Шипунов Дмитрий Александрович. Социологическое обоснование концепции непрерывного контроля качества медицинских услуг : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.52 / Шипунов Дмитрий Александрович; [Место защиты: ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"]. - Волгоград, 2008. - 394 с. : 29 ил.

**На правах рукописи**

ОІ2.00 8 00482-

**Шипунов Дмитрий Александрович**

**СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**і**

**14.00.52 — социология медицины 14.00.33 - общественное здоровье и здравоохранение**

**Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук**

**Научный консультант — Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор ПЕТРОВ Владимир Иванович**

**Волгоград - 2008**

**ВВЕДЕНИЕ**

**15**

**15**

**25**

**42**

**55**

**60**

**60**

**72**

**79**

**83**

**85**

**96**

**105**

**116**

**135**

**Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

1. **Влияние реформ в здравоохранении на динамику качества оказания медицинской помощи**
2. **Основные направления в изучении КМП**
3. **Качество предоставления медицинских услуг как предмет интереса социологии медицины**
4. **Региональные компоненты повышения качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг**

**Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. **Характеристика исследовательского поля**
2. **Методы изучения.КМП и КМУ в здравоохранении**
   1. **Социологические методы исследования**

**Глава 3. СОЦИАЛЬНЫЕ СУБЪЕКТЫ КОНТРОЛЯ**

**КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. **Качество медицинской помощи (КМП) и качество предоставления медицинской услуги (КМУ)**
2. **Сущность КМП и отношение к нему пациентов**
3. **Преимущества и недостатки системы контроля КМП: этико-деонтологический аспект**
4. **Преимущества и недостатки системы контроля КМП: клинический аспект**

**Глава 4. ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

?

* 1. **Отношение пациентов к качественной медицинской помощи**

**150**

**163**

**177**

**186**

**186**

**193**

**204**

**220**

**232**

**242**

**242**

**258**

* 1. **Отношение пациентов к врачам как предоставителям медицинских услуг**
  2. **Отношение врачей к пациентам как потребителям медицинских услуг**
  3. **Отношение больных к качеству оказания стационарной помощи**

**Глава 5. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КОНЦЕПЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (КМУ)**

1. **Организационные предпосылки разработки концепции непрерывного контроля КМУ на муниципальном уровне**
2. **Операциональная база: стандарт контроля качества медицинского процесса и стандарт качества медицинской услуги**
3. **Законодательное оформление контроля качества медицинских услуг.**
4. **Взаимодействие социальных субъектов в процессе контроля качества медицинских услуг**
5. **Стандарты качества медицинских услуг как форма их организации**

**Глава 6. МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**6.1 Организационный метод**

1. **Ведомственный контроль качества медицинских процессов в организации как способ повышения КМУ**
2. **Производство и предоставление качественных**

**медицинских услуг в организации**

1. **Стандарты качества медицинских процессов как 280**

**организационное средство обеспечения КМУ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выводы и практические рекомендации 298**

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 308**

**ПРИЛОЖЕНИЯ 335**

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы исследования.** Реформирование государственной системы здравоохранения идет почти 15 лет, но, по мнению многих авторов, несоответствие управленческих и экономических механизмов его функционирования, недоучет традиций в организации отрасли до сих пор поддерживает кризисное состояние в ней.[[1]](#footnote-1) Это снижает эффективность работы системы и ведет к развитию негативных процессов в состоянии здоровья населения.[[2]](#footnote-2)

Здравоохранение развивается не только с учетом потребностей населения в здоровье, но и в соответствии с возможностями общества по удовлетворению этих потребностей. Процессы реформирования экономики в целом неизбежно влияют на развитие всех отраслей народного хозяйства. Рыночные отношения диктуют необходимость радикальных перемен и в организации здравоохранения.[[3]](#footnote-3) .

Закон РФ «О медицинском страховании граждан» декларирует «равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования» всем гражданам России. Фактически же, в условиях финансирования здравоохранения даже не по остаточному принципу, а по кризисному варианту, бесплатное лечение с момента принятия этого документа осуществляется лишь в «объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования», а это автоматически привело к значительному расширению платных медицинских услуг, доступных далеко не всем[[4]](#footnote-4).

