

Волгоградский государственный медицинский университет

На правах рукописи

ТОКАРЕВА Юлия Михайловна

**Применение SWOT-анализа для оценки качества медицинской помощи**

14.02.05 – социология медицины

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук

**Научный руководитель:**  
**доктор философских наук,**  
**профессор**  
**Чижова В.М.**

**Волгоград – 2010**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛПУ	13
1.1 Эволюция подходов к изучению оказания медицинской помощи	13
1.2 Операционализация качества медицинской помощи	17
1.3 Качество оказания медицинской помощи как объект социологических исследований	23
1.4 Лечебно-профилактическое учреждение как объект социологического исследования	35
ГЛАВА 2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА	51
2.1 История развития и области применения факторного анализа	51
2.2 Методологические основы факторного анализа	57
2.3 Методология проведения SWOT-анализа	64
ГЛАВА 3. SWOT – АНАЛИЗ КАК СПОСОБ ФАКТОРНЫХ РЕШЕНИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	68
3.1 Валидность показателей удовлетворенности врача и пациента для оценки качества оказания медицинской помощи	68
3.2 Особенности восприятия основных характеристик работы стационара с позиции врача и пациента	74
3.3 Технология проведения SWOT-анализа	88
3.4 Разработка модели расчета коэффициента оценки качества медицинской помощи по технологии SWOT	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	105
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	108

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КМП – качество медицинской помощи

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

ОМС – обязательное медицинское страхование

СМО – страховая медицинская организация

SWOT – силы, слабости, возможности, угрозы

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

На современном этапе медицина, как важнейшая для человека сфера, играет исключительную роль в его жизни, а ее влияние зачастую даже сильнее политики и экономики. В этой ситуации резко усилилась потребность в социологическом познании, как с целью объяснения характера медико-социальных взаимоотношений и взаимодействий, так и в целях создания модели для прогнозируемости процессов, исследования законов управления и создания приемлемой с учетом социально-экономической ситуации системы здравоохранения. (Решетников А.В., 2002).

По данным современных исследований обострившаяся в течение последнего десятилетия социальная дифференциация общества привела к снижению возможностей основной части населения эффективно и качественно восстанавливать здоровье в стационарных ЛПУ (Корецкий В.Л. и соавт., 2002). В этих условиях актуальной проблемой становится оптимизация планирования системы стационарной медицинской помощи и внедрение новых методов управления на основе повышения конечных результатов работы в виде показателей качества, эффективности и доступности стационарной помощи (Чернова Т.В. и соавт., 2003).

В современных условиях руководство стационарных ЛПУ при осуществлении процесса управления все более нуждается в оперативно получаемой и надежной информации об эффективности деятельности как организации в целом, так и ее структурных подразделений. Обычно на практике деятельность лечебного учреждения оценивается с помощью большого числа различных показателей, каждый из которых, однако, отражает лишь один из ее аспектов (Самодин В.И., Шамшурина Н.Г., 1997; Кадыров Е.Н., 1999; Лисицын Ю.П., 1999). И хотя их совокупность позволяет организатору здравоохранения получить развернутое представление об эффективности работы учреждения, тем не менее, такого рода оценки носят

исключительно количественный характер, кроме того, разнонаправленность показателей создает значительные трудности при выработке окончательного решения (Решетников А.В., 2001). Это обстоятельство делает актуальной задачу разработки и апробации методики комплексной медико-социологической оценки медицинской и экономической эффективности деятельности структурных подразделений стационара и ЛПУ в целом.

Все вышесказанное обуславливает необходимость разработки и применения социологических подходов к управлению деятельностью и формированию структуры лечебно-профилактической помощи.

Особое значение сегодня приобретает анализ эффективности функционирования ЛПУ с точки зрения качества оказания медицинской помощи и достижения положительного эффекта. Оценка эффективности функционирования ЛПУ на сегодняшний день осуществляется прежде всего и преимущественно в рамках стоимостного анализа. Однако, подобных методов анализа недостаточно для комплексной оценки деятельности ЛПУ. Необходимо применение ресурсов социологии медицины, позволяющих соотнести как состояние внутренней среды учреждения, так и влияние на него внешних факторов.

Осуществление подобного анализа в системе здравоохранения возможно с помощью метода SWOT (аббревиатура составлена из первых букв английских слов: сила, слабость, возможности и угрозы). С 60-х г. и по сей день SWOT-анализ широко применяется в процессе стратегического планирования и оценки среды. Основатели метода К. Andrews, Heinz Wehrich, Igor Ansoff, Henry Mintzberg, Terry Hill, Adam J.Koch предложили матрицу, в которой облегчено сопоставление внешних угроз и возможностей с внутренними слабостями и силами организации.

Анализ литературы, позволяет сделать вывод, что качество медицинской помощи в ЛПУ на сегодняшний день оценивается с помощью применения ряда коэффициентов: оборот койкомест, количество вылеченных больных за

определенный период, коэффициент трудоемкости, рентабельности и т.д. Однако, не существует методики расчета, позволяющий выявить коэффициент оценки качества медицинской помощи по критерию удовлетворенности врачей и пациентов.

Таким образом, можно сделать вывод об отсутствии комплексных исследований направленных на формирования методики расчета коэффициента качества медицинской помощи. Именно поэтому необходимо подойти к этому вопросу с методологических позиций социологии медицины, оценив и описав современное состояние, и спрогнозировав, возможные пути и механизмы совершенствования работы данных социальных организаций, с учетом мнения всех заинтересованных групп.

#### Степень разработанности проблемы

Вопросы изучения и совершенствования качества оказания медицинской помощи волновали исследователей во все времена (Taylor F.W., 1929; Mayn E., 1945; Deming W.E., 1953; Starr P., 1982; Donabedian A., 1985; Palmer R.H., 1991; Read P., 1993 и др.).

Первые отечественные работы, выполненные по социологическим методикам в области анализа качественных показателей медицинского обслуживания, проводились в рамках социальной гигиены и организации здравоохранения. Изучением удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи занимались такие авторы, как Н.Г. Калоиани (1989); Г.И. Заборовский, А.А. Биркос (1990); М.А. Камалиев (1990); И.Ф. Присакарь, М.Г. Паланчук (1990); С.С. Смирнов, О.В. Трофимова (1990). Вопросам удовлетворенности населения деятельностью стационаров в таких аспектах, как условия содержания больных, квалификация персонала, отношение персонала к больным, условия работы и здоровье работающих, организация медицинской помощи, посвящены работы С.М. Борисовой и А.И. Борисова (1990), Т.И. Коцера (1990), В.А. Миняева (1990) и др.

Позднее социологические опросы населения, организуемые для определения степени удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, были признаны одним из средств контроля за качеством медицинской помощи со стороны потребителей медицинских услуг (Адыширин-Заде Г.А. и соавт., 1996; Юрьев В.К. и соавт., 1996; Линденбратен А.Л., 1997; Архипов В.В., 1998). Более того, сам показатель удовлетворенности населения был детально разработан и, по мнению Т.А. Сибуриной (1996), включает в себя интегральную оценку всех сторон медицинского обслуживания, начиная с эффективности и качества проводимых мероприятий, условий получения медицинской помощи, ее организации и заканчивая психологическими аспектами взаимодействия пациентов с медицинскими работниками.

Особое место среди проанализированных работ занимают исследования влияния моделей и деонтологических аспектов взаимодействия врача и пациента на качество оказания медицинской помощи, особенно в свете того, что в нашей стране большинство врачей по-прежнему продолжают оставаться верными патерналистической модели, в то время, как позиция пациента стала более активной, требует полной, правдивой информации и адекватного участия в принятии решений (Тогунов И.А., 2000; Филатов В.Б. и соавт., 2001; Воробьев А.А., Деларю В.В., Куцепалов А.В., 2004; Назарова И.Б., 2004; Эртель Л.А., Седова Н.Н., 2004).

Если исследование вопросов деонтологии достаточно широко освещено в научной литературе (Фармаковский Н.В., 1902; S.W. Blomm, 1963; Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И., 1981; Хорхе Г.Л., 1982; Яшинскас П., 1983; Вугне Р.С., 1984; Коротких Р.В., 1988; Галкин В.А., 1996; Покровский В.И., 1997; Хабибуллин К.И., 2000), то влияние межличностных отношений на медицинское обслуживание с социологических позиций постулируется, но изучено недостаточно. В проработанной научной литературе, исследователи уделяют внимание анализу каких-то отдельных аспектов взаимоотношений

врача и пациента: психологических (Lain E.P., 1969; Хаес Л.Б., 1990; Бьюженталь Д., 1998; Puustinen R., 2000), семантических (Кореневой Т.Р., 1987; Носачевым Г.Н. и соавт., 2000, 2003), правовых (Berger S.M., 1988; Петросяном М.Е., 1990; Шамшуриным В.И., Танковским В.Э., 1999; Филимоновым С.В., 2001) и др.

Между тем, необходимо отметить, что еще классики отечественной медицины Д.С. Самойлович, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин в своих работах убедительно показали, что терапевтическая эффективность лечения во многом зависит от умения доктора устанавливать контакт с больным и способности заслужить его доверие. Современные исследования Н.В. Яльцева, (1995); А.В. Решетникова (1998); Р.С. Гаджиева, З.К. Назаралиевой (2002); О.П. Щепина и соавт. (2002) и др. ученых подтверждают существование связи между оптимальностью отношений в системе «врач – пациент» и уровнем удовлетворенности последних от лечения.

Во многих исследованиях анализируется наличие и выраженность корреляции между удовлетворенностью населения оказанной медицинской помощью, отношением медицинского персонала к больным и другими показателями, характеризующими КМП и качество жизни пациентов (Maclehose R., 1997; Bott U., 1998; Nanda U., Andresen E.M., 1998; Солохина Т.А. и соавт., 1998; Тумасян К.П., 1999; Новик А.А., Ионова Т.И., 2002).

Наконец, в рамках социально-психологических исследований предпринимались попытки типологизации медицинских работников с целью моделирования личности идеального врача, медицинской сестры. Однако пациенту отводилась второстепенная, пассивная роль, и он оставался вне рамок научного изучения (Богорад И.В., 1982; Витенко И.С., Леоненко И.Н., 1983; Ташлыков В.А., 1984; Харди И., 1988; Георгиевский А.С., 1996).

Значительное число фундаментальных работ посвящено анализу существующей системы оказания медицинской помощи, качество которой

является не обособленной проблемой, а во многом представляет собой лишь следствие недостаточного финансирования, обеспечения кадрами, уровня их подготовки, взаимоотношений медицинских работников и пациентов, микроклимата в коллективе, стиля руководства и управления ЛПУ (Стародубов В.И., 1998; Щепин О.П., 1998; Лисицын Ю.П., 1999; Решетников А.В., 2002).

Результаты, которые были получены авторами вышеуказанных работ, представляют собой ничто иное как новые критерии оценки позиции пациента и практики оказания медицинской помощи, поскольку они отражают степень удовлетворенности населения деятельностью медицинских служб и выявляют те их стороны, которые вызывают негативную общественную реакцию. Эти аспекты актуальной проблемы исследования оказания медицинской помощи требуют дальнейшего социологического теоретического осмысления и методического обеспечения.

Цель исследования – медико-социологическая адаптация метода SWOT-анализа и построение на его основе модели оценки качества медицинской помощи стационарного лечебно-профилактического учреждения по критерию удовлетворенности врачей и пациентов.

Для достижения цели исследования необходимо было решить следующие научные задачи:

- изучить теоретико-методологические основы факторного анализа для построения SWOT-модели;
- разработать методику SWOT-анализа исследования качества оказываемой медицинской помощи по критерию удовлетворенности пациентов и врачей;
- обосновать валидность показателей удовлетворенности врачей и пациентов для оценки качества медицинской помощи;
- исследовать отношение пациентов и врачей к качеству оказания медицинской помощи, предоставляемой в стационарных лечебно-профилактических учреждениях;

- разработать модель расчета коэффициента оценки качества медицинской помощи по технологии SWOT.

Объект исследования - качество медицинской помощи в стационарных лечебно-профилактических учреждениях.

Предмет исследования – SWOT-анализ как метод исследования качества медицинской помощи в стационарных лечебно-профилактических учреждениях.

Гипотеза исследования заключается в том, что повышение качества медицинской помощи возможно не только за счет более рационального и грамотного распределения имеющихся средств, но и за счет улучшения взаимоотношений медицинских работников и пациентов. Для выявления данных факторов необходимо мониторинговое социологическое исследование медицинской помощи в ЛПУ, раскрывающее механизм формирования удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи. Одним из видов факторных решений является SWOT-анализ, применение которого обусловлено его способностью оценить, как внутренние ресурсы медицинского учреждения, так и влияние на него внешних факторов. Основными факторами SWOT-анализа выступают «силы», «слабости», «возможности» и «угрозы». Потенциальные внутренние сильные стороны (S) и слабости (W) медицинского учреждения оцениваются по следующим параметрам: компетентность, финансовые источники, применяемые медицинские технологии, профессионализм персонала, качество предоставляемых услуг, стоимость на предоставляемые платные услуги и др. Потенциальные внешние благоприятные возможности (O) и угрозы (T) включают состояние экономической, политической и социальной обстановки, ужесточение конкуренции, появление иностранных конкурентов с технологиями низкой стоимости, законодательное регулирование и др.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые разработана методика оценки качества медицинской помощи по технологии

SWOT-анализа, позволяющая выявить коэффициент качества медицинской помощи по критерию удовлетворенности врача и пациента.

Диссертант доказал, что эффективность применения факторного анализа в медицине заключается в описании реальной ситуации организации, включая влияние на нее внешней среды, поэтому подобный анализ позволяет выявить недостатки в управлении персоналом, в использовании ресурсов, в организационной структуре.

Диссертант провел матричный анализ четырех рассматриваемых факторов (силы, слабости, возможности, угрозы) и показал, как именно он позволяет сформировать методику расчета коэффициента качества медицинской помощи в ЛПУ.

Научная новизна исследования раскрывается в положениях, выносимых на защиту:

1. Врачи дают самые критичные оценки качества медицинского обслуживания стационара и качественных показателей работы. Коэффициент качества медицинской помощи с позиции врача - 2,64, с позиции пациента - 2,11. Мнение пациентов о качестве медицинской помощи, технологическом уровне стационара более субъективно. Пациенты, оценивая свои взаимоотношения с врачами, руководствуются, прежде всего, своими впечатлениями, эмоциями. Поэтому очень важно, чтобы врач умел расположить пациента к себе.
2. Врачи в большей степени склонны давать критичную оценку материально-техническому обеспечению стационара, чем пациенты. Ресурсное оснащение больницы оценили как удовлетворительное 23 % врачей и 40% пациентов. Максимальные расхождения в оценках врачей и пациентов отмечены по таким показателям ресурсного обеспечения как питание. Удивительно, что 30% пациентов полностью удовлетворены питанием в больнице, и ни один из врачей не посчитал питание в больнице полностью удовлетворительным. Возможно, это связано с тем, что врачи склонны

видеть пути повышения качества медицинской помощи во внешних ресурсах, а пациенты во внутренних.

