, напротив, несколько сгладились в рассматриваемый период

Так, на амбулаторный прием чаще не могли попасть граждане старшего возраста, имеющие диагноз «коронавирусная инфекция» или ее симптомы, а также в целом плохое здоровье. При этом были отмечены различия в доступности данных услуг (однако, менее явные, чем до пандемии) между гражданами с высоким уровнем материальной обеспеченности и теми, кому, по их заявлению, труднее свести концы с концами.

Трудности с вызовом скорой помощи чаще имели граждане старших возрастов с подтвержденным диагнозом «COVID-19», занятые, а также жители села и крупных городов. Исследование указало на существенный разрыв в доступности скорой помощи между жителями крупных городов (с численностью населения до 1 млн. жителей) и Москвы и Санкт-Петербурга. Находясь в условиях компактного проживания и сталкиваясь с резким распространением инфекции, критическим спросом на экстренную помощь в пандемию, первые, в отличие от вторых, не могли рассчитывать своевременный приезд медицинских работников.

В условиях пандемии постановка диагноза «COVID-19» существенно снижала доступность необходимого пожилому человеку патронажного ухода.

Связанные с распространением инфекции санитарные ограничения и проблемы организации оказания медицинской помощи, объяснимо снизили значимость уровня образования и доходов как факторов неравенства в доступе к медицинским услугам. При этом доходы все же в некоторой степени определяли шанс на получение помощи в описанных условиях. Приоритизация оказания помощи при симптомах ОРВИ больным старшего возраста, вероятно, сгладили существующие диспропорции в доступе к медицинским услугам между различными возрастными группами пожилого населения.

Проведенный анализ высветил проблемы с организацией оказания медицинской помощи лицам старшего возраста в период эпидемий. Имея, как правило, помимо инфекционного заболевания, которое исключает их из медицинского обслуживания, хронические заболевания, данная категория населения может понести потери в здоровье, связанные не только с распространяющейся инфекцией, но и с запуском давно имеющихся проблем со здоровьем.

В 2020-2021 гг. в условиях дефицита средств индивидуальной защиты, а также недостаточного использования информационных технологий, позволяющих оказывать медицинскую помощь удаленно, в уязвимом положении оказались пожилые люди с признаками респираторной инфекции или подтвержденным диагнозом «коронавирусная инфекция» – они чаще, чем граждане без признаков респираторной инфекции, отмечали проблемы с получением амбулаторной и скорой помощи, а также долговременного ухода. Наличие ограничений в повседневной жизни, в том числе сниженная мобильность, традиционно являются одним из значимых препятствий для получения медицинской помощи гражданами старших возрастов. Данный барьер сохранился в пандемию и был усилен трудностями с получением долговременного ухода. Нагрузка на систему здравоохранения, создаваемая в пандемию экстренными госпитализациями больных с коронавирусной инфекцией, а также, возможно, обращениями граждан, которые не могли получить необходимую помощь в амбулаторном звене, существенно снизила доступность скорой медицинской помощи в отдаленных мелких поселениях и крупных городах с численностью населения менее 1 млн. жителей, в которых, очевидно, отсутствовало необходимое число автомобилей или работников скорой помощи для ответа на все поступавшие вызовы.

Хотя выявленные проблемы в обеспечении населения старших возрастов медицинской помощью могли носить временный характер, проявляться лишь в первый год пандемии, а затем получить решение в адаптировавшейся к новым вызовам системе здравоохранения, они указывают на необходимость в будущем планировать оказание помощи пожилому населению с учетом этих рисков на случай новых глобальных эпидемий.

В частности, необходимо осуществлять развитие:

- дистанционных форм оказания медицинской помощи с использованием информационных технологий (телемедицинских консультаций); данные формы позволят повысить доступность амбулаторной помощи в период распространения инфекций и отчасти разгрузить службу скорой помощи,
- схем по контролю за оказанием услуг, позволяющих сохранить доступ населения к долговременному уходу в периоды распространения инфекций (Hanna et al., 2022; Карева и др., 2023).