Основную часть населения страны составляют люди со средним и низким достатком, что позволяет им тратить на поддержание здоровья весьма скромные средства. Эта категория граждан в основном пользуется услугами, предоставляемыми по полису ОМС. При этом возможности лечения по традиционной ранее схеме, с последовательной сменой стационарной помощи на амбулаторную, и завершением курса восстановительным лечением, практически не используется в связи с отрицательным отношением работодателей, как частных, так и государственных предприятий, к длительному пребыванию своих сотрудников на «больничном листе». Это приводит к хронизации заболеваний, а в случае отказа от стационарного лечения - к утяжелению состояния больных, к росту инвалидизации и, в конечном итоге, влечет за собой увеличение материальных затрат государства на восстановление утраченного гражданами здоровья.[[5]](#footnote-5) Лишь незначительное количество состоятельных россиян готово оплачивать свое лечение из личных средств или по системе добровольного медицинского страхования (ДМС), позволяющего расширить объем медицинской помощи, получить сервисные услуги в учреждениях здравоохранения.[[6]](#footnote-6)

Значительные трудности в создавшихся условиях испытывает медицинский персонал ЛПУ. Заработная плата медиков, работающих в системе ОМС, соответствует 6-14 разряду единой тарифной сетки (ЕТС) и лишь незначительно превышает размер прожиточного минимума. Это вынуждает врачей и медицинских сестер работать на 1,5 - 2,0 ставки (часто в двух - трех разных лечебных учреждениях). Интенсификация труда в рамках ограниченного времени приема пациентов, по опубликованным данным, так же приводит к снижению качества оказания медицинской помощи.[[7]](#footnote-7) Реализация Национального проекта «Здоровье» внесла лишь незначительные изменения в распределение ресурсов здравоохранения, улучшилось положение участковых врачей и медицинских сестер, тогда как узкие специалисты, в чью подготовку вложены большие средства, по-прежнему относятся к низкооплачиваемым группам населения.

Все сказанное заставляет говорить о качестве оказания медицинской помощи не как о ведомственном показателе, а как о важнейшей социальной задаче, затрагивающей интересы не только пациентов- потребителей этой помощи, но и всех медицинских работников - непосредственных предоставителей медицинских услуг. Дело в том, что качество оказания медицинской помощи является источником конфликтов в ЛПУ. С другой стороны, наличие конфликтов ведет к снижению качества медицинской помощи. Существование подобной прямой и обратной связи требует создания научно-обоснованной системы контроля КМП. Но здесь возникает серьезная трудность в связи с появлением в результате перехода к рыночным отношениям нового понятия - медицинская услуга, и связанного с ним представления о качестве предоставления медицинских услуг. Можно ли сказать, что медицинская помощь трансформируется в систему медицинских услуг? Если так, то качество здесь будет измеряться по той же шкале. А если нет, то встает вопрос о специальных методах измерения и контроля качества оказания медицинских услуг.

И на уровне теории, и на уровне практики медицина тесно связана с ценностно-мировоззренческими представлениями людей. Аксиомой является то, что система знаний о здоровье человека не ограничивается медицинскими аспектами, а предполагает социально-гуманитарный подход, то есть изучение всей совокупности отношений между врачом и пациентом в диапазоне от традиционной заботы о психическом состоянии больного до принципов

о

этического и законодательного регулирования врачебной деятельности. Поэтому, разрабатывать новую концепцию качества медицинских услуг можно только с учетом всех социально экономических, этико-деонтологических и собственно клинических факторов медицинской деятельности. А это возможно только на базе доказательного социологического исследования.

**Цель диссертации** - разработка концепции непрерывного контроля качества медицинских услуг в муниципальном лечебном учреждении на основе социологического исследования необходимых и достаточных условий данного процесса. ,

Цель исследования достигается путем решения следующих **исследовательских задач:**

* Сформировать методологические установки исследования, путем дифференциации понятий «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги»;
* На материале социологического исследования дать характеристику социальных субъектов контроля КМП;
* Показать этико-деонтологические и клинические преимущества и недостатки существующей системы контроля качества медицинской помощи;
* На материале компаративного социологического исследования эксплицировать отношение пациентов и медицинских работников к КМП и КМУ (качеству медицинских услуг);
* На основе собранного и обобщенного материала разработать общие принципы концепции непрерывного контроля качества медицинских услуг;
* Предложить механизм реализации данной концепции в муниципальном лечебном учреждении.