3. Взаимоотношения врачей, пациентов и медицинских сестер в ходе лечебного процесса оказывают непосредственное влияние на качество и эффективность медицинской помощи. В оценке взаимоотношений медицинского персонала с пациентами, последние более критичны, чем врачи, причем при оценке взаимоотношений пациента с лечащим врачом позиция усугубляется: удовлетворены взаимоотношениями только 53% пациентов и 91% врачей. Как видно, врачей устраивает характер взаимоотношений с пациентом, которые, в свою очередь, склонны ожидать от врача большего, чем медицинское лечение. Результаты опроса показывают наличие нереализованного внутреннего ресурса, не требующего включения внешних факторов.
4. Врачи определяют ведущими факторами, обеспечивающими предоставление качественной медицинской помощи, возможность реализовать на практике стандарты диагностики и лечения заболеваний и выполнение пациентом врачебных рекомендаций.
5. Ведущими факторами, непосредственно влияющими на целостную оценку пациентами качества медицинской помощи в соматическом стационаре, являются качество взаимоотношений между врачом и пациентом и соблюдение «принципа бесплатности» оказываемой помощи. Санитарно-бытовые условия стационара оказывают опосредованное влияние на оценку качества помощи, позитивно или негативно сказываясь на отношениях с лечащим врачом.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Материалы диссертации представлены в виде докладов и сообщений на научных конференциях разных уровней (Волгоград, 2006, 2007, 2008, Москва, 2008, Чита 2009, Республика Башкортостан 2009). Автором подготовлен и читается в Волгоградском государственном медицинском университете спецкурс в рамках

дисциплины «Организационно-экономическая база государственного и страхового здравоохранения» для специалистов по социальной работе «Оценка качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения по технологии SWOT-анализа», разработаны методические пособия по технологиям оценки качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения для студентов медицинских вузов. По результатам исследования опубликовано 7 научных работ.

Разработанная методика оценки качества по технологии SWOT может быть использована в различных учреждениях здравоохранения.

Методологические основания диссертации. Методологическую основу исследования составили классические положения социологии медицины, а также общенаучные принципы – системный подход, структурно-функциональный анализ, единство исторического и логического. В диссертации применялся трансдисциплинарный подход, интегрирующий фундаментальные положения социологии медицины, теорий менеджмента и экономики здравоохранения. Прикладными методами в исследовании были анкетирование, интервью, анализ документов и моделирование.

Программа исследования прошла экспертизу Регионального этического комитета.

Структура диссертации. Диссертация состоит из 122 страниц машинописного текста, включает введение, три главы, заключение, библиографию. Список литературы содержит 163 источника.

## **ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛПУ**

На современном этапе реформирования здравоохранения в нашей стране первостепенная роль отводится улучшению медицинского обслуживания населения. Решение этой задачи возможно лишь на основе создания эффективной системы управления качеством медицинской помощи и ресурсами каждого лечебно–поликлинического учреждения.

Одна из проблем, изучаемых социологией медицины, связана с разработкой социально-ориентированных методов оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи как пациентов так и персонала ЛПУ.

### **1.1 Эволюция подходов к изучению оказания медицинской помощи**

Обеспечение качества медицинской помощи связано, с одной стороны, с развитием теоретических подходов к ее изучению, а, с другой, – с особенностями существовавших в определенные исторические периоды систем здравоохранения. В свою очередь, проблема качества видоизменялась вместе с самим здравоохранением, которое прошло трудный путь становления и развития от государственной системы (с 1929 до середины 1980-х гг.) и монопольного контроля за медицинским обслуживанием к введению нового хозяйственного механизма (вторая половина 1980-х гг.) с внедрением новых элементов оценки качества медицинских услуг и, наконец, до бюджетно-страховой системы (с 1991 г. по настоящее время), с разветвленной и законодательно утвержденной системой обеспечения контроля КМП.

Наличие большого количества трудов, посвященных анализу различных аспектов КМП, указывает на то, что проблема обеспечения качества имеет глубокие исторические корни (Taylor F.W., 1929; Mayn E., 1945; Deming W.E., 1953, 1966; Donabedian A., 1966, 1968, 1976, 1985; Starr P., 1982; Fine D.J., Mayer E.R., 1983; Knaus W.A. et al., 1986; Kantrov W.A., 1986; Fooks C., Rachlis

M., Kushner C., 1990; Palmer R.H., 1991; Ellis R., Whittington D., 1993; Read P., 1993; Halversov P.K., Mays G.P., Miller C.A., 1996 и др.).

Начиная с древнейших времен, врачи стремились к тому, чтобы не навредить здоровью больного. Исследование Египетских папирусов (2000 г. до н. э.), в содержании которых указываются правила оказания различных видов медицинской помощи, свидетельствует о проведении конкретных мероприятий, направленных на создание определенных гарантий качества при проведении лечения. В Древнем Китае (1100 г. до н. э.) к практической лечебной деятельности допускались только сдавшие экзамены врачи, подтвердившие свои профессиональные навыки. Римский император Антоний (100 г. н. э.) своим указом предписывал использовать врачам унифицированные стандарты практики. В Персии калиф аль Муктарид требовал от врачей-практиков прохождения экзамена на профессиональную компетентность. Во всех этих случаях просматривается зарождение прототипов современных систем стандартизации, лицензирования и аккредитации.

В Англии (1500 г.) в Royal College of Physicians для врачей были установлены профессиональные правила (устав) и лицензирование. В середине XVI века, глубоко исследовав народную медицину, течение «Аюр-веда», учения Гиппократов, Галена, Авиценны, великий философ Ф. Бэкон пришел к осознанию внутренней сути и общественного предназначения медицины: «первая обязанность медицины – сохранение здоровья, вторая – лечение болезней».

В США (1760 г.) в штате Нью-Йорк был принят специальный закон по лицензированию, который запрещал врачам проводить лечение и хирургическое вмешательство без сдачи ими экзаменов или без лицензии, выданной специальной правительственной экзаменационной комиссией. В 1850 г. в Англии были приняты государственные стандарты обучения и регистрации медицинских работников.

В 1910 г. американский колледж хирургов разработал и опубликовал программу больничной стандартизации. В этот же период Абрахам Флекснер (1910) обосновал значимость и роль первичной и последипломной подготовки медицинских работников для создания гарантий качества оказываемой медицинской помощи. Известный хирург Эрнест Эйвер Кодман (1914, 1916), высказываясь по поводу совершенствования методов оценки качества диагностики и лечения, выдвинул ряд инновационных идей по улучшению деятельности больниц. В частности, он первый доказал недопустимость ограничения рассмотрения этой проблемы только рамками структурного подхода.

Тем не менее до 1960-х годов политика в области улучшения КМП была направлена в основном на ее структурное или ресурсное обеспечение (совершенствование материально-технической базы, повышение квалификации медицинского персонала и т. д.). Также этот период характерен разрушением монопольного контроля врачей за качеством. С этих пор государственная система оказания медицинской помощи активно вмешивается в деятельность медицинских работников путем создания органов лицензирования и аккредитации медицинских учреждений – появляется внешний контроль. На данном этапе отсутствуют нормативно-правовые акты, защищающие права потребителей, роль пациента малоактивна, и на практике с ним не считаются.

Время показало, что при таком подходе никакие мероприятия в области обеспечения качества не могут привести к желаемым результатам. Назрела необходимость поиска новых путей совершенствования деятельности по созданию гарантий качества. На этом этапе пришло понимание того, что правильно выбранный метод лечения или диагностики является важнейшим условием качественной медицинской помощи, несмотря на наличие или отсутствие определенных ресурсов. Осознание этого факта привело к рождению процессуального подхода.

Процессуальный подход основывается на предположении, что рациональный процесс гарантирует хорошие результаты. Он предусматривает изучение и оценку выбранных технологий оказания медицинской помощи. G.E. Steffen (1988) и другие авторы считают, что оптимальный процесс является отражением оптимальной структуры. Очевидно, что процесс должен тем или иным образом влиять на результат, хотя связь между ними не всегда точно установлена. Отдельными исследователями, например R.L. Kane (1977), D.R. Longo, J.D. Allen (1994) при изучении практики амбулаторного обследования была установлена корреляционная зависимость между высоким уровнем процесса обслуживания и хорошим исходом лечения (восстановление функциональных показателей здоровья, удовлетворенность пациентов).

Большую роль в развитии подходов сыграли статистические показатели, характеризующие различные параметры качества. Именно статистические показатели позволили разработать критерии и требования при выполнении отдельных лечебно-диагностических процедур.

Постепенно сформировались и методы оценки качества, основным из которых являлась медицинская экспертиза. Главный смысл экспертизы заключался в ретроспективной оценке медицинской помощи, оказанной пациенту, и ее результата – результативный подход – в процессе которой выявлялись дефекты и выяснялись их причины для дальнейшего устранения. Борьба с дефектами, как правило, сопровождалась применением санкций к виновным. Позднее в рамках результативного подхода стали разрабатываться не только вопросы выявления врачебных ошибок, обоснованных жалоб и т. п., но также проводился анализ статистических показателей (числа пролеченных, числа повторно обратившихся, численности смертельных исходов).

До настоящего времени в здравоохранении идет активное совершенствование методик по обеспечению КМП (Принципы обеспечения качества, 1991; Симкина Е.С., 1992; Цаликова Е.М., 1993; Черкесов Г.Н. и соавт., 1995; Кургин Е.А. и соавт., 1996; Сабанов В.И., Ивашева В.В., 1996;

Панченко Л.А., 1996; Погорелов Я.Д., Нечаев В.С., 1996; Орлова Г.Г., Воскобой Э.В., 1997; Качество медицинской помощи, 1997; Проект обеспечения качества, 1998; Галанова Г.И., 1998, 2000; Методические рекомендации ФФОМС, 1999; Тюрина О.В., 2001 и др.).

Большой интерес вызывают работы W.E. Deming (1953, 1966), L.G. Rosenfeld (1957), S.E. Rice (1961), J.F. Eagle (1963), C. Muller (1965), G.E. Miller (1967), В.А. Myers (1969), A. Donabedian (1980, 1981, 1990, 1993), В.А. Алмазова, В.Ф. Чавпецова, Г.А. Дюжевой (1994), С.Дж. Тиллингаста (1996), О.П. Щепина, В.И. Стародубова, А.Л. Линденбратена и соавт. (2002) и др., которые формируют видение новых основных подходов в области обеспечения КМП: структурного, процессуального и результативного.

Таким образом, можно говорить о необходимости применения при проведении комплексного социологического исследования не отдельных подходов к оценке оказания медицинской помощи, а синтеза имеющихся базовых, исторически обусловленных методик оценки и обеспечения качества (структурного, процессуального и результативного подходов).

## **1.2 Операционализация качества медицинской помощи**

Для глубокого и всестороннего рассмотрения оказания медицинской помощи необходимо: определить границы понятия КМП, рассмотреть его компоненты и показатели. Особое внимание занимает разработка технологии по созданию производственной атмосферы, обеспечивающей появление чувства удовлетворенности у пациентов процессом и результатами лечения, а также изучение влияния на КМП финансовых затрат и юридического обеспечения прав граждан на получение качественной медицинской помощи. Насущной необходимостью является составление плана конкретных мероприятий по обеспечению КМП и внедрение их в практику.

Анализ существующих теорий свидетельствует о многообразии концептуальных подходов к обеспечению КМП что, в первую очередь, связано с трактовкой понятия «обеспечение качества».

В зарубежной литературе можно встретить множество различных определений концепции обеспечения качества (Donabedian A., 1985; Vuory H.V., 1985; Berwick D.M., 1991; Palmer P.H., 1991). Наиболее подходящим для данного социологического исследования является определение, данное в глоссарии «Качество медицинской помощи» (1999): обеспечение качества – это «виды деятельности и программы, имеющие целью удовлетворять имеющиеся или предполагаемые ожидания и потребности отдельных пациентов и групп населения с эффективным использованием ограниченных ресурсов».

Несмотря на разнообразие толкований понятия «обеспечение качества», во всех определениях можно найти много общих характеристик. Например, каждое из них ориентировано на организационные меры по улучшению, систематическое наблюдение, измерение и оценку, анализ и контроль, коррекцию деятельности и обучение.

Говоря об обеспечении КМП, необходимо отметить, что в понятийном аппарате этой проблемы существует определенная путаница, которая обусловлена тем, что недостаточно четко определено как само понятие качества, так и его границы (Ладный А.Я., Шустер Л.А., 1990).

Действительно, несмотря на внешнюю простоту, дать определение этого понятия сложно. В литературе имеется несколько десятков определений КМП, не только различающихся деталями, но нередко и противоречащих друг другу, что подтверждает отсутствие единой точки зрения по данному вопросу. Во многом это связано со сложностью и многоплановостью как самого понятия КМП, так и родовых понятий «качество» и «медицинская помощь». Так, КМП, оказываемой отдельному больному, несет одну смысловую нагрузку, КМП, оказываемой в ЛПУ или в целом по стране, – другую. Неоднозначны подходы

к оценке качества со стороны различных субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования. Врачи оценивают качество своей работы и деятельность своих коллег с одних позиций, больные – с других, органы здравоохранения – с третьих и т. д.

По определению в соответствии с международными (ISO 8402) национальных (ГОСТ 15467) стандартов «качество – это совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленным или предполагаемым требованиям».

ВОЗ определяет следующие задачи системы обеспечения КМП: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и биологическими факторами; при этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования должен быть минимальным, пациент должен получать максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи».

Максимально полным определением является следующее: «качество медицинской помощи – это свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, т.е. его способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой» (Чавпецов В.Ф., 1997).

Вполне справедливо, что в этом определении, как и в большинстве других, само понятие качества формулируется через условия его обеспечения и содержит целый ряд составляющих («формула КМП»), без которых невозможно улучшить оказание медицинской помощи, включая:

- высокую квалификацию персонала;

- обеспечение надлежащей технологии оказания медицинской помощи;
- единство профилактической и лечебной работы;
- наличие достаточных материально-технических ресурсов и их оптимальное использование;
- обеспечение удовлетворенности непосредственного потребителя медицинской услуги, т.е. пациента.

Необходимость решения разных задач является одним из факторов, обусловивших появление различных вариантов понятия КМП. И в этом плане существование множества подходов к определению качества оказания медицинской помощи является не только оправданным, но и необходимым, так как в совокупности они образуют определенную систему показателей, каждый из которых имеет свою область применения.

В целом же следует говорить не об одном универсальном общем для всех понятии КМП и искать для него наиболее точное словесное выражение, а использовать систему понятий, каждое из которых раскрывало бы ту или иную сторону общего понятия «медицинская помощь» применительно к конкретным условиям функционирования системы здравоохранения, а все вместе эти понятия создают достаточно четкую и полную картину состояния медицинской помощи на любом ее уровне.

Для настоящего исследования с позиций социологии медицины мы можем определить качество медицинской помощи оказываемой в лечебно-профилактических учреждениях как совокупность свойств процесса оказания медицинской помощи, способствующих формированию у пациентов чувства удовлетворенности в ходе взаимодействия с медицинскими работниками, при достаточном ресурсном, квалификационном и технологическом обеспечении.