Литература

1. Бандерова П. С., Дьячковская А. А., Климова Т. М. Доступность медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями в г. Якутске в период пандемии Covid-19 // Современные вызовы и перспективы развития молодежной науки. – 2020. – С. 182-186.
2. Бузин В. Н. Доступность и качество медицинской помощи в российском здравоохранении в период пандемии. Второй год с COVID-19: мнение населения // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25. – №. 5.
3. Бузин В. Н., Салагай О. О., Сон И. М. Эффективность системы российского здравоохранения в период эпидемии COVID-19: мнение населения // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24. – №. 2. – С. 7-13.
4. Вялых Н. А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг // Социологические исследования. 2015. № 11. С. 126-132
5. Карева Д. Е., Синявская О. В., Шарепина Е. А. Модели адаптации стационарных учреждений социального обслуживания к пандемии коронавируса // Журнал исследований социальной политики. – 2023. – Т. 21. – №. 1. – С. 61-78.
6. Козырева П. М., Смирнов, А. И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности // Гуманитарий Юга России. – 2018. – Т. 7. – №. 4. – С. 33-49.
7. Корхмазов В. Т., Перхов В. И. Доступность специализированной медицинской помощи при тяжелых травмах головы в период пандемии COVID-19 // Инновационная медицина Кубани. – 2022. – №. 1 (25). – С. 44-52.
8. Мусаева О. Т., Ризаев Ж. А., Халилова Б. Р. Здоровое старение как показатель качества жизни. Организация медицинской помощи для лиц старческого и пожилого возраста // INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE "THE TIME OF SCIENTIFIC PROGRESS". – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 27-34.
9. Неравенство в сфере здравоохранения [Текст]: аналитический доклад / А. В. Быков, М. Д. Красильникова, О. Ф. Понкратова, Н. В. Ракута, С. В. Шишкин; под ред. С. В. Шишкина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: НИУ ВШЭ, 2021. — 78 с. — (Социально-экономическое неравенство в России: состояние, динамика, ключевые проблемы). — ISBN 978-5-7598-2633-0 (в обл.).
10. Панова Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте // Журнал исследований социальной политики. – 2019. – Т. 17. – №. 2. – С. 177-190.
11. Селезнева Е., Синявская О., Горват Е. Потребности пожилого населения в медицинском и социальном обслуживании. Материалы научного семинара Института социальной политики «Политика активного долголетия и пенсионные реформы: российский и международный опыт» 8 октября 2019 г. - URL: https://www.hse.ru/data/2019/10/10/1527999987/02-03%20Selezneva-Sinyavskaya_08-10-2019_RU.pdf
12. Счетная палата РФ. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации

на размер выделяемой субвенции». – 2021 – URL: <https://ach.gov.ru/checks/schetnaya-palata-podkhody-k-finansirovaniyu-terprogramm-oms-trebuyut-peresmotra>

13. Фадеева Е.В. Онкологическая помощь в условиях пандемии COVID-19 // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9. – №. 1. – С. 61-73.
14. Fersia O., Bryant S., Nicholson R., McMeeken K., Brown C., Donaldson B., Jardine A., Grierson V., Whalen V., Mackay A. The impact of the COVID-19 pandemic on cardiology services // Open Heart. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – P. 1-6.
15. Grigorieva N. S., Chubarova T. V. Impact of restrictive policies on lives of the elderly: lessons of the COVID-19 pandemic //Population and Economics. – 2022. – Т. 6. – №. 4. – С. 146-161.
16. Hanna K. et al. Working in a care home during the COVID-19 pandemic: How has the pandemic changed working practices? A qualitative study //BMC geriatrics. – 2022. – Т. 22. – №. 1. – С. 129.
17. Iodice F., Cassano V., Rossini P.M. Direct and indirect neurological, cognitive, and behavioral effects of COVID-19 on the healthy elderly, mild-cognitive-impairment, and Alzheimer’s disease populations //Neurological Sciences. – 2021. – Т. 42. – №. 2. – P. 455-465.
18. Jiskrova G. K., Bobák, M., Pikhart, H., Ksinan, A. J. Job loss and lower healthcare utilisation due to COVID-19 among older adults across 27 European countries //J Epidemiol Community Health. – 2021. – Т. 75. – №. 11. – С. 1078-1083.
19. Joode K. de, Dumoulin D.W., Engelend V., Bloemendal H.J., Verheij M., Laarhoven H.W.M.van, Dingemans I.H., Dingemans A.C., Veldt A.A.M.van der Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on cancer treatment: the patients’ perspective //European journal of cancer. – 2020. – Т. 136. – P. 132-139.
20. Lerner E.B., Newgard C.D., Mann N.C. Effect of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the US emergency medical services system: a preliminary report //Academic Emergency Medicine. – 2020. – Т. 27. – №. 8. – P. 693-699.
21. Loza C.A., Baez G., Valverdi R., Pisula P., Apaza J.S., Discacciati V., Granero M., Pizzorno X.S., Franco J.V.A. A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina-Part 2 // Medwave. – 2021. – №. 4. – P. e8192.
22. Mitura K. The impact of COVID-19 pandemic on critical care and surgical services availability // Critical Care Innovations. – 2020. – Т. 3. – №. 2. – P. 43-50.