**Объект исследования** — система организации медицинского обслуживания муниципального лечебного учреждения.

**Предмет исследования** - качество медицинских услуг и способы его контроля в организации.

**Гипотеза исследования.** Интеграция системы медицинского обслуживания в рыночные отношения предполагает переход от системы оказания медицинской помощи к системе предоставления медицинских услуг. Пока отношение медицинских работников и пациентов к этой новой системе не сформировалось, они не трактуют ее как естественное развитие системы медицинской помощи в новых социальных условиях. Следовательно, необходимо структурирование системы предоставления медицинских услуг на‘ новой концептуальной основе, которая предполагала бы четкое распределение социальных ролей участников медицинского процесса, критерии качества предоставляемых услуг и механизм контроля этого качества. Поскольку система предоставления медицинских услуг компонентно шире системы оказания медицинской помощи, требуются специальные медико-социологические исследования для определения структурно-функциональных параметров новой модели КМУ.

**Научная новизна исследования** заключается в медико-социологическом обосновании и разработке концепции контроля качества медицинских услуг в муниципальном ЛПУ.

Диссертант проанализировал соотношение феноменов, обозначаемых понятиями КМП и КМУ на основе разработанной в западной социологии

медицины теории потребления медицинских услуг, сформулировал понятие «медицинская услуга» и показал его отличие от понятия медицинская помощь».

Диссертант исследовал этико-правовой статус пациента как потребителя медицинских услуг и показал, что он является формализованным и описан как в юридических документах («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», «Закон о защите прав потребителей», подзаконные акты, приказы М3 и СР РФ, отраслевые стандарты), так и в документах этических (Конвенция о правах человека и биомедицина, Хельсинская Декларация и др.)- Однако правовая регуляция предполагает бинарность статуса потребителя медицинских услуг - как пациента, нуждающегося в помощи, и как клиента, приобретающего медицинскую услугу.

Диссертант по социологическим источникам изучил эффективность ведомственных субъектов КМП и показал, что клинико-экспертные комиссии (КЭК) осуществляют регулирование профессиональной деятельности медицинских работников на операциональном уровне. Он является базовым при оказании медицинской помощи, но не достаточен для экспертизы качества медицинской услуги. Предмет интереса КЭК требует высокого уровня медицинской компетенции, поэтому они не привлекают к своей деятельности юристов, психологов, пациентов или представителей общественности, чье мнение необходимо при оценки качества услуги.

Диссертант разработал по результатам исследования Положение об измеряемом стандарте качества оказания медицинских услуг в учреждении (ИСО-КМУ), апробировал позиции этого Положения на практике и доказал его эффективность.

Научная новизна исследования эксплицируется в положениях, выносимых на защиту:

1. Медицинская услуга направлена на *особое благо* — здоровье

человека. Результат медицинской услуги обнаруживается, как правило, по ее завершении. Он может быть также отделен от наступления предполагаемых последствий для здоровья тем или иным промежутком времени (период реконвалесценции, реабилитации).

1. Теория потребления медицинских услуг может рассматриваться

как методология концепции качественной медицинской помощи, однако в России она пока не развита настолько, чтобы выполнять эту функцию. Современный уровень исследования потребления медицинских услуг в России соответствует третьему периоду становления этой концепции в западной социологии медицины: Социокультурный контекст формулируется как «Кризис здравоохранения», ориентация исследований сосредоточена на изучении объема современного потребления услуг научной медицины (доказательная медицина), основной проблемой является доступность и качество услуг.

1. Качество оказания медицинской помощи и качество

предоставления медицинской услуги - это характеристики взаимоотношений социальных субъектов в медицине, соответствующие разным этапам ее развития. КМП трансформируется в КМУ под влиянием изменения социально­экономической ситуации в обществе. Интеграция медицины в изменившуюся систему отношений социальных институтов (в данном случае - переход к рыночным отношениям) предполагает изменение отношений взаимодействующих в ней субъектов: медицинских работников и пациентов, пациентов и ЛПУ, медицинских работников и ЛПУ.

1. Личность пациента как потребителя медицинских услуг,

реализация им своих прав в области охраны здоровья, его самостоятельность в

принятии решений не оцениваются и не учитываются КЭК в процессе экспертизы. Целью их деятельности не является оценка уважения автономии пациента как составной части качества оказания медицинской помощи.

Следовательно, работа КЭК необходима, но не достаточна для целостного регулирования качества медицинского процесса и соблюдения прав пациента на охрану здоровья. Она ориентирована на экспертизу помощи, но не на экспертизу медицинских услуг и является сугубо корпоративной.