При этом медицинская помощь рассматривается как комплекс профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, проводимых по определенным технологиям, соответствующим существующим стандартам, с

целью достижения максимально возможного положительного результата (рисунок 1).

Если подходить к медицинской помощи как к некоторому производственному процессу, то можно выделить три основных аспекта, тесно связанных между собой:

- медицинская помощь как процесс, т. е. деятельность медицинских работников;
- условия ее осуществления (здания, медицинское оборудование, лекарственные препараты и т. д.);
- исходное состояние пациента (тяжесть заболевания, сопутствующая патология, поведенческие реакции и т. д.).



Рисунок 1. Модель структуры качества медицинской помощи (Астафьев Л.М., 2005г.)

Таким образом, характеристики медицинской помощи могут существенно различаться, что также сказывается на методах оценки и подходах к обеспечению качества. Но прежде чем рассмотреть особенности каждого из них, целесообразно остановиться на категории «качество»,

являющейся, как уже упоминалось, одним из родовых понятий по отношению к термину КМП.

Качество, как известно, имеет два основных значения. Во-первых, это понятие трактуется в философском смысле и употребляется в тех случаях, когда возникает необходимость отметить устойчивость различий разных предметов, явлений и процессов. Качество – философская категория, выражающая неотделимую от бытия объекта его существенную определенность, благодаря которой он является именно этим, а не иным объектом. Качество предмета не сводится к отдельным его свойствам.

Во-вторых, данное понятие широко используется в деятельности различных отраслей народного хозяйства при сравнении однотипной продукции по степени ее совершенства, пригодности и т. д. (аналогами данной трактовки понятия «качество» являются «сорт», «категория»). Качество продукции – совокупность свойств продукции, обуславливающих ее способность удовлетворять определенные потребности в соответствии с ее назначением.

Следовательно, и при оценке КМП могут быть использованы различные подходы. Изучение качества возможно как с позиций процесса оказания медицинской помощи, так и с позиции сферы потребления медицинской услуги. В самом деле, если медицинскую помощь оказывают квалифицированные врачи в условиях, отвечающих всем требованиям научно-технического прогресса, то при прочих равных, и результат будет наилучшим, т. е. уровень качества будет наивысшим.

Такой взгляд перекликается с тремя аспектами КМП, изложенными в ставших классическими работах А. Donabedian и являющимися в настоящее время общепринятыми:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: материально-техническая база, обеспеченность кадрами и т. д.);

– качество процесса (верный диагноз, выбор адекватной технологии лечения, соблюдение норм и стандартов, принятой тактики лечения);

– качество результата (эффект от проведенных мероприятий).

Собственно говоря, практически все разработки в области оценки и обеспечения КМП так или иначе связаны с использованием классических структурного, процессуального или основанного на учете конечных результатов подходов.

### **1.3 Качество оказания медицинской помощи как объект социологических исследований**

В условиях существовавшей ранее системы государственного здравоохранения развивался преимущественно внутриведомственный контроль КМП. Субъектами контроля выступали как правило органы управления здравоохранением и руководители медицинских учреждений, другими словами, система сама следила за качеством своей работы. В этих условиях изучение КМП носило скорее методический, нежели исследовательский характер.

С введением системы медицинского страхования появился вневедомственный контроль, осуществляемый страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации эта система контроля была призвана обеспечить конституционное право граждан на получение гарантированного объема медицинских услуг, соответствующих по качеству условиям программ медицинского страхования. Страхование подразумевало создание экономически эффективной системы контроля на основе добросовестной конкуренции, но до конца воплотить ее в жизнь не удалось.

Тем не менее, существование описанных выше систем, привело к осознанию того факта, что без непосредственного участия населения, т.е. самих

пациентов, непосредственно заинтересованных в ее качестве, данная система не может быть действительно эффективной. Этим и обусловлено то, что в последнее десятилетие были проведены многочисленные исследования в этом направлении как на теоретическом, так и на эмпирическом уровне.

Социологические опросы населения, организуемые для определения степени удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием были признаны одним из средств контроля КМП со стороны потребителей медицинских услуг (Адыширин-Заде Г.А. и соавт., 1996; Юрьев В.К. и соавт., 1996; Линденбратен А.Л., 1997; Архипов В.В., 1998). Более того, сам показатель удовлетворенности населения был детально разработан и по мнению Т.А. Сибуриной (1996) включает в себя интегральную оценку всех сторон медицинского обслуживания, начиная с эффективности и качества проводимых мероприятий, условий получения медицинской помощи, ее организации и, заканчивая, психологическими аспектами взаимодействия пациентов с медицинскими работниками.

В странах с развитой экономикой и наличием цивилизованных рыночных отношений в системе медицинского обслуживания показатели удовлетворенности населения получили широкое распространение в повседневной практике организаций, контролирующих КМП (Hall J.A. Dornan M.C., 1988; Carr-Hill R., Mc Iver Sh., Farhan M., 1993).

Все чаще и в клинической практике применяются опросные методы, оценивающие с позиции пациентов качество медицинского обслуживания и направленные на практическое использование результатов оценки для разработки программ, с учетом всей цепи причинно-следственных факторов, лежащих в основе как низкой эффективности лечения заболеваний, так и высоких расходов на лечение с целью повышения качества лечения больных (van Campen C. et al., 1997; Дзизинский А.А., Черняк Б.А., 2000; Байнова М.С. и соавт., 2002).

Все это на фоне того, что низкое качество оказания медицинской помощи является не дисфункцией отдельных ЛПУ, а, зачастую, лишь следствием глобальных кризисных явлений развивающихся в отрасли и обществе в целом, говорит о необходимости комплексного подхода к рассмотрению этого вопроса в широком социальном контексте, а также актуальности использования понятий и категорий социологии медицины и социологических методов для исследования данной проблемы.

Социология медицины охватывает целый ряд объектов изучения, связанных с медицинской деятельностью, в том числе и анализ процессов, происходящих в среде медицинских работников. Одна из центральных проблем – взаимоотношения между врачами, медперсоналом, пациентами – заставляет социологов обратить пристальное внимание на изучение профессиональных и личностных качеств современного врача.

Современная ситуация, сложившаяся в здравоохранении, создает условия, при которых все ярче проявляется влияние социально-психологических характеристик медицинских работников на эффективность и результативность деятельности ЛПУ. Естественно, что повышение качества невозможно без их поддержки. Важную роль в этом процессе играет степень удовлетворенности медицинских работников трудом, социальным и материальным положением, психологическим климатом в коллективе. У многих работников получающих заработную плату на уровне или ниже прожиточного минимума вырабатывается «комплекс неполноценности», возникает чувство зависти и раздражения (Решетников А.В., 2000). На оказание медицинской помощи сказываются низкая заработная плата, неблагоприятные условия труда, отсутствие достаточных возможностей для профессиональной самореализации и должностного роста медицинских работников.

Низкие темпы технического переоснащения медицинских учреждений и крайне слабая информационно-методическая обеспеченность негативно сказываются на психологическом настрое врачей, их желании прилагать усилия

к освоению нового, особенно когда отсутствуют положительные перспективы профессиональной деятельности и руководители учреждений занимают пассивную позицию. В этой связи, необходимо создать соответствующие условия для совершенствования механизма стимулирования деятельности врача и развития принципа поощрения за более эффективную и качественную работу (Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., 1997).

Чтобы целенаправленно влиять на качество и эффективность медицинской помощи, необходимо иметь методики, позволяющие объективно оценивать результаты медицинской деятельности врача (Андреева О.В., 2002). При этом оценка деятельности медицинского работника и качества его работы должна быть индивидуальной, для чего можно использовать формулы расчета интегрального коэффициента качества для каждого врача (Комаров Н.В., Терентьев В.А., 2000). Многими авторами предлагаются и методики расчета интегральных коэффициентов (показателей) работы в целом для ЛПУ (Чернова Т.В. и соавт., 2001; Медведская Д.Р. и соавт., 2003).

Важные вопросы, встающие в этом направлении, связаны с профессиональной подготовкой специалистов, проводящих экспертизу, с критериями, предъявляемыми к экспертам (Файзуллина Е.В., 1995; Хуторской М.А., 1998; Новокрещенов И.В., 2000) и к экспертной организации (Линд В.А., 1996; Реснянский А.В., 1998; Валиуллина С.А., 1999).

Результаты экспертиз КМП могут быть эффективно использованы для разработки методических приемов анализа врачебной квалификации с использованием автоматизированных технологий. Например, могут быть установлены первоочередные направления повышения врачебной квалификации с учетом частоты и значимости врачебных ошибок, допускаемых при оказании помощи больным. Результативность обучения будет определяться изменением способности врачей выявлять врачебные ошибки, их негативные последствия (Карачевцева М.А., 1998).

В свою очередь, выделение типичных врачебных ошибок требует разработки и использования унифицированного языка и единого алгоритма проведения экспертизы, позволяющего описывать их негативные следствия. По мнению В.В. Кривецкого, Е.Н. Кондакова (1999) выделение врачебных ошибок должно проходить поэтапно в соответствии с основными блоками врачебного процесса: сбор информации, постановка диагноза, выбор и проведение лечения, а также преемственность дальнейшего лечения.

Таким образом, выстраивается логическая цепочка, связывающая риск совершения врачебных ошибок с безопасностью пациента, качеством оказываемой ему помощи и качеством жизни. (Филатов В.Б., Жилыева Е.П., 2003).

Большое значение в оценке оказываемой медицинской помощи пациенту имеют деонтологические аспекты деятельности медицинских работников, а, кроме того, взаимоотношения, степень доверия и распределения функциональных обязанностей между самими врачами, между врачами и средним, младшим медицинским персоналом и администрацией ЛПУ.

Бесспорным является и тот факт, что социокультурное окружение врача в семье, коллективе накладывает свой отпечаток на общение в ситуациях оказания медицинской помощи и в процессе сотрудничества врачей (Хабибуллин К.Н., 2000).

Некоторыми авторами указывается на необходимость разработки правовых основ, призванных регулировать этические правила и нормы поведения медицинского персонала в его профессиональной деятельности, отношениях с пациентами и коллегами по работе. В тексте документа должны быть закреплены такие обязательные для медика, но до сих пор нигде не регламентированные понятия, как сохранение медицинской тайны, моральная поддержка пациента, профессиональная независимость, и даже оговорены вопросы рекламы и саморекламы врача. А созданные комиссии по этике,

состоящие из авторитетных представителей медицинской общественности и юристов, должны стать основным регулирующим органом при рассмотрении этических конфликтов и споров (Купов И.Я., 1981; Гафуров Б.С., 2002; Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н., 2003; Berger S.M., 1988).

Особое место в системе оказания медицинской помощи занимает деятельность среднего и младшего медицинского персонала (медсестринская и санитарная), в значительной степени оказывающая влияние на КМП и удовлетворенность ей пациентов.

Многочисленные исследования подтверждают тот факт, что адекватная медсестринская психологическая поддержка может стать ценным методом улучшения КМП и качества жизни больных (Лисанов А., 1998; Thalen-Lindstrom A. et al., 2000).

Трудно переоценить влияние человеческого фактора и особенно работы руководителей, организаторов деятельности в ЛПУ на качество оказываемой помощи и удовлетворенность пациентов. Анализируя причины отклонений от эталонных значений индикаторов КМП, оказываемой в ЛПУ, С.Л. Вардосанидзе (2002) приводит данные, что 15% из них были связаны с работой персонала, 2% – обусловлены дефектами структуры, а 83% – несовершенной организацией лечебно-диагностического процесса.

Решение основных проблем реформирования здравоохранения ставит перед руководителями медицинских учреждений специфические задачи, которые требуют наличия у них определенных психологических качеств.

До сих пор у большинства руководителей ЛПУ отсутствует четкое представление об основных направлениях обеспечения и совершенствования качества оказываемых услуг. Опрос 1700 руководителей здравоохранения из 24 регионов Российской Федерации показал, что 93% опрошенных признают значение и необходимость внедрения системы качества в деятельность ЛПУ. Однако о компонентах качества имеют представление только 0,6% респондентов, затруднились ответить на этот вопрос 9%. На вопрос об

основных объектах работы по обеспечению качества ответили правильно только 2% опрошенных (Галанова Г.И., 1999).

Анализ работ, посвященных этой проблеме свидетельствует о большом значении в профессиональной деятельности врача его личных качеств, а также о необходимости индивидуализированного подхода врача к больному в зависимости от течения заболевания. При этом, позиция пациента, его самосознание, самооценка, мотивация к лечению, активность, соблюдение врачебных предписаний, желание выздороветь являются первостепенными в деле борьбы с болезнью.

Согласно Декларации прав и свобод человека и гражданина, принятой Верховным Советом РФ в 1991 г., каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения. В «Основах законодательства об охране здоровья граждан» изложены правовые нормы, касающиеся прав пациента, в том числе на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача с учетом его согласия, а также ЛПУ в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования (ДМС); информационное добровольное согласие на вмешательство. Реализация в практической медицинской деятельности нравственных и этических принципов, заложенных «Основами», во многом зависит от желания врача признавать автономию пациента и готовности пациента к принятию самостоятельного решения, что неизбежно приводит к изменению их социальных ролей, а значит и к необходимости поиска новых моделей их взаимодействия.

Представителями западных школ социологии медицины L.J. Henderson (1935), T.S. Szasz (1965), T. Parsons (1972), P.M. Strong (1979) и др. был разработан ряд моделей взаимодействия врача и пациента, в основе которых лежит исполнение ими той или иной «социальной роли». По мнению T. Parsons, отсутствие профессиональных знаний у пациентов препятствует их общению с

врачами как с равными (профессионалы занимают высшую позицию, а клиенты – подчиненную), что делает необходимым социальный контроль врачей, который бы удерживал их от злоупотребления своей позицией, под которым может пониматься как профессиональная саморегуляция, так и внешний (вневедомственный) контроль.

В настоящее время в США большинство врачей в своей практической деятельности рассматривает четыре основные модели взаимодействия с пациентом (Balint M., 1957; Emanuel E.J., Emanuel L.L., 1998; Rodriguez M.A., Shelton W.R., Rao N., 2002), которые отличаются друг от друга степенью его самостоятельности: патерналистская, информационная, интерпретационная, совещательная.

Выбор той или иной модели требует индивидуального подхода к пациенту и зависит от конкретной ситуации. В зарубежных странах наиболее распространенной является информационная модель. В нашей стране большинство врачей продолжают оставаться верными патерналистической модели, в то время как позиция пациента стала более активна, требует информации и полноценного участия в принятии решений (Тогунов И.А., 2000; Филатов В.Б. и соавт., 2001; Эртель Л.А., Седова Н.Н., 2004).

Необходимо отметить, что еще классики отечественной медицины Д.С. Самойлович, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин и др. в своих работах убедительно показали, что терапевтическая эффективность лечения во многом зависит от умения доктора устанавливать контакт с больным и заслужить его доверие. Современные исследования подтверждают существование достоверной связи между оптимальностью отношений в системе «врач-пациент» и уровнем эффективности лечения (Яльцева Н.В., 1995).

Влияние взаимоотношений между врачом и пациентом на оказание медицинской помощи подтверждается результатами многих исследований А.В.

Решетникова (1998), Р.С. Гаджиева, З.К. Назаралиевой (2002), О.П. Щепина и соавт. (2002) и др. современных авторов.

В исследовании В.В. Самойленко, И.В. Полякова, И.М. Водялко (1999) были изучены взаимоотношения между членами коллектива в палатах, а также отношение к пациентам врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Анализ результатов позволил выявить следующую тенденцию: больные в большей степени удовлетворены отношением к ним врачей, несколько меньше – медицинских сестер и еще меньше – санитаров.

Вполне достоверной кажется полученная во многих исследованиях корреляция между удовлетворенностью населения оказанной медицинской помощью, отношением медицинского персонала к больным и другими показателями, характеризующими КМП и КЖ пациентов.

Из определения КЖ как «...интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанной на его субъективном восприятии» следует то, что именно на больном и на представлениях, сложившихся в его сознании от взаимодействия с медицинской подсистемой, необходимо сконцентрировать свое внимание исследователям (Новик А.А., Ионова Т.И., 2002).

В этой связи важным вопросом остается изучение условий жизни больного в семье, эмоциональных и физических возможностей его приспособления после выписки с учетом его удовлетворенности медицинским обслуживанием и отношением персонала. При том, что эмоциональное состояние больных в значительной мере зависит, по данным С.Н. Hoskins et al. (1996), от отношения окружающих и их поддержки: «Первичная социальная группа играет большую роль наряду с КМП и удовлетворенностью больных лечением».

Изучение качества жизни пациентов, прошедших курс лечения после обострения тех или иных хронических заболеваний, позволяет с достаточной

степенью достоверности оценить качество оказанной им медицинской помощи (Nanda U., Andresen E.M., 1998).

Для оценки качества специализированной помощи Т.А. Солохиной и соавт., (1998) исследовались показатели качества жизни родственников больных, изучались различные сферы их жизни и тяготы (финансовые, социально-психологические, производственные и др.), возникающие в семьях при наличии в них больных, что позволило выявить недостатки в деятельности специализированных служб.

U. Bott et al. (1998), К.П. Тумасян (1999) для изучения КМП оказываемой пациентам, разработали шкалу оценки качества жизни людей, включающую такие показатели как: социальные связи, физические жалобы, беспокойство за будущее, использование досуга, диетические ограничения. Эти показатели отчетливо коррелировали с оценкой самочувствия больными и их удовлетворенностью качеством лечения. Либерализованная диета, отсутствие жалоб на здоровье, тревоги за будущее, осложнений болезни, более высокий социальный статус коррелировали с более оптимистической оценкой здоровья.

Использование шкал, разрабатываемых для отдельных заболеваний или различных их групп, помогает выявить недостатки на этапе оказания медицинской помощи больному, отсутствие мотивации в лечении у пациента и ее причины и подобрать индивидуальную стратегию лечения.

Оценка КЖ приобретает все большее значение для медицины и охраны здоровья, а ее показателям придается особое значение как критерию оценки эффективности медицинской помощи (Maclehose R. et al., 1997).

Если исследование вопросов деонтологии достаточно широко освещено в научной литературе (Фармаковский Н.В., 1902; Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И., 1981; Хорхе Г.Л., 1982; Яшинская П., 1983; Коротких Р.В., 1988; Галкин В.А., 1996; Покровский В.И., 1997; Хабибуллин К.И., 2000; Blomm S.W., 1963; Вурне Р.С., 1984), то межличностные отношения с социологических позиций изучены недостаточно.

Вопросы общения, групповых отношений, групповой динамики, ситуаций конфликтного общения, в том числе в группе «врач-пациент» традиционно рассматриваются в рамках социальной психологии (Парыгин Б.Д., 1981).

Психологические аспекты взаимоотношений врача и больного исследовались на протяжении длительного периода времени как иностранными (Lain E.P., 1969; Meerwein F., 1986; Харди И., 1988; Хаес Л.Б., 1990; Reiser M.F., 1992; Бьюженталь Д., 1998; Ruustinen R., 2000), так и отечественными учеными (Уразаков И.У., 1981; Богорад И.В., 1982; Шамов И.А., 1986; Иванюта О.М., 1988; Григорьевских В.С., 1991; Куправа Н., 1992; Авдеев Д.А., 1994; Солопов В.Н., 1995).

Психологические, семантические и этические аспекты общения в системе "врач-пациент" исследовались Т.Р. Кореновой (1987), Г.Н. Носачевым и соавт. (2000, 2003). Этими авторами болезнь рассматривается как психологическая проблема, исследуется психология семьи и общения врача с пациентом с коммуникативной, интерактивной и перцептивной сторон.

Г.В. Болотовский (2002) исследует «формулу успеха» взаимоотношений врача и больного бронхиальной астмой, возможности достижения полноценной жизни и особенности лечения астмы у детей.

Научный анализ этических, социальных и правовых аспектов взаимоотношений врача и пациента проведен S.M. Berger (1988), М.Е. Петросяном (1990), В.И. Шамшуриным, В.Э. Танковским, (1999), С.В. Филимоновым (2001).

Изучением особенностей взаимодействия медицинских работников с пожилыми больными занимались И.В. Богорад (1982), Л.И. Дворецкий (2001), Г.М. Перфильева (2003), подробно рассматривая все этапы взаимодействия врача с пациентом и приводя рекомендации по общению и уходу за пожилыми людьми.

В фокусе внимания исследования, проведенного А.Я. Пока (2004) оказываются скрытые от глаз посторонних отношения врач-больной и врач-руководитель ЛПУ.

По-прежнему недостаточно комплексных исследований, касающихся исследований отношений между основными группами, взаимодействующими в рамках медицинских учреждений, рассматриваемых в контексте деятельности ЛПУ, их влияния на лечебно-диагностический процесс и качество оказываемой медицинской помощи. Между тем, взаимоотношения врача и пациента начинаются именно с общения. Формирование каждой личности – и врача и пациента – происходит в процессе общения с другими людьми, что обуславливает стиль их поведения, манеры, обычаи во взаимодействиях с людьми, определяет групповую и коллективную деятельность (Носачев Г.Н. и соавт., 2000, 2003).

Таким образом, можно говорить о необходимости проведения более глубокого и всестороннего исследования социальных аспектов оказания медицинской помощи, применения комплексного подхода к оценке удовлетворенности пациентов ее качеством, а персонала ЛПУ результатом своей работы.

Можно также сделать вывод, что социологические опросы населения, организуемые для определения степени удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием признаны одним из средств контроля за КМП со стороны потребителей медицинских услуг. Однако этот контроль в нашей стране носит условный характер и низкая оценка, данная пациентами, непосредственно не влияет на работу и материальное вознаграждение медицинского персонала.

Кроме того, не смотря на рост количества публикаций, расширение предметного поля исследований, социологические методы в изучении данного направления используются недостаточно.

Таким образом, рассматривая КМП с социологических позиций, следует говорить о необходимости изучения мнения субъектов системы, определения их удовлетворенности процессом и результатами оказания медицинской помощи. Таким образом, цель системы обеспечения качества оказываемой медицинской помощи – «развитие системы здравоохранения с позиций удовлетворения законных (обоснованных) требований всех участников системы». При этом обеспечение качества достигается применением принципов: «организации мониторинга, выбора адекватных методов оценки, непрерывного совершенствования системы обеспечения качества» (ВОЗ, 1991).

#### **1.4 Лечебно-профилактическое учреждение как объект социологического исследования**

В последние годы в среде социологов, медицинских работников, управленцев и представителей других смежных дисциплин отмечается повышенный интерес к социальным проблемам медицины. Все чаще публикуются материалы по проблемам здоровья населения, организации и управлению здравоохранением, различным социальным аспектам медицинской помощи, основанные на данных медико-социологических исследований (Бедный М.С., 1983; Дмитриев В.И., 1983; Курьянов А.К., 1984; Решетников А.В., 2001).

Анализ отечественных и зарубежных литературных источников свидетельствует о том, что до настоящего времени недостаточно освещены вопросы внедрения социологических подходов для изучения стационарных лечебно-профилактических учреждений, как важнейшего условия рационализации использования ограниченных ресурсов здравоохранения, повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению. Подробно не исследованы вопросы взаимоотношений таких категорий, взаимодействующих в рамках ЛПУ как пациенты, медицинские работники, руководители и их влияния на лечебно-диагностический и

организационный процессы, доступность, своевременность и качество оказываемой медицинской помощи.

Только в трудах академика РАМН А.В. Решетникова (2002) начата разработка этой темы. «Важность изучения социологии лечебно-профилактического учреждения особенно очевидна в сфере здравоохранения, где, например, роль стационарного ЛПУ в значительной мере зависит от деятельности амбулаторных заведений, где определяется в каких случаях лечение должно происходить в условиях стационара, а в каких – амбулаторно. До последнего времени эти вопросы остаются вне исследовательского поля».

Проводящиеся в этом направлении исследования подобного рода касаются в основном изучения роста числа и уровня технологий, профессионального соперничества, межличностных взаимоотношений в коллективах, вопросов подготовки и принятия решений, разделения труда и др.

Еще меньше, по мнению А.В. Решетникова исследованы процессы формирования так называемого медицинского поведения, связанные с отдельными заболеваниями, мало изучены представления больных о типах поведения медицинского персонала.

На фоне этого, начиная с 90-х годов и по сегодняшний день, сохраняется стабильно высокий интерес в изданиях периодической печати к социологическим исследованиям в здравоохранении, что объясняется возросшим значением медико-социологических опросов, как источника информации о состоянии дел и результативности предпринимаемых реформ в отрасли.

Проведенный контент-анализ отечественных научно-практических журналов по социальным проблемам медицины, общетеоретическим и экономическим проблемам здравоохранения за 1990-2003 гг. показал следующее:

- 1) большинство статей посвящено медико-социологическим исследованиям качества и эффективности медицинской помощи;

2) объектом исследования в 60,0% публикаций, выступал потребитель медицинских услуг - пациент, а в 40,0% - медицинские работники;

3) в 35,6% публикаций исследовалась медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в 30,7% - в стационарах. В одной трети статей предметом изучения была медицинская помощь в целом в системе здравоохранения;

4) самыми распространенными вопросами в анкетах для опроса пациентов были: самооценка здоровья, степень удовлетворенности медицинской помощью, отношение врача к пациенту.

Характеризуя современные тенденции в научно-практической литературе, посвященной изучению непосредственно стационарных ЛПУ, необходимо отметить, что наибольшее число публикаций связано с обсуждением вопросов внедрения стационарозамещающих технологий, новых методов управления и организации оказания медицинской помощи. Отдельных исследований, касающихся изучения социологии стационарных ЛПУ, социологических аспектов оказания медицинской помощи, взаимодействия основных участников лечебно-диагностического и организационного процессов в стационарных условиях, выявлено не было.

Социологические исследования медицинской помощи в стационарных условиях, проведенные отечественными исследователями, связаны с изучением удовлетворенности пациентов, деятельности медицинских работников, руководителей и самих ЛПУ.

Так, например, в работе В.К. Юрьева и соавт. (1997) на основе социологического опроса мнений врачей и пациентов дается комплексная характеристика деятельности Мурманской областной больницы. Анализ количественных и качественных показателей деятельности ЛПУ за период с 1988 по 1995 гг., а также результаты опроса позволили авторам разработать научно обоснованные рекомендации по оптимизации работы крупной

областной больницы в современных условиях. По мнению врачей, улучшение работы можно осуществить за счет:

- 1) повышения информированности рядовых врачей о деятельности администрации;
- 2) укрепления дисциплины на всех уровнях;
- 3) ускорения внедрения результатов научно-исследовательских работ врачей в текущий лечебно-диагностический процесс;
- 4) реконструкции отдельных блоков стационара;
- 5) восстановления консультативной поликлиники.

На основе анализа результатов опроса мнения пациентов были высказаны предложения по:

- 1) улучшению питания и условий пребывания в стационаре,
- 2) улучшению снабжения медикаментами,
- 3) повышению заработной платы медицинских работников.

Медико-социологическое исследование деятельности центральных районных больниц (ЦРБ) Закамского региона республики Татарстан, проведенное Э.В. Богатовой, О.Ю. Меркуловой (1999) на основе анкетного опроса врачебного персонала и пациентов, было направлено на изучение условий оказания медицинской помощи в ЦРБ, а также предпочтений пациентов в выборе того или иного лечебного учреждения. Результаты исследования показали, что удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью не совпадает с мнением большинства врачей, считающих, что в ЦРБ нет условий для полноценного обследования и лечения, и свидетельствует о заниженных требованиях населения. Если пациенты ориентируются на близость больницы к месту проживания, своевременность оказания медицинской помощи и внимательность со стороны медицинского персонала, то врачи указывают на нехватку современного медицинского оборудования, устаревание имеющегося, невозможность применения современных медицинских технологий, недостаток медикаментов. Также врачи

недовольны перегруженностью работы, ее плохой организацией со стороны администрации ЦРБ, несоответствием своей квалификации и выполняемой работы.

Сходные данные получены А.Я. Гриненко, В.М. Тришиным (2003) при изучении мнения пациентов об организации стационарной помощи в Ленинградской области. Так как рядовым пациентам обычно трудно судить о квалификации врача, его профессиональных возможностях, то в первую очередь они обращают внимание на деонтологические аспекты поведения медицинских работников и отмечают заботливое, доброжелательное отношение к ним. Большая часть пациентов относится к группе признавших питание хорошим и удовлетворительным. Треть респондентов отметили, что их просили приобретать лекарства для стационарного лечения. Подавляющее большинство в целом удовлетворены оказанной медицинской помощью.

Анализ здравоохранения республики Татарстан предпринятый А.А. Гильмановым, О.Ю. Меркуловой (1999) позволил выявить специфические характеристики присущие сельским больницам, которые могли бы способствовать правильному выбору путей их реформирования. Для пациентов это, во-первых, отсутствие возможности выбора врача и ЛПУ; во-вторых, небрежное отношение к своему здоровью, забота о котором носит сезонный характер. Опрошенные врачи высказались за организацию дневных стационаров на базе больниц, так как обеспечение качественной стационарной медицинской помощи в условиях многих больниц не представляется им возможным.

Глубинное социологическое исследование стационарной помощи проведенное В.К. Юрьевым, В.Л. Сажиним (2000) позволило сформулировать целый ряд предложений оперативного характера для руководителей ЛПУ с целью улучшения работы больницы. Важными шагами в этом направлении были названы:

- подбор, расстановка и воспитание кадров, прежде всего руководящего звена;
- учет особенностей пациентов при организации лечебного процесса;
- координация взаимодействия частей и служб для оказания своевременной медицинской помощи.