1. Пациенты не различают свое право на качественную медицинскую помощь и право на качественные медицинские услуги. В применении к последним существует мнение, что услуги могут быть только платными и, чем выше стоимость, тем качественнее услуга. Они хорошо информированы о том, что они обладают правами на качественную медицинскую помощь, но не могут их четко сформулировать. Ярко выражены патерналистские настроения, согласно которым государство предоставляет медицинскую помощь бесплатно. Именно так отражается в сознании большинства пациентов система ОМС.
2. Неудовлетворенность пациентов КМП в среднестатистическом стационарном ЛПУ связана с квалификацией врачей (31%), большой долей среди необходимых пациенту мероприятий платных услуг (15%), низким уровнем организации лечебно-диагностического процесса (13%), проблемой обеспечения J1C (13%). Большинство врачей склонны к патерналистской модели взаимоотношений с пациентами. Они считают ее оптимальной для обеспечения высокого качества медицинской помощи.
3. Врачам психологически удобнее работать с пациентами, которые не разбираются в вопросах медицины, они считают вмешательство пациента в • ход лечения фактором риска, способным спровоцировать врачебную ошибку и, следовательно, снижающим качество оказываемой помощи. Врачи также пока плохо ориентируются в понятиях «качество помощи» и «качество услуг», склоняясь к мнению, что услуги — это дополнительная помощь, оказываемая не в рамках страховой медицины, а за деньги клиентов.
4. В стационарах г.Москвы медицинскую помощь на платной

основе получали 41,0%, не получали - 48,2%, 10,8% затруднились ответить на данный вопрос. В г.Волжском все 100% пациентов стационара получали помощь по ОМС, только 7% воспользовались дополнительными платными диагностическими услугами, а 4% — дополнительными платными услугами по реабилитации. Поэтому бесперспективным представлялось выяснение вопроса о

сравнительном качестве платной и бесплатной помощи, большинство пациентов опытом пользования платными услугами не обладали.

1. Анализ результатов внедрения ИСО-КМУ в г.Волжском (2005г.)

показал изменения в удовлетворенности пациентов уровнем КМП и КМУ: отношения стали более доброжелательными (12%), повысился уровень обслуживания (16%), возросла ответственность врачей за КМП (25%), повысилась материальная заинтересованность в количестве и качестве пролеченных больных (37%).

1. Принципиальным положением ИСО-КМУ является методологический принцип неразрывного единства комплексов: учета выполненной работы, контроля ее выполнения и собственного оценивания результата деятельности. С этих позиций можно сделать вывод о противоречии применяемой сегодня в здравоохранении организационной единицы оценки деятельности, выражаемой интегрированным понятием «койко-день» и «посещение», как некорректной оценки результата медицинских услуг в отношении как характеристик телесного объекта — здоровья индивида, так и самого процесса.

Методологическая база исследования. Исследование выполнялось в категориальном поле социологии медицины с использованием методов медицинской статистики и организации здравоохранения.

Автор опирался на труды отечественных (А.В.Решетников, Ю.Д.Щепин, Денисов, Лисицин и др.) и зарубежных (Brown P. Light D.W Merton R.K. Pescosolido В. et el.) ученых. Компаративный анализ проводился на основе работ С.А.Ефименко, П.Н.Морозова, Л.М.Астафьева. Динамика показателей корректировалась по данным реализации Национального проекта «Здоровье». Оценка этико-деонтологических показателей статуса пациента как потребителя медицинской услуги дана по критериям, разработанным В.И.Петровым,

Н.Н.Седовой.

Методика конкретных социологических исследований прошла рецензирование в Лаборатории социологии медицины ВНЦ РАМН.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Исследование показало возможность и необходимость использования теоретических моделей и конкретных методов социологии медицины для оценки качества медицинских услуг.

Разработанная автором Концепция непрерывного контроля качества медицинских услуг доказала свою эффективность и может быть рекомендована к применению во всех медицинских учреждениях муниципального уровня. Концепция комплементарна Национальному проекту «Здоровье» и способствует повышению эффективности его реализации.

**Апробация работа.** Диссертант обсуждал результаты исследования на научно-практических конференциях разных уровней (Москва, 2005, 2007; Волгоград, 2002. 2004, 2005, 2006, 2007; Киев, 2005 и др), а также в центральных и региональных научных журналах.