Как уже было отмечено выше большое значение в оценке оказываемой медицинской помощи пациенту имеют деонтологические аспекты деятельности медицинских работников, а кроме того взаимоотношения, степень доверия и распределения функциональных обязанностей между самими врачами, между врачами и средним, младшим медицинским персоналом и администрацией ЛПУ.

В исследовании В.В. Самойленко, И.В. Полякова, И.М. Водялко (1999) были изучены взаимоотношения между членами коллектива в палатах, а также отношение к пациентам врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Анализ результатов позволил выявить следующую тенденцию: больные в большей степени удовлетворены отношением к ним врачей, несколько меньше медсестер и еще меньше – санитаров.

В ходе проведения исследования также использовалась специально разработанная методика комплексной оценки деятельности медицинской сестры, включающая в себя следующие критерии: отношение врача к автономности сестринской профессии; степень профессионального доверия врача к медицинским сестрам, с которыми он постоянно работает; оценка интеллектуального потенциала медицинской сестры. Итоговый расчет интегральных параметров по результатам анкетного опроса врачей показал, что степень профессионального доверия врача к медицинским сестрам, с которыми ему приходится ежедневно работать низкая и составляет 29,4%. Это говорит о невозможности, по мнению врачей, передачи каких-либо значимых врачебных функций медицинским сестрам.

Исследование медсестринской помощи, проведенное Я.С. Кабушка и соавт. (1999) показало, что обычно пациента воспринимают как «пациента конкретного врача». Это подтверждается и тем, что 30% врачей-администраторов Санкт-Петербурга считают, что медицинская сестра должна быть хорошим манипулятором, а 70% – хорошим помощником врача. Вместе с тем зачастую врачам приходится выполнять функции, относящиеся к компетенции квалифицированной медицинской сестры, хотя установлено, что около 80% вмешательств, осуществляемых врачами, могут быть выполнены медицинскими сестрами без ущерба для здоровья пациентов.

Отсутствие правовых документов, определяющих степень ответственности медицинских сестер, приводит к тому, что медицинская сестра не несет ответственности за состояние пациента и врач боится доверять ей, так как полностью отвечает за лечение. Между тем именно от отношения среднего медицинского персонала во многом зависит оценка пациентами качества медицинской помощи (Чернова Т.В., Нижниченко С.А., 1999).

Если исследование вопросов деонтологии достаточно широко освещено в научной литературе (Фармаковский Н.В., 1902; Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И., 1981; Хорхе Г.Л., 1982; Яшинская П., 1983; Коротких Р.В., 1988; Галкин В.А., 1996; Покровский В.И., 1997; Хабибуллин К.И., 2000; Blomm S.W., 1963; Вугне Р.С., 1984), то межличностные отношения с социологических позиций изучены недостаточно.

Первый, кто обратил внимание на достаточно сложные взаимоотношения врача (психоаналитика) и пациента был З. Фрейд (2003), которые он обозначил как перенос (трансфер). Согласно З. Фрейду, пациенты, начинающие терапию, оказываются под влиянием двух тенденций: в плане того, как они рассматривают текущую ситуацию в настоящий момент и в свете своего прежнего (раннего) опыта взаимоотношений с врачом.

О любви, сопереживании больному писали многие отечественные врачи, а в западной медицине и психологии гуманистические принципы привнесены

К. Роджерсом. В противовес нейтралитету психоанализа К. Роджерс (2002) утверждал, что терапевтическая позиция требует от терапевта симпатии, безотчетного позитивного отношения к пациенту и искренности.

Психологические аспекты взаимоотношений врача и больного исследовались на протяжении длительного периода времени как иностранными (Lain E.P., 1969; Meerwein F., 1986; Харди И., 1988; Хаес Л.Б., 1990; Reiser M.F., 1992; Бьюженталь Д., 1998; Ruustinen R., 2000), так и отечественными учеными (Уразаков И.У., 1981; Богорад И.В., 1982; Шамов И.А., 1986; Иванюта О.М., 1988; Григорьевских В.С., 1991; Куправа Н., 1992; Авдеев Д.А., 1994; Солопов В.Н., 1995).

Психологические, семантические и этические аспекты общения в системе "врач-пациент" исследовались Т.Р. Кореновой (1987), Г.Н. Носачевым и соавт. (2000, 2003). Болезнь рассматривается как психологическая проблема, исследуется психология семьи и общения врача с пациентом с коммуникативной, интерактивной и перцептивной сторон.

На лекарственном обеспечении больных и роли в этом процессе врача акцентирует внимание А.Г. Шантуров (1986).

Г.В. Болотовский (2002) исследует «формулу успеха» взаимоотношений врача и больного бронхиальной астмой, возможности достижения полноценной жизни и особенности лечения астмы у детей.

Научный анализ этических, социальных и правовых аспектов взаимоотношений врача и пациента проведен S.M. Berger (1988), М.Е. Петросяном (1990), В.И. Шамшуриным, В.Э. Танковским, (1999), Филимоновым С.В. (2001).

Изучением особенностей взаимодействия медицинских работников с пожилыми больными занимались Л.И. Дворецкий (2001), Г.М. Перфильева (2003), И.В. Богорад (1982), подробно рассматривая все этапы взаимодействия врача с пациентом, приводит рекомендации и по общению и уходу за пожилыми людьми.

По-прежнему недостаточно комплексных исследований, касающихся исследований отношений между основными группами, взаимодействующими в рамках медицинских учреждений, рассматриваемых в контексте деятельности ЛПУ. В фокусе внимания А.Я. Пока (2004) оказываются скрытые от глаз посторонних отношения врач-больной и врач-руководитель клиники.

Между тем взаимоотношения врача и пациента начинаются именно с общения (Носачев Г.Н. и соавт., 2000, 2003). Формирование каждой личности – и врача и пациента – происходит в процессе общения с другими людьми, что обуславливает стиль их поведения, манеры, обычаи во взаимодействиях с людьми, определяет групповую и коллективную деятельность.

Лучшие врачи во все времена понимали огромное значение общения врача с пациентом и сознательного воздействия в лечебных целях на психику больного человека. Еще И.Е. Дядьковский в 1836 году писал: «самым важнейшим средством, в коем нуждаются страждущие, есть нравственная сила убеждения». К концу XIX века относятся слова Г.А. Захарьина: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия». В середине XX века над вопросами взаимоотношений врача и пациента раздумывали многие клиницисты А.Ф. Билибин, Н.Н. Блохин, А.М. Воробьев, Т.С. Истманова, И.А. Кассирский, А.Р. Лурия, Б.В. Петровский, В.В. Рожнов, Т.С. Чазов и др.

Сами врачи и их профессиональная деятельность, по мнению И.В. Богорада (1982) с древнейших времен находились в центре внимания общества: «Вряд ли найдется еще профессия, которой бы так повезло, как врачебной, с точки зрения внимания к ней со стороны общества. Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его руках уходит в небытие».

И.С. Витенко (1983) проведено социально-психологическое исследование с целью моделирования личности идеального врача-терапевта. Основную роль в создании оптимального контакта между врачом и больным, по его мнению,

играет психологическая совместимость, наличие у врача тех качеств личности, которые больной считает присущими идеальному врачу. Как правило, эти свойства особенно четко проявляются в ситуациях, которые больной расценивает как катастрофические, ломающие сложившийся жизненный уклад. Характеризуя эти ситуации, больные придают особое значение уверенности врача в себе, отсутствию у него колебаний в правильности поставленного диагноза и назначенного лечения. В этих ситуациях значительно возрастает роль для больного уровня профессиональных знаний врача.

Образ идеального врача не является неизменным на всем протяжении болезни, в значительной мере он зависит от остроты течения заболевания (Богорад И.В., 1982; Витенко И.С., 1983). Если в остром периоде болезни идеальный образ врача – это руководитель, наставник, то при хроническом ее течении наиболее оптимальными являются отношения между врачом и больным как партнеров в едином деле.

В.А. Ташлыков (1972, 1984) обобщив разрозненные характеристики, выделил два типа «идеального» врача: «сопереживающий и директивный» и «сопереживающий и недирективный» подробно описав их поведение.

При выписке больных А.С. Георгиевский и Н.С. Бобров (1996) попросили их описать «идеального» врача. Выписывавшиеся выделили следующие характеристики: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, т.е. преобладали коммуникативные черты.

Таким образом, анализ работ, посвященных этой проблеме свидетельствует о большом значении в профессиональной деятельности врача его личных качеств, а также о необходимости индивидуализированного подхода врача к больному в зависимости от течения заболевания. При этом позиция пациента, его самосознание, самооценка, мотивация к лечению, активность, соблюдение врачебных предписаний, желание выздороветь выходят на первый план и становятся во многом более важными в деле борьбы с болезнью.

Не менее важной темой медико-социологических исследований является изучение качества жизни медицинских работников, т. е. интегральной характеристики физического, психологического и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии (Возмитель А.А., 1986; Орлов В.Ф. и соавт., 1992, Новик А.А., Ионова Т.И. и соавт., 1999, 2001; Альбицкий В.Ю. и соавт., 2003).

Актуальность изучения качества жизни медицинских работников обусловлена тем, что медицинские работники – одна из немногих социальных групп, испытывающих на себе все проблемы современной общественной жизни, и призванная в известной мере амортизировать эти проблемы в общении с пациентами. Таким образом, медицинские работники находятся в кругу как своих собственных жизненных проблем, так и проблем своих пациентов, испытывая при этом двойную социально-психологическую нагрузку. Все это является одним из факторов, влияющих на здоровье и жизнедеятельность медицинских работников, которое в свою очередь непосредственно влияет на качество оказания медицинской помощи населению.

Вопросы общения, групповых отношений, групповой динамики, ситуаций конфликтного общения, в том числе в группе «врач-пациент» рассматриваются социальной психологией (Парыгин Б.Д., 1981).

Малоизученной темой остается конфликтность в коллективах медицинских работников, в силу закрытости медицинских учреждений и существующих принципов работы медицинских корпораций при том, что в социологии организации конфликтология – одно из ведущих направлений исследований (Тренев Н.Н., 1999; Чернышев А.С., 1999).

В этой связи некоторыми авторами указывается на необходимость разработки правовых основ призванных регулировать этические правила и нормы поведения медицинского персонала в его профессиональной деятельности, отношениях с пациентами и коллегами по работе. В тексте документа должны быть закреплены такие обязательные для медика, но до сих

пор нигде не регламентированные понятия как сохранение медицинской тайны, моральная поддержка пациента, профессиональная независимость и даже оговорены вопросы рекламы и саморекламы врача. А созданные комиссии по этике, состоящие из авторитетных представителей медицинской общественности и юристов, должны стать основным регулирующим органом при рассмотрении этических конфликтов и споров (Купов И.Я., 1981; Гафуров Б.С., 2002; Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.Н., 2003; Berger S.M., 1988).

Бесспорным является и тот факт, что социокультурное окружение врача в семье, коллективе накладывает свой отпечаток на общение в ситуациях оказания медицинской помощи и в процессе сотрудничества врачей (Хабибуллин К.Н., 2000).

Не менее сильное влияние оказывает на деятельность медицинских работников возможности для отдыха и проведения досуга, их финансовое положение, эмоционально-психологическое состояние, доступность социальной и медицинской помощи (Альбицкий В.Ю. и соавт., 2003).

Социология медицины охватывает целый ряд объектов изучения, связанных с медицинской деятельностью, в том числе и анализ процессов, происходящих в среде медицинских работников. Одна из центральных проблем социологии организации – взаимоотношения между врачами, медперсоналом, пациентами и их близкими – заставляет социологов обратить пристальное внимание на изучение профессиональных и личностных качеств современного врача.

На основе анализа литературы середины XIX-XX вв. Е.Г. Поздеева (1993) выделяет следующие актуальные для изучения медицинского работника направления: профессиональные характеристики врача; осознание врачом специфики врачебной профессии; роль врача в общении с пациентом; отношение между врачами внутри своей корпорации; общественное значение и задачи врачебной деятельности; материальное положение врача, связь социально-экономических условий и врачебного творчества.

Большое значение имеет социальный статус врача, который связан с ценностными ориентациями и детерминирует приемлемые способы достижений и постановку профессиональных и карьерных целей и под которым понимается рассмотрение таких показателей как уровень оплаты, возможность переподготовки и повышения квалификации, место работы, опыт врачебной деятельности, уровень образования, квалификация (Решетников А.В., 2003; Ефименко С.А., 2004).

Важной характеристикой жизнедеятельности работника является удовлетворенность оплатой труда, поэтому большой интерес вызывают научные работы, посвященные различным методикам материального стимулирования (Корюкин В.Г., 1990).

Идею о необходимости материальной заинтересованности работника в результатах своего труда научно обосновал и апробировал на практике Ф. Тейлор. Проблемы оплаты труда волновали и таких видных представителей научной организации труда, как А. Файоль, Г. Черч, Г. Эмерсон (1992).

Учитывая то, что стратегической целью лечебно-профилактического учреждения является устойчивое функционирование с преимуществом по сравнению с конкурентами (Линденбратен А.Л. и соавт., 1999) главной задачей управления ЛПУ становится стимулирование работы персонала посредством создания благоприятных условий (внутрикорпоративных и межличностных) для деятельности сотрудников, направленное на достижение вышеупомянутой цели (Генкин А.Г., 1988; Литвиненко Л.П. и соавт., 1989; Гутиков Д.С. и соавт., 2000).

Трудно переоценить влияние человеческого фактора в деятельности ЛПУ на качество оказываемой помощи и удовлетворенность пациентов. Анализируя причины отклонений от эталонных значений индикаторов качества медицинской помощи оказываемой в стационарах, С.Л. Вардосанидзе (2002) приводит данные, что 15% из них были связаны с работой персонала, 2% –

обусловлены дефектами структуры, а 83% – несовершенной организацией лечебно-диагностического процесса.

Достижение прогресса в этом направлении связано с проведением структурных и организационных преобразований, всесторонним информационным обеспечением деятельности медицинских работников, т.е. постановкой четких, определенных целей и их достижением с позиций максимального сближения личного и общественного интересов. Также работник должен обладать качествами, ориентирующими его на повышение производительности и эффективности труда, на рациональное использование производственных ресурсов в пределах его служебной компетенции. В основе такого отношения к труду должны лежать самодисциплина, ответственность за выполняемую работу, чувство собственного достоинства, стремление к профессиональному совершенствованию (Кудрин В.С., Лейзерман В.Г., 2002). Кроме того необходимым условием стимулирования является дифференциация оплаты труда в зависимости от интенсивности и качества выполняемой работы, квалификации, затрат времени и сил.

Опыт дифференцированной оплаты труда в многопрофильном стационаре описывается в статье И.Н. Мартьянова (2004). Автор предлагает на основе строгого количественного учета результатов труда (нагрузка и заработок от коммерческой деятельности) и обоснованных математических расчетов, а также с учетом качества оказываемой медицинской помощи (по результатам лечения, наличию осложнений) сформировать стимулы для интенсификации деятельности медицинских работников. Для этого из заработанных средств необходимо выделить премиальные фонды, распределение которых регулируется отдельными внутриведомственными положениями.

Необходимость внедрения подобной системы дифференцированной оплаты труда для материального стимулирования в зависимости от объема и качества рассматривают многие исследователи: М.М. Кузьменко и соавт.,

(1994), В.П. Корчагин (1996), В.В. Бойко, В.А. Петрашевич (1997), Ф.Н. Кадыров (1998), А.Е. Третьяков (1999), Г.М. Гайдаров и соавт. (2000), Ю.П. Лисицын (2002).

Изучению различных аспектов деятельности медицинских работников посвящено большое количество научных исследований.

Работы С.Я. Фрейдлина (1961), Г.Л. Гомельской (1967), Г.В. Кухленко (1970), Т.Н. Каюковой, А.Е. Мащенко, В.К. Козлова (1975), Е.А. Логиновой (1980), Я.С. Гольберга (1991), В.И. Стародубова (2002) и др. направлены на исследование деятельности врачей лечебно-профилактических учреждений крупных городов и разработку показателей, характеризующих условия их труда и поиск резервов для их улучшения.

Условиям и организации работы врачей, повышению их квалификации, посвящены труды Н.В. Эльштейна (1983), Т.А. Сибуриной и соавт., (1986), Д.К. Ереминой (1987), З.П. Березинской, Шестова А.А. (1989), А.Г. Кононова (1989), О.С. Тюлькиной (1997), Е. Tarimo (1991) и др.

Известно, что с помощью медико-социологических исследований в здравоохранении можно получать достаточно достоверную информацию о медицинских, экономических, политических и социальных аспектах проблемы охраны здоровья населения; о состоянии и перспективах развития системы здравоохранения и ОМС; о социально-психологическом климате в коллективах лечебно-профилактических учреждений и т. д.

Так, например, отношение медицинских работников к реформе здравоохранения и обязательному медицинскому страхованию изученное М.А. Татарниковым, К.Ю. Лакуниным (2002), можно охарактеризовать в большей степени как скептическое. Большинство медицинских работников не верят в успех проводимых в отрасли реформ и негативно относятся к системе ОМС, сдержанно скептически оценивают возможность положительных изменений в этой сфере, что усугубляется низкой информированностью медицинского

персонала, недостаточной работой по социально-психологическому и информационному обеспечению реформ в отрасли.

Тем не менее, современный настрой руководителей ЛПУ, существенно отличается от существовавшего ранее, о чем свидетельствует сравнительный анализ мнений руководителей медицинских учреждений о проблемах обязательного медицинского страхования проведенный в 1997 и 2002 гг. (Пузиков В.П. и соавт., 2003), который показал, что основным фактором, тормозящим развитие ОМС в настоящий момент является несовершенство законодательной базы (опрос 2002 г.), в отличие от ранее указывавшегося недостаточного финансирования (опрос 1997 г.).

Необходимо отметить все возрастающую роль прикладных медико-социологических исследований в здравоохранении. Данные социологических исследований, проведенных в нашей стране, свидетельствуют об их несомненной значимости для разработки путей развития здравоохранения и совершенствования деятельности лечебно-профилактических учреждений. Подтверждением этому служит все возрастающий интерес к медико-социологическим исследованиям в средствах массовой информации.

## **ГЛАВА 2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА**

С введением системы медицинского страхования в России появился вневедомственный контроль качества медицинской помощи, осуществляемый страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации эта система контроля была призвана обеспечить конституционное право граждан на получение гарантированного объема медицинских услуг, соответствующих по качеству условиям программ медицинского страхования. Страхование подразумевало создание экономически эффективной системы контроля на основе добросовестной конкуренции, но до конца воплотить ее в жизнь не удалось.

Тем не менее, без непосредственного участия населения, т.е. самих пациентов, заинтересованных в качестве медицинского обслуживания, с одной стороны и медицинского персонала, непосредственно оказывающего медицинскую помощь с другой, мониторинг качества медицинской помощи не может быть действительно эффективным. Таким образом, становится необходимым применение комплексного метода оценки мнений субъектов оказания медицинской помощи.

### **2.1 История развития и области применения факторного анализа**

Функционирование любой социально-экономической системы, к которым относятся и учреждения здравоохранения, происходит в условиях сложного взаимодействия комплекса внутренних и внешних факторов.

Согласно общепринятому определению, факторный анализ – (от лат. faktor– действующий, производящий и греч. analysis - разложение, расчленение) – метод многомерной математической статистики, применяемый при исследовании статистически связанных признаков с целью выявления определенного числа скрытых от непосредственного наблюдения факторов”.

(А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский, 1999г). Фактор - это причина, движущая сила какого-либо процесса или явления, определяющая его характер или одну из основных черт. Под факторным анализом понимается методика комплексного и системного изучения и измерения воздействия факторов на величину результативных показателей.

Факторным анализом можно воспользоваться, например, если необходимо сопоставить два компонента. Как правило, для таких операций используются только качественные оценки. Данный метод позволяет, с одной стороны, перевести сравнение в область количественных оценок, а с другой определяет главные причины отклонений.

Факторный анализ представляет собой ветвь математической статистики. Часто встречающееся ошибочное представление о факторном анализе как о психологической теории имеет свою причину: факторный анализ зародился и всегда интенсивно применялся в психологической науке. Первоначальная цель его состояла в построении математических моделей способностей и поведения человека. Впоследствии факторный анализ получил большое распространение в экономике, медицине, социологии и других науках, располагающих огромным количеством переменных, из которых обычно необходимо выделить ведущие. С помощью факторного анализа не просто устанавливается связь изменения одной переменной с изменением другой переменной, а определяется мера этой связи, и обнаруживаются основные факторы, лежащие в основе указанных изменений.

Практические примеры и советы по применению факторного анализа можно, например, найти в книге Стивенса (Stevens, 1986); более подробное описание приводят Кули и Лонес (Cooley, Lohnes, 1971); Харман (Harman, 1976); Ким и Мюллер (Kim, Mueller, 1978a, 1978b); Лоули и Максвелл (Lawley, Maxwell, 1971); Линдеман, Меренда и Голд (Lindeman, Merenda, Gold, 1980); Моррисон (Morrison, 1967) и Мулэйк (Mulaik, 1972). Интерпретация вторичных

факторов в иерархическом факторном анализе, как альтернатива традиционному вращению факторов, дана Верри (Wherry, 1984).

Появление факторного анализа обычно связывают с именем Ч.Спирмена. Началом его монументального труда, развившего психологическую теорию единственного генерального и некоторого числа характерных факторов, следует считать статью “Общий интеллект, объективно определенный и измеренный”, опубликованную в 1904 г. в “Американском психологическом журнале”. Конечно, эта работа была лишь началом его двухфакторной теории и излагалась еще не в терминах “факторов”. Возможно, более важной работой, особенно в статистическом плане, была статья К.Пирсона “On lines and planes of closest fit to systems of points in space”, опубликованная в 1901 г., в которой выдвигалась идея “метода главных осей”. Тем не менее, отцом факторного анализа заслуженно считается Ч.Спирмен, посвятивший последние 40 лет жизни развитию этой дисциплины.

В последующие 20 лет были достигнуты значительные успехи в разработке математического обоснования факторного анализа. Основной вклад принадлежит здесь С.Спирмену, С.Барту, К.Пирсону, Г.Томсону, Д.Максвеллу, Д.Гарнету и К.Холзингеру. Основные усилия ученых в это время были направлены на изучение ошибок от непредставительности выборки при оценке тетрадных разностей и разработку вычислительных процедур для поиска генерального фактора.

Началом современного периода в развитии факторного анализа, характерного подъемом творческой активности и оживленной дискуссией на страницах научных публикаций можно считать 1925 г.; реальные результаты относятся к 1930 г. К этому времени становится ясным, что факторы, получаемые с помощью двухфакторной теории Спирмена, не всегда ведут к адекватным результатам.

Теория генерального и специфических факторов Спирмена постепенно вытеснялась теорией групповых факторов, но методы этой последней были еще

слишком трудоемкими, что затрудняло их практическое применение. Именно поэтому ряд исследователей направили свои усилия на поиск методов непосредственного извлечения набора факторов из матрицы корреляций. Результатом этого явилось создание многофакторного анализа, понятие о котором ввел впервые Д. Гарнетт.

Хотя термин “многофакторный анализ” был впервые введен Л.Терстоуном и хотя Терстоун, несомненно, больше, чем кто-либо другой, сделал для популяризации многофакторного анализа, не он, тем не менее был первым, кто “сверг” двухфакторную теорию Спирмена, и не он открыл теорию многих факторов. И даже не центроидный метод позволил Терстоуну занять выдающееся место в истории факторного анализа. Терстоун ясно сознавал, что центроидный метод является лишь вычислительным компромиссом по отношению к методу главных компонент. Заслуга этого ученого состоит в том, что он обобщил критерий разности тетрад Спирмена и указал, что основой для определения числа общих факторов является ранг корреляционной матрицы. Проблема весьма упростилась в математическом аспекте, что способствовало дальнейшему развитию факторного анализа.

Задача факторного анализа состоит в замене набора параметров меньшим числом некоторых категорий (“факторов”), являющихся линейной комбинацией исходных параметров. Удовлетворительным решением служит такая система факторов, которая достаточно адекватно передает информацию, имеющуюся в наборе параметров. Таким образом, главная цель факторного анализа – сжатие информации, экономное описание.

Одна и та же матрица корреляций может быть факторизована бесчисленным количеством способов. Возможно, именно неосведомленность об этом факте послужила причиной бурных дискуссий о “правильном”, “наилучшем” или “инвариантном” решении для данного набора параметров. Раз возможно бесконечное число одинаково “правильных” решений, то естественно возникает вопрос: как произвести выбор? Выбор типа нужного

факторного решения производится на основании двух принципов: 1) статистической простоты; 2) содержательного социологического смысла (если речь идет о социологии). В свою очередь, каждый из этих принципов может быть по-разному интерпретирован; доказательством тому служит неоднозначное их применение различными школами факторного анализа.

Если иметь в виду чисто статистический поход, то естественно заменить исходный набор параметров несколькими факторами, определяемыми последовательно и таким образом, чтобы каждый из последующих факторов “отбирал на себя” максимум из оставшейся суммарной дисперсии параметров. Этот статистический оптимальный подход и соответствующий метод главных осей был впервые предложен Пирсоном в начале столетия и досконально разработан Хотеллингом в 1930-х годах. Алгоритмы метода главных компонент весьма эффективны с точки зрения результатов, но очень трудоемки: вычислить вручную главные компоненты для матрицы 10-го и более высокого порядка практически невозможно. В последние годы, однако, эта трудность была преодолена благодаря быстродействующим ЭВМ.

Другим методом, основанным на статистическом подходе, является центроидный метод. Этот метод был введен в употребление как вычислительный паллиатив (мера, не обеспечивающая полного, коренного решения задачи), после того как стала ясна практическая нереализуемость метода главных факторов. Это означает, что центроидный метод позволяет достаточно легко из многих систем координат выбрать такую, которая в смысле распределения дисперсии приближается к оптимальной системе.

В поисках содержательно значимых методов были созданы различные теории, надеясь найти такой единственный метод, который был бы одинаково хорош при исследовании любых параметров.

Методы факторного анализа нашли применение главным образом в социологии. Решение, полученное методами факторного анализа, может послужить основой при формулировании некоторой научной гипотезы;

возможно и обратное: методами факторного анализа ищется подтверждение существующей гипотезы. Теория Спирмена является иллюстрацией второго подхода. Спирмен показал, что если между парными корреляциями имеются определенные взаимосвязи, то может быть выписана система линейных уравнений, связывающих все рассматриваемые параметры, генеральный фактор и по одному дополнительному характерному фактору на каждый параметр. Эти взаимосвязи и позволяют дать статистическое обоснование двухфакторной теории. Если набор социологических параметров не удовлетворяет условиям существования указанных взаимосвязей, то может быть постулирована более сложная гипотеза, требующая уже несколько генеральных факторов для адекватного статистического описания системы параметров.

В факторном анализе при исследовании конкретных массивов информации существует возможность использовать различные модели, или, иначе, различные виды факторных решений. На основании этой неопределенности факторного анализа некоторые ученые ставили под сомнение его полезность как орудия научного исследования. Очевидно, однако, что точно также подобного обвинения заслуживают и другие прикладные науки, поскольку и в них имеются теоретические альтернативы. Келли удалось дать очень емкое определение факторному анализу: “Факторный анализ не пытается искать истину в бесконечном времени, бесконечном пространстве или для бесконечной выборки; наоборот, он стремится дать простое описание конечной группы объектов, функционирующих конечным числом способов, в терминах некоторого пространства небольшого числа измерений. Разочарован будет тот, кто пожелает найти в факторном анализе более туманные цели и истины” (Харман Г., Современный факторный анализ).

Созданный в начале века факторный анализ получил большое распространение в социологии, психологии, экономике, медицине, и других науках, располагающих огромным количеством переменных, из которых обычно необходимо выделить ведущие. С помощью факторного анализа не

просто устанавливается связь изменения одной переменной с изменением другой переменной, а определяется мера этой связи, и обнаруживаются основные факторы, лежащие в основе указанных изменений.

## **2.2 Методологические основы факторного анализа**

Факторный анализ – это ветвь математической статистики. Его цели, как и цель других разделов математической статистики, заключается в разработке моделей, понятий и методов, позволяющих анализировать и интерпретировать массивы экспериментальных или наблюдаемых данных вне зависимости от их физической формы.

Одной из наиболее типичных форм представления экспериментальных данных является матрица, столбцы которой соответствуют различным параметрам, свойствам, и т.п., а строки – отдельным объектам, явлениям, режимам, описываемым набором конкретных значений параметров. На практике размеры матрицы оказываются достаточно большими: так, число строк этой матрицы может колебаться от нескольких десятков до нескольких сотен тысяч (например, при социологических обследованиях), а число столбцов – от одного – двух до нескольких сотен. Непосредственный, “визуальный”, анализ матриц такого размера невозможен, поэтому в математической статистике возникло много подходов и методов, предназначенных для того, чтобы “сжать” исходную информацию, заключенную в матрице, до обозримых размеров, извлечь из исходной информации наиболее “существенное”, отбросив “второстепенное”, “случайное”.

При анализе данных, представленных в форме матрицы, возникают два типа задач. Задачи первого типа имеют целью получить “короткое описание” распределения объектов, а задачи второго – выявить взаимоотношения между параметрами.

Следует иметь в виду, что основной стимул для появления указанных задач заключается не только и не столько в желании коротко закодировать

большой массив чисел, а в значительно более принципиальном обстоятельстве, имеющем методологический характер: коль скоро удалось коротко описать большой массив чисел, то можно верить, что вскрыта некая объективная закономерность, обусловившая возможность короткого описания; а ведь именно поиск объективных закономерностей и является основной целью, ради которой, как правило, и собираются данные.

Упомянутые подходы и методы обработки матрицы данных отличаются тем, какого типа задачи обработки данных они предназначены решать, и тем, к матрицам какого размера они применимы.