Разработанные автором Положения концепции обсуждались в Комитетах по здравоохранению Администраций Волгоградской области, гг. Волгограда и Волжского. Их реализация закреплена актами внедрения. Получен патент (№2313285) на изобретение.

Диссертантом разработаны методические пособия по реализации Концепции и ее внедрению для работников здравоохранения: «Социологические методы изучения КМУ на муниципальном уровне», «Непрерывный контроль качества медицинских услуг», «Пациент как потребитель медицинских услуг».

По материалам диссертации опубликовано 35 статей, из них 7 в центральных изданиях, выпущено 4 брошюры.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из Введения, шести глав, Заключения, списка литературы (413 источников) и Приложения (60 страниц) Объем работы - 338 страниц.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Система контроля качества медицинской помощи, достаточно

эффективная в прошлом, должна быть реформирована в систему контроля качества медицинских услуг, поскольку вся система здравоохранения в современных социально-экономических условиях реформируется в систему предоставления медицинских услуг. Соответствующим образом должны быть изменены стандарты качества.

1. Концепция непрерывного контроля качества медицинских

услуг, разработанная автором, является эффективным условием реализации Национального проекта «Здоровье» и может рекомендоваться для внедрения в деятельность всех муниципальных ЛПУ.

1. Концепция не может быть реализована без соответствующего

социологического обеспечения, поскольку данные официальной медицинской статистики и реальное отношение пациентов к реформам здравоохранения различаются. Последний показатель является более значимым, но может быть получен только в результате КСИ.

1. Стандарт качества медицинских услуг, предложенный в

диссертации, относится к виду организационных стандартов, основных видов объектов стандартизации здравоохранения - качество медицинских услуг. Стандарт качества должен разрабатываться, утверждаться, применяться и отменяться самостоятельно учреждением. На добровольной основе может предоставляться для экспертизы и получения заключения в технический комитет по стандартизации. Действует равным образом и в равной мере в отношениях с гражданами, организациями, учреждениями, органами управления и органами власти, взаимодействующих в сфере оказания медицинских услуг и медицинского страхования.

1. Предлагаемая диссертантом концепция непрерывного контроля качества медицинских услуг может быть использована Министерством здравоохранения в качестве основы при разработке концепции развития стандартизации в здравоохранении во исполнение, утвержденной

Правительством РФ «Концепции развития национальной системы стандартизации на период до 2010 года».

1. Патент на изобретение № 2313285 « Способ измерения производительности процесса оказания медицинской услуги»,положенный в основу диссертации, может быть рекомендован для внедрения на региональном и муниципальном уровнях управления здравоохранения для разработки оптимальных норм бюджетных и внебюджетных финансовых расходов на единицу объема медицинской услуги, гарантирующих высокое качество результата при выполнении государственного и муниципального заказов.
2. Стандарты качества медицинских услуг могут быть рекомендованы студентам старших курсов медицинских вузов и врачам постдипломного обучения в качестве методического пособия способа измерения и оценки предоставляемых медицинских услуг в учреждениях здравоохранения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева Р.А. Социальная политика государства переходного состояния / Р.А. Абдуллаева // Мир политики: актуальные проблемы политологии / Под ред. Н. И. Першина. - Волгоград: РПК Политехник. - 2004. - С 9 - 17.
2. Абросимова Л.П., Физическое развитие детей Кировской области / Абросимова Л.П., Кабирова Е.В., Симакова Т.А., Шерстобитова Р.Г. // Гигиена и санитария. - 1998. -№2.-С. 30-31.
3. Абросимова Ю.Е., Подходы к оценке здоровья населения в связи с состоянием окружающей среды и к созданию программы оздоровления / Абросимова Ю.Е., Ушаков B.JL, Булгакова Т.П.// Здравоохранение РФ. -
4. -№ 5. - С. 19-23.
5. Азаров А.А. Организационно-правовое обеспечение конституционного права граждан на медицинскую помощь /А.А. Азаров, И.А. Захаров, Н.В. Косолапова, О.В. Никульникова // Здравоохранение.- 2000,- №10.- С. 15 -

23.