Что же касается проблемы короткого описания связей между параметрами при среднем числе этих параметров, то в данном случае соответствующая корреляционная матрица содержит несколько десятков или сотен чисел и сама по себе она еще не может служить “коротким описанием” существующих связей между параметрами, а должна с этой целью подвергнуться дальнейшей обработке.

Факторный анализ как раз и представляет собой набор моделей и методов, предназначенных для “сжатия” информации, содержащейся в корреляционной матрице. В основе различных моделей факторного анализа лежит следующая гипотеза: наблюдаемые или измеряемые параметры являются лишь косвенными характеристиками изучаемого объекта или явления, на самом же деле существуют внутренние (скрытые, не наблюдаемые непосредственно) параметры или свойства, число которых мало и которые определяют значения наблюдаемых параметров. Эти внутренние параметры принято называть факторами. Задача факторного анализа – представить наблюдаемые параметры в виде линейных комбинаций факторов и, может быть, некоторых дополнительных, “не существенных” величин – “помех”. Замечательным является тот факт, что, хотя сами факторы не известны, такое разложение может быть получено и, более того, такие факторы могут быть определены, т.е. для каждого объекта могут быть указаны значения каждого фактора.

Факторный анализ, независимо от используемых методов, начинается с обработки таблицы интеркорреляций, известной как корреляционная матрица, а заканчивается получением факторной матрицы, т.е. таблицы, показывающей вес или нагрузку каждого из факторов по каждому тесту.

Получив факторную матрицу, следует переходить к интерпретации и наименованию факторов. Этот этап работы скорее требует психологической интуиции, нежели статистической подготовки. Чтобы понять природу конкретного фактора, необходимо изучить переменные, имеющие высокие нагрузки по этому фактору, и попытаться обнаружить общие для них параметры. Чем больше оказывается переменных с высокими нагрузками по данному фактору, тем легче раскрыть его природу.

В общем случае, можно выделить основные этапы проведения факторного исследования. Их содержание может меняться в зависимости от применяемой факторной модели:

- постановка цели анализа;
- отбор факторов, определяющих исследуемые результативные показатели; классификация и систематизация факторов с целью обеспечения комплексного и системного подхода к исследованию их влияния на результаты хозяйственной деятельности;
- определение формы зависимости между факторами и результативным показателем;
- моделирование взаимосвязей между результативным и факторными показателями;
- расчет влияния факторов и оценка роли каждого из них в изменении величины результативного показателя;
- работа с факторной моделью (практическое ее использование для управления экономическими процессами).

Отбор факторов для анализа того или иного показателя осуществляется на основе теоретических и практических знаний в конкретной отрасли. При

этом обычно исходят из принципа: чем больший комплекс факторов исследуется, тем точнее будут результаты анализа. Вместе с тем необходимо иметь в виду, что если этот комплекс факторов рассматривается как механическая сумма, без учета их взаимодействия, без выделения главных, определяющих, то выводы могут быть ошибочными. Как правило, взаимосвязанное исследование влияния факторов на величину результативных показателей достигается с помощью их систематизации, что является одним из основных методологических вопросов этой науки.

Важным методологическим вопросом в факторном анализе является определение формы зависимости между факторами и результативными показателями: функциональная она или стохастическая, прямая или обратная, прямолинейная или криволинейная. Здесь используется теоретический и практический опыт, а также способы сравнения параллельных и динамических рядов, аналитических группировок исходной информации, графический и др.

Моделирование взаимосвязей между результативным и факторными показателями также представляет собой сложную проблему в факторном анализе, решение которой требует специальных знаний и навыков.

Расчет влияния факторов - главный методологический аспект в технологии проведения факторного анализа. Для определения влияния факторов на конечные показатели используется множество способов.

Последний этап факторного анализа - практическое использование факторной модели для подсчета резервов прироста результативного показателя, для планирования и прогнозирования его величины при изменении ситуации.

В зависимости от типа факторной модели различают два основных вида факторного анализа - детерминированный и стохастический.

Детерминированный факторный анализ представляет собой методику исследования влияния факторов, связь которых с результативным показателем носит функциональный характер, т. е. когда результативный показатель

факторной модели представлен в виде произведения, частного или алгебраической суммы факторов.

Данный вид факторного анализа наиболее распространен, поскольку, будучи достаточно простым в применении (по сравнению со стохастическим анализом), позволяет осознать логику действия основных факторов развития предприятия, количественно оценить их влияние, понять, какие факторы и в какой пропорции возможно и целесообразно изменить.

Стохастический анализ представляет собой методику исследования факторов, связь которых с результативным показателем в отличие от функциональной является неполной, вероятностной (корреляционной). Если при функциональной (полной) зависимости с изменением аргумента всегда происходит соответствующее изменение функции, то при корреляционной связи изменение аргумента может дать несколько значений прироста функции в зависимости от сочетания других факторов, определяющих данный показатель. Например, использование коечного фонда при одном и том же количестве койкомест может быть неодинаковым в разных стационарах. Это зависит от оптимальности сочетания других факторов, воздействующих на этот показатель. Стохастическое моделирование является в определенной степени дополнением и углублением детерминированного факторного анализа.

Используемые в анализе факторы могут быть классифицированы по разным признакам.

По степени воздействия на результаты деятельности факторы делятся на основные и второстепенные. К основным относятся факторы, оказывающие решающее воздействие на результативный показатель. Второстепенными считаются те, которые не оказывают решающего воздействия на результаты хозяйственной деятельности в сложившихся условиях. Необходимо отметить, что в зависимости от обстоятельств один и тот же фактор может быть и основным, и второстепенным. Умение выделить из всего множества факторов главные обеспечивает правильность выводов по результатам анализа.

Факторы делятся на внутренние и внешние, в зависимости от того, влияет на них деятельность данного учреждения или нет. При анализе основное внимание уделяется внутренним факторам, на которые организация может воздействовать.

Факторы подразделяются на объективные, не зависящие от воли и желаний людей, и субъективные, подверженные влиянию деятельности юридических и физических лиц.

По степени распространенности факторы делятся на общие и специфические. Общие факторы действуют в любых социально-экономических отношениях. Специфические факторы действуют в пределах отдельной отрасли или конкретного предприятия.

В процессе работы организации одни факторы оказывают воздействие на изучаемый показатель непрерывно на протяжении всего времени. Такие факторы называются постоянными. Факторы, воздействие которых проявляется периодически, называются переменными (это, например, внедрение новой технологии, появление новых видов лекарств).

Большое значение для оценки деятельности любого рода организаций имеет деление факторов по характеру их действия на интенсивные и экстенсивные. К экстенсивным относятся факторы, которые связаны с изменением количественных, а не качественных характеристик функционирования системы. В качестве примера можно привести увеличение количества вылеченных пациентов за счет большего числа в сравнении с обычными показателями поступивших больных. Интенсивные факторы характеризуют качественную сторону процесса производства. Примером может служить ускорение процесса лечения за счет применения новой технологии лечения.

Большинство изучаемых факторов по своему составу являются сложными, состоят из нескольких элементов. Однако, есть и такие, которые не раскладываются на составные части. В связи с этим факторы делятся на

сложные (комплексные) и простые (элементные). Примером сложного фактора является производительность труда, а простого - количество рабочих дней в отчетном периоде.

По уровню соподчиненности (иерархии) различают факторы первого, второго, третьего и последующего уровней подчинения. К факторам первого уровня относятся те, которые непосредственно влияют на результативный показатель. Факторы, влияющие на результативный показатель косвенно, при помощи факторов первого уровня, называют факторами второго уровня и т. д.

Понятно, что при изучении влияния на функционирование системы какой-либо группы факторов необходимо их упорядочить, то есть проводить анализ с учетом их внутренних и внешних связей, взаимодействия и соподчиненности. Это достигается с помощью систематизации. Систематизация - это размещение изучаемых явлений или объектов в определенном порядке с выявлением их взаимосвязи и подчиненности.

Создание факторных систем является одним из способов такой систематизации факторов. Все явления и процессы деятельности организаций находятся во взаимозависимости. Среди многих форм закономерных связей важную роль играет причинно-следственная (детерминистская), при которой одно явление порождает другое.

При анализе организаций необходимо учитывать, что некоторые явления непосредственно связаны между собой, другие - косвенно. Например, на величину производительности труда непосредственное влияние оказывают такие факторы, как численность персонала и уровень производительности их труда. Множество других факторов косвенно воздействует на этот показатель.

Кроме того, каждое явление можно рассматривать как причину и как следствие. Например, применительно к учреждениям здравоохранения производительность труда можно рассматривать, с одной стороны, как причину изменения объема производства, т.е. количества пролеченных больных и

скорость их выздоровления за отчетный период, а с другой - как результат усовершенствования организационной работы руководства.

Количественная характеристика взаимосвязанных явлений осуществляется с помощью показателей. Показатели, характеризующие причину, называются факторными (независимыми); показатели, характеризующие следствие, называются результативными (зависимыми). Совокупность факторных и результативных признаков, связанных причинно-следственной связью, называется факторной системой.

Моделирование какого-либо явления - это построение математического выражения существующей зависимости. Моделирование - это один из важнейших методов научного познания. Существуют два типа зависимостей, изучаемых в процессе факторного анализа: функциональные и стохастические. Связь называется функциональной, или жестко детерминированной, если каждому значению факторного признака соответствует вполне определенное неслучайное значение результативного признака. Связь называется стохастической (вероятностной), если каждому значению факторного признака соответствует множество значений результативного признака, т. е. определенное статистическое распределение.

Эффективность применения многофакторного анализа в здравоохранении заключается в возможности выявления параметров оценки качества медицинской помощи, которые в свою очередь являются неотъемлемыми факторами качества жизни населения.

### **2.3 Методология проведения SWOT-анализа**

Состояние организации зависит от того, насколько успешно она способна реагировать на различные воздействия извне. Анализируя внешнюю ситуацию, необходимо выделять наиболее существенные на конкретный период времени факторы. Взаимосвязанное рассмотрение этих факторов с возможностями организации позволяет решать возникающие проблемы. При решении разного

уровня задач необходимо также четко представлять, поддаются ли критические факторы контролю со стороны организации. Являются ли они внутренними или внешними, поддающимися изменениям усилиями учреждения или это внешние события, на которые организация влиять не в состоянии. Одним из самых распространенных методов, оценивающих в комплексе внутренние и внешние факторы, влияющие на развитие компании можно назвать SWOT-анализ (СВОТ-анализ). С 60-х г.г. и по сей день SWOT-анализ широко применяется в процессе стратегического планирования и оценки среды. Основатели метода К. Andrews, Heinz Wehrich, Igor Ansoff, Henry Mintzberg, Terry Hill, Adam J.Koch предложили матрицу, в которой облегчено сопоставление внешних угроз и возможностей с внутренними слабостями и силами организации.

SWOT-анализ является необходимым элементом исследований, обязательным предварительным этапом при составлении любого уровня стратегических планов. Данные, полученные в результате ситуационного анализа, служат базисными элементами при разработке стратегических целей и задач организации.

Это настолько удобная универсальная методика, что она применима и в повседневной жизни. Неплохо врачу провести «SWOT-самоанализ», для того, чтобы понять, на что впустую затрачено время, и как его эффективнее использовать.

Аббревиатура SWOT означает:

Strengths – сильные стороны

Weakness – слабые стороны

Opportunities – возможности

Threats – угрозы

Иначе говоря, SWOT анализ – это анализ сильных и слабых сторон организации а также возможностей и угроз со стороны внешней окружающей среды. «S» и «W» относятся к состоянию организации, а «O» и «T» к внешнему окружению организации.

По результатам ситуационного анализа можно оценить, обладает ли организация внутренними силами и ресурсами, чтобы реализовать имеющиеся возможности и противостоять угрозам, и какие внутренние недостатки требуют скорейшего устранения.

Традиционно SWOT-анализ проводится в два этапа: внешний анализ угроз и благоприятных возможностей внешней среды, Внутренняя оценка, анализ сильных и слабых сторон организации.

*Таблица 1 – матрица SWOT-анализа*

	Возможности	Угрозы
Сильные стороны	Поле «Силы и возможности»	Поле «Силы и угрозы»
Слабые стороны	Поле «Слабости и возможности»	Поле «слабости и угрозы»

Матрица SWOT-анализа в ЛПУ должна содержать, во-первых, информацию о динамических изменениях учреждения, т.е. появления новых технологий лечения, применения иных медикаментозных средств, реструктуризации организационной структуры учреждения, перемен в количественном и качественном составе персонала. Во-вторых, с помощью метода SWOT анализируется конкурентная среда учреждения. Имеется ввиду анализ эффективности применяемых лечебных и профилактических технологий, а так же, анализ профессионализма персонала в сравнении с другими учреждениями города данного типа. И, наконец, в-третьих, разработку SWOT моделей с учетом различных сценариев развития учреждения.

Таким образом, основными факторами SWOT-анализа выступают «силы», «слабости», «возможности» и «угрозы». Рассмотрим каждый из факторов, применительно к системе здравоохранения. Потенциальные внутренние сильные стороны учреждения (S) – это четко проявляемая компетентность, адекватные финансовые источники, применение новейших

медицинских технологий, уровень профессионализма персонала, качество предоставляемых услуг, развитие коммерческой сферы организации, виды платных услуг, хорошее понимание потребителей, ценовое преимущество, собственные уникальные медицинские технологии, надежная сеть распределения.

К потенциальным внутренним слабостям ЛПУ (W) относится потеря некоторых аспектов компетентности, недоступность финансов, отсутствие анализа информации о пациентах, отсутствие четко выраженной стратегии, непоследовательность в ее реализации, высокая стоимость на предоставляемые платные услуги, устаревшие медицинские технологии, потеря глубины и гибкости управления.

Потенциальные внешние благоприятные возможности ЛПУ (O) включают обслуживание дополнительных групп пациентов, благоприятную экономическую, политическую и социальную обстановку, доступность ресурсов и др.

И, наконец, к потенциальным внешним угрозам ЛПУ (T) относятся неблагоприятные демографические изменения, увеличение видов заменяющих медицинских услуг, ожесточение конкуренции, появление иностранных конкурентов с технологиями низкой стоимости, ужесточение законодательного регулирования и др.

Эффективность применения метода SWOT-анализа в здравоохранении заключается, в первую очередь, в описании реальной ситуации организации, а так же характеризует влияние на нее внешней среды. Подобный анализ позволит выявить недостатки в управлении персоналом, в использовании ресурсов, в организационной структуре посредством сравнения различных ЛПУ между собой, а так же определить сильные стороны и выявить потенциальные ресурсы ЛПУ.

### **ГЛАВА 3. SWOT – АНАЛИЗ КАК СПОСОБ ФАКТОРНЫХ РЕШЕНИЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Оценка экономической эффективности функционирования ЛПУ на сегодняшний день осуществляется преимущественно в рамках стоимостного анализа, а именно анализа минимизации стоимости; анализа эффективности затрат, стоимостный анализ прибыли. Определяется это несколькими причинами. Во-первых, быстрыми темпами роста стоимости лечения наиболее распространенных заболеваний и общим удорожанием медицинских услуг. Во-вторых, появлением альтернативных методов лечения одного и того же заболевания, при выборе которых приходится учитывать не только их клиническую эффективность, но и стоимость. И, наконец, в-третьих, отставанием возможностей финансирования высокотехнологичных и дорогостоящих методов лечения, которое существует во всех странах.