1. Азаров А.В. Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования / А.В. Азаров // Здравоохранение.- 2000.- №7.- С. 41 - 48.
2. Акопян А.С. Организационно- правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения / А.С.Акопян // Здравоохранение. - 2004. - №5 - 6. - С. 10 - 18.
3. Алиев А.Д. К вопросу об интегральном критерии общественного здоровья / А.Д. Алиев // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - №4. - С. 8-15.
4. Алмазов В.А., Чавпецов В.Ф., Дюжева Г.А. Качество медицинской помощи и обоснование нового подхода к его оценке в условиях развития системы медицинского страхования // Пациенты и врачи за качество медицинской помощи. Материалы Всероссийской конференции. - С-Пб,

8-10 июня 1994. - С. 57.

1. Аналитический вестник. Здоровье населения как фактор национальной безопасности России /Под ред. Н.Ф. Герасименко. - М.:Комитет по охране здоровья ГД РФ, 1997. - Вып. 12. - 35 с.
2. Андреева О. В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения / О.В. Андреева // Здравоохранение. - 2002. - №5.

- С. 24-25.

1. Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи // Мед. вестник. - 2002. - №32. — С. 4-5.
2. Андреева О.В. Механизмы экономического стимулирования деятельности субъектов системы обязательного медицинского страхования /О.В.Андреева // Здравоохранение.- 2002.- №4.- с. 27-32.

308

*I*

1. Андреева О.В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения // Здравоохранение РФ. — 2002. - №5. - С. 24-25.
2. Архангельская Е.Ф., Проблемы здоровья и здравоохранения / Архангельская Е.Ф., Демидов Н.А.// Здравоохранение РФ. - 1997. - № 4. - С. 23-25.
3. Астафьев JT.M. Медико-социологическое исследование качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Дис. на соиск. уч. ст. канд. соц. наук. Волгоград. 2004.
4. Бабенко А.И., Барский В.Б. Субъективная оценка организации лечебно­диагностического процесса в клинике научного центра / Бюл. СО РАМН. -2001.-№1.-С. 103-108, 147-148.
5. Багненко С.Ф. Роль медицинской общественности в новых правовых условиях / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, В.А. Федотов // Здравоохранение.- 2004.- №2.- С. 15 - 20.
6. Барсукова Н.К., Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях / Барсукова Н.К., Лозанский Д.Н., Водогреева Л.В., Ледовских Н.В. // Здравоохранение РФ. - 1996. - № 1. - С. 30-33.
7. Белин Н.Б., Гусева Л.В., Ананьина Л.Г., Бурсикова Д.В., Муницкая Н.А. Оценка качества медицинской помощи: мнение медицинских работников // Здравоохранение. - 1999. -№8. - С. 15-17.
8. Белоконь О.В., Здоровье и благополучие пожилых / Белоконь О.В., Ермаков С.П., Комаров Ю.М. //Здравоохранение РФ. - 1995. - № 5. - С. 17­19.
9. Белоконь О.В., Медико-социальные аспекты здоровья населения и продолжительности жизни по оценкам экспертов / Белоконь О.В., Землянова Е.В., Мунтяну Л.В. // Здравоохранение РФ. - 1995. - № 6. - С. 24-26.
10. Беляков В.Д. Региональные проблемы здоровья населения России./ Беляков В.Д. - М., 1993.
11. Блохин А.Б. Размышление о реформе системы управления здравоохранением Российской Федерации. Региональная политика в условиях реформирования здравоохранения./ Блохин А.Б. - Екатеринбург,

1999.

1. Богомолова Н.Н. Контент-анализ: Спецпрактикум по специальной психологии / Н.Н. Богомолова, Т.Б. Стефаненко // М., 1992. - 63 с.
2. Богорад И.В. Больной и врач. — М.: Знание, 1982. - 96 с.
3. Бойков В. Расходы населения на медицинские услуги и лекарства (по материалам социологического мониторинга) / В. Бойков, Ф. Фили, И. Шейман, С. Шишкин // Экономика здравоохранения. - 2000. - №7. - С. 45­50.
4. Большаков А.М., Некоторые методические подходы к созданию системы социально-гигиенического мониторинга. Цели, задачи и сценарии использования системы / Большаков А.М., Крутько П.Н., Черепов Е.М., СкворцоваЕ.Л. //Гигиена и санитария. - 1996. - № 6. - С. 45-49.
5. Борисов А.И., Борисова А.А. О контроле качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. — 1999. — №3. - С. 34-37.
6. Боярский А.П., Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качества медицинской помощи / Боярский А.П., Чернова Т.В. // Здравоохранение РФ. -1993.-№7.-С. 5-7.
7. Брагинский М.И. Договоры подряда и возмездного оказания услуг по гражданскому законодательству. // Законодательство и экономика - 1977.- №17-18.-0.42-43.
8. Бутенко И.А. Анкетный опрос как общение социолога с респондентом / И.А. Бутенко// М.: Высшая школа, 1989. - 175 с.
9. Бутенко И.А. Какого обращения заслуживают социологические данные? / И.А. Бутенко // СОЦИС. - 2002. - №1. - С. 12-22.
10. Бутенко И.А. Организация прикладного социологического исследования / И.А. Бутенко // М.: Тривола, 1998. - 228 с.
11. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении // Экономика здравоохранения. - 2002. - №11. - С. 5-6.
12. Веселкова И.Н., Влияние медицинских факторов на продолжительность жизни в России / Веселкова И.Н., Землянова Е.В., Короткова А.В., Погорелова Э.И. // Проблемы социальной гигиены и истории медицины -
13. - №6. -С. 3-6.
14. Вишняков Н.И., Гусев О.А., Губин В.Г. Что думают посетители территориальной поликлиники о качестве амбулаторной помощи // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2000. - №4. — С. 14-16.

1. Назарова И.Б. Реформы здравоохранения: за и против / И.Б. Назарова // Здравоохранение. - №6,- С. 29 — 36; Трегубов Ю.Г. О современных проблемах совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению / Ю.Г. Трегубов, H.B. Дмит-риева, О.В. Андреева, С.С. Рытвинский // Здравоохранение РФ.- №2,- С. 29 - 32.; Халилуллина А.С. Организация системы управления гигиенической безопасностью и состоянием здоровья населения / А.С. Халилуллина // Здравоохранение Рос. Федерации. - 2001. -№3. - С.21 -24. [↑](#footnote-ref-1)
2. Кудрин B.C. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки / B.C. Кудрин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - №2. - С. 19-21; Щепип О.П. Современные проблемы здоровья населения и здравоохранения России /О.П. Щепин, В.К. Овчаров, T.M. Максимова, Е.П. Какорина // Бюл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко М., 1997. - С.19 - 22. [↑](#footnote-ref-2)
3. Вялков А.И. О небходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении / А.И. Вялков // Экономика здравоохранения. - 2001.- №1,- С.5 - II; Щепин О.П. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения РФ / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, И.Э. Чудинова, Я.Д. Погорелов // М., 2000. - №3. - С. 9 - 12. [↑](#footnote-ref-3)
4. Кадырова С.М. Психологические проблемы работы медицинского персонала в условиях внедрения платных услуг / С.М. Кадырова//Здравоохранение. - 2002. - №1.- С. 137 - 140. [↑](#footnote-ref-4)
5. Аналитический вестник. Здоровье населения как фактор национальной безопасности России /Под ред. ІІ.Ф. Герасименко. - М.:Комитет по охране здоровья ГД РФ, 1997. - Вып. 12. - 35 с; Спиридонов А.М. Система мероприятий по снижению рисков здоровью населения / А.М. Спиридонов, В.Ф. Пискунов, Н.М. Цунина // Пробл. соц. гигиены здравоохранения и истории медицины. -2001. - №3. С. 25 -31; Трешутин В.А. Региональная система моноторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения /В.А. Трешутин, В.О. Щепин // Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. - М., 2001. - 256 с.; Шибков Н.А. Социально-демографические, экологические, медико-организационные характеристики для обоснования реформы здравоохранения в Ставропольском крае: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Шибков // М., 1996. - 24 с.; Щепин О.П. Современные проблемы здоровья населения и здравоохранения России /О.П. Щепин, В.К. Овчаров, T.M. Максимова, Е.П. Какорина // Бюл. НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко М., 1997. - С. 19 - 22. [↑](#footnote-ref-5)
6. Шишкин С.В. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства / С.В. Шишкин // Экономика здравоохранения. - 2000. - №8. - С. 10 - 15. [↑](#footnote-ref-6)
7. Андреева О. В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения / О.В. Андреева // Здравоохранение. - 2002. - №5. - С. 24-25; Островская Е.В. Об оценке качества медицинской помощи / Е.В. Островская, В.А. Фетисов // Материалы науч.- практ. конф. молодых специалистов. - СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. - С. 12 - 18.; Справочник по организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений (Нормативные материалы);-М.: ГРАНТЪ, 1999. - 1248 с. [↑](#footnote-ref-7)