Однако, фармакоэкономических методов анализа не достаточно для комплексной оценки деятельности ЛПУ. Необходимо применение методов, основанных на сборе информации об оценке качества медицинской помощи с позиции как ее объектов так и субъектов, что позволит соотнести как состояние внутренней среды учреждения так и влияние на него внешних факторов.

Осуществление подобного анализа в системе здравоохранения возможно с помощью метода SWOT.

#### **3.1 Валидность показателей удовлетворенности врача и пациента для оценки качества оказания медицинской помощи**

Пациент и врач, являясь участниками лечебного процесса, принадлежат к разным медико-социальным, профессиональным группам. В соответствии с этим у каждой группы респондентов есть собственные, как объективные так и субъективные, критерии оценки деятельности стационара, сформировавшиеся под влиянием уровня образования, профессии, занимаемой должности, степени

информированности, социального статуса и т. д. Это оказывает непосредственное влияние на восприятие основных характеристик процесса оказания медицинской помощи, уровня и качества предоставляемых медицинских услуг.

Результат медицинской помощи в понимании большинства исследователей определяется степенью достижения целей медицинского учреждения в отношении конкретного больного, либо группы больных. Критерии достижения цели, как правило, выражаются в отдельных статистических показателях (смертность, летальность, выход на инвалидность и др.) стандартах результативности (клинико-лабораторные показатели, морфофункциональные признаки и др.), моделях конечных результатов (комплекс показателей: статистические, количество расхождений диагнозов, обоснованных жалоб и т.д.).

Следует учитывать, что использование конечных результатов для определения качества и его обеспечения затруднено по целому ряду причин. Иногда влияние на исход лечения личности самого пациента, образа жизни, социальных, экономических факторов, условий окружающей среды и т. д. гораздо сильнее, чем само качество лечения. Нельзя не учитывать и совокупность факторов (возраст контингента, тяжесть заболевания по конкретному диагнозу и т. д.), которые предопределяют уровень смертности, заболеваемости и инвалидности. Возникают также трудности и с изучением факторов, которые явно оказывают влияние на конечный результат, но не поддаются измерению, – отношение медицинского персонала к больному (доброта, милосердие, сочувствие) и т. д. Осложнения могут возникнуть и при сборе информации, например, когда серьезные клинические случаи встречаются редко или же популяция пациентов оказывается слишком маленькой. Несмотря на все недостатки, рассматриваемый подход достаточно широко используется в практике, что по мнению М.А. Хуторского (1998) обусловлено потребностью руководителей здравоохранения и ОМС в

оценочных критериях достижения цели врачами, подразделениями, службами и учреждениями. Также КМП может определяться характером негативных последствий врачебных ошибок (Михайлова С.М. и соавт. 1997; Чавпецова В.Ф. и соавт. 1997).

В целом оценка качества оказания медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными «стандартами», или «эталонами». Отсюда желание воспользоваться на практике так называемыми стандартами качества.

Для достижения и поддержания должного уровня качества процессов в системе, призванных максимально обеспечить удовлетворение потребностей пациентов необходимо, по мнению академика РАМН А.В. Решетникова (2001) использовать стандарты. Отсутствие стандартов, особенно на этапе диагностики, приводит к возникновению различного рода проблем.

В России общегосударственная система стандартизации в здравоохранении, которая соотносится с международными требованиями в этой области действует с 1998 г. (Вялков А.И., 2001). Эта система призвана решить следующие основные задачи: обеспечить гражданам реализацию прав на общедоступную бесплатную и качественную медицинскую помощь (Андреева О.В. и соавт., 2002), обеспечить нормативной базой систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в России, обеспечить нормативными требованиями создающуюся систему сертификации (Королькова В.И., Воробьева Н.Г., 2000) и оценки качества в здравоохранении (Бояджян В.А., Семенов В.Ю., 1992).

Тем не менее, проблема стандартизации КМП продолжает оставаться актуальной как в России, так за рубежом (Wisdon K. et al., 1997; Weinstein S.M., 2000), так как сложность оказания медицинской помощи и объем манипуляций растет, соответственно требуется все большее количество стандартов, а имеющиеся необходимо вовремя совершенствовать.

Необходимо также отметить, что практически все имеющиеся в стране стандарты, как федеральные, утвержденные приказом МЗ РФ в 1996 г., так и местные, являются стандартами не качества, а объема, и использование их для оценки качества методологически неверно, о чем, в частности, свидетельствуют результаты ряда проведенных в последнее время исследований. Более того, как совершенно справедливо, подчеркивает известный американский специалист в этой области D. Berwick (1991), стандарты обычно подразумевают минимальные требования к структуре, процессу или результату, а специалисты по контролю за качеством знают, что такой пол (уровень) быстро оказывается потолком и что компания, которая озабочена только соблюдением стандартов, не может достичь совершенства.

Следует также учитывать, что на практике, даже в идентичных учреждениях лечение аналогичных категорий больных может осуществляться по-разному, не говоря уже о каждом конкретном случае, когда необходимо учитывать состояние больного, наличие у него тех или иных противопоказаний, особенностей течения заболевания и т. д. Таким образом, поддерживая идею стандартизации медицинской помощи в решении вопросов подготовки медицинского персонала, внедрения новых методов диагностики и лечения, ценообразования, нужно в то же время очень осторожно относиться к использованию «стандартов» для оценки применяемых технологий, поскольку при этом могут нивелироваться индивидуальный подход к больному, не всегда оптимально использоваться материальные и кадровые ресурсы, снижаться творческая активность медицинских работников, инновационная деятельность в учреждениях. Поэтому, говоря о стандартизации, следует иметь в виду, прежде всего, правильное осуществление конкретной выбранной технологии, предусматривая возможность использования в том или ином случае других альтернатив, нередко приводящих к одинаковому результату, тем более что выбор того или иного метода может быть обусловлен не только заболеванием и состоянием больного, но и конкретными условиями оказания медицинской

помощи, в частности материально-технической оснащенностью и кадровой обеспеченностью данного учреждения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что использование оценок качества по показателям результативности и медицинским стандартам сопряжено с целым рядом трудностей и ограничений, эффективно преодолеть которые можно, дополнив эти традиционные технологии применением социологических методов исследования и использованием таких параметров измерения как удовлетворенность пациента оказанной ему помощью с одной стороны и удовлетворенность врача своей работой и работой своих коллег с другой. В этой связи большое значение имеет изучение общественного мнения. При этом принципиально важно определить, во-первых, перечень вопросов, требующих анализа, и, во-вторых, в соответствии с этим, контингенты опрашиваемых (О.П. Щепин и соавт., 2002).

Целесообразность опосредованной оценки качества оказания медицинской помощи с использованием такого показателя как уровень удовлетворенности пациентов признается многими исследователями (Лисицын Ю.П., Отдельнова К.А., 1990; Гайдаров Г.М., 1996; Линденбратен А.Л. и соавт., 1996; Юрьев В.К., Сажин В.Л., 1996; Железняк Е.С. и соавт., 1998). Хотя степень удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием в отечественном здравоохранении, за исключением отдельных случаев, не учитывается и не анализируется, так как мнение потребителей медицинских услуг, как правило, никак не влияет на оценку работы того или иного медицинского работника или ЛПУ и, соответственно, на их финансовое положение (Вишняков Н.И. и соавт., 1998). Тем не менее, данная точка зрения может считаться обоснованной, т.к. подтверждается результатами эмпирических исследований и отражена в практических рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1991), поскольку удовлетворенность пациентов от взаимодействия с медицинской подсистемой является (наряду с квалификацией медицинского персонала, оптимальностью

использования ресурсов, степенью риска для пациентов) одним из четырех компонентов, определяющих КМП.

Традиционные методы определения данного показателя – опросы – базируются, как правило, на выяснении отношения пациентов к организации медицинского обслуживания, условиям оказания медицинской помощи, поведению медицинского персонала, стоимости медицинских услуг. С одной стороны, метод опросов позволяет выявить те недостатки в работе ЛПУ, которые трудно или невозможно определить другими методами, с другой – обладает ограниченными возможностями для оценки качества выполнения медицинских технологий, квалификации врача и т. д. Кроме того, причины неудовлетворенности пациентов могут не иметь непосредственной связи с качеством оказания медицинской помощи и носят субъективный характер (Решетников А.В., 2000). Пациенты как потребители медицинских услуг судят об их качестве, прежде всего, на основании своего собственного восприятия их результативности и, особенно, их сервисного сопровождения (Сибурин Т.А., Барскова Г.Н., 1997). В связи с этим важное значение имеет не только установление факта неудовлетворенности пациента, но и подтверждение объективных условий для ее возникновения в ходе анализа процесса оказания медицинской помощи.

Как показывают данные анализа литературы, подобного рода исследования осуществляются в ответ на жалобы пациентов, а их результаты (количество обоснованных жалоб) используются при расчете интегрированных показателей КМП. Более информативным подходом является максимальная систематизация возможных причин неудовлетворенности пациентов и их независимый анализ.

Таким образом, анализ литературы позволяет сделать вывод о том, что на практике хорошо зарекомендовала себя техника, предусматривающая изучение мнений всех субъектов, которые связаны с процессом оказания медицинской

помощи (представителей администрации ЛПУ, врачей, средних и младших медицинских работников, пациентов).

### **3.2 Особенности восприятия основных характеристик работы стационара с позиции врача и пациента**

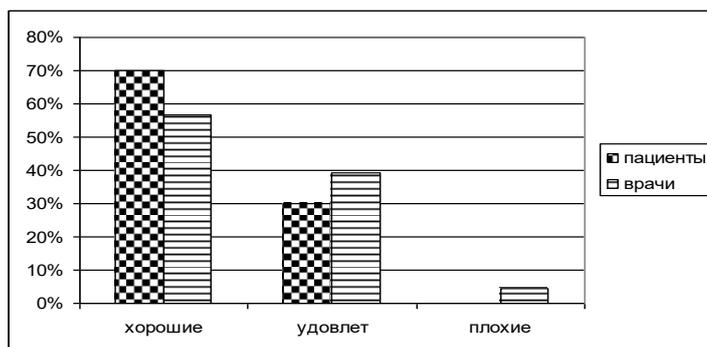
Для того чтобы выявить особенности восприятия основных характеристик работы стационара в зависимости от того, к какой группе принадлежит респондент в анкетах пациентов и врачей были сформулированы сопоставимые вопросы, на основе которых можно провести сравнительный анализ.

#### *Оценка материально-технического обеспечения*

Весомый вклад в достижение высокого качества медицинского обслуживания вносит материально-технические ресурсы ЛПУ. Оценка материально-технического обеспечения проводилась по следующим направлениям:

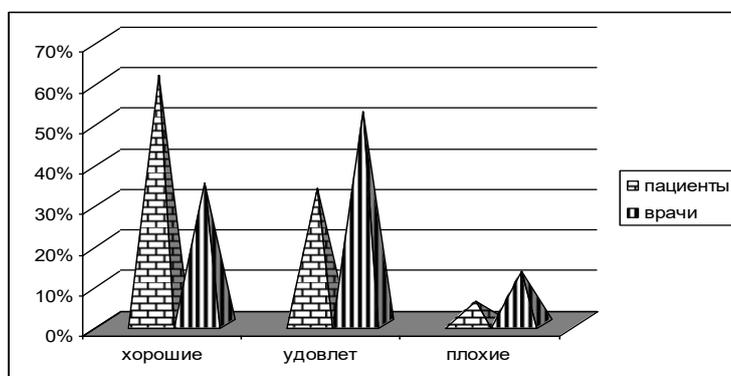
- санитарно-бытовые условия палаты;
- условия для выполнения гигиенических процедур;
- питание в больнице;
- техническое оснащение ЛПУ;
- лекарственное обеспечение стационара.

Прежде всего, интерес представляет характеристика санитарно-бытовых условий палаты. Пациенты в своем большинстве оценивают условия палаты как хорошие (70%). Врачи, напротив, склонны более критично оценивать ситуацию: большинство врачей также считают санитарно-бытовые условия палат больницы хорошими (57%), однако 37% врачей считают, что они оставляют желать лучшего. Удивительно то, что 4% из опрошенных врачей посчитали условия палаты близкими к антисанитарным и ни один из пациентов не ответил на данный вопрос утвердительно.



*Рисунок 3.1 Оценка санитарно-бытовых условий стационара*

Детальный анализ технологического уровня стационара, а именно в части необходимых условий для выполнения гигиенических процедур, так же выявляет значительные расхождения в оценках отдельных групп респондентов. Большинство пациентов (61%) считают, что имеются все условия для выполнения ими необходимых гигиенических процедур и лишь 35% врачей удовлетворены условиями для выполнении пациентами гигиенических процедур. 13% врачей и 9% пациентов считают, что в больнице нет условий для выполнения правил личной гигиены.



*Рисунок 3.2 Оценка условий для выполнения гигиенических процедур*

Максимальные расхождения в оценках врачей и пациентов отмечены по таким показателям ресурсного обеспечения как питание. Удивительно, что 30% пациентов полностью удовлетворены питанием в больнице, и ни один из врачей не посчитал питание в больнице полностью удовлетворительным. Ни один из пациентов не оценил больничную еду как невозможную к употреблению и 9% врачей считают, что большинство пациентов отказываются от больничной еды.

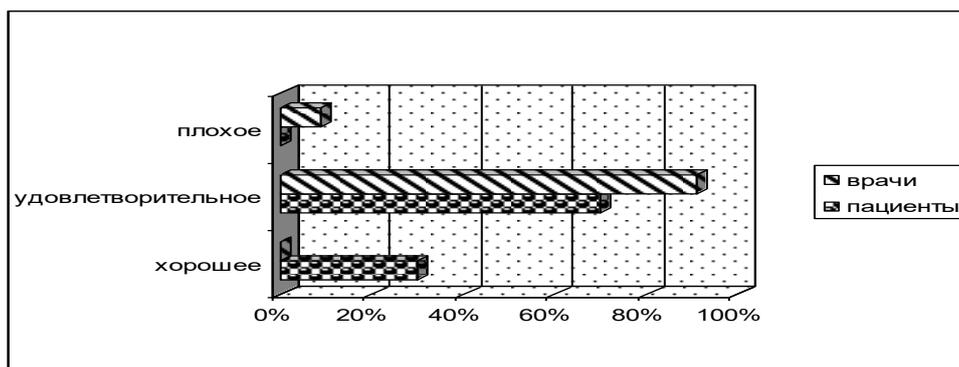


Рисунок 3.3 Оценка питания в больнице

Давая комплексную оценку уровня технического оснащения больницы, врачи также оказались более критичны, чем пациенты. Большинство врачей (35%) и пациентов (42%) оценивают техническое оснащение больницы как неудовлетворительное, однако среди пациентов больше (16%), чем среди врачей (13%), тех, кто считает уровень технического оснащения больницы **высоким**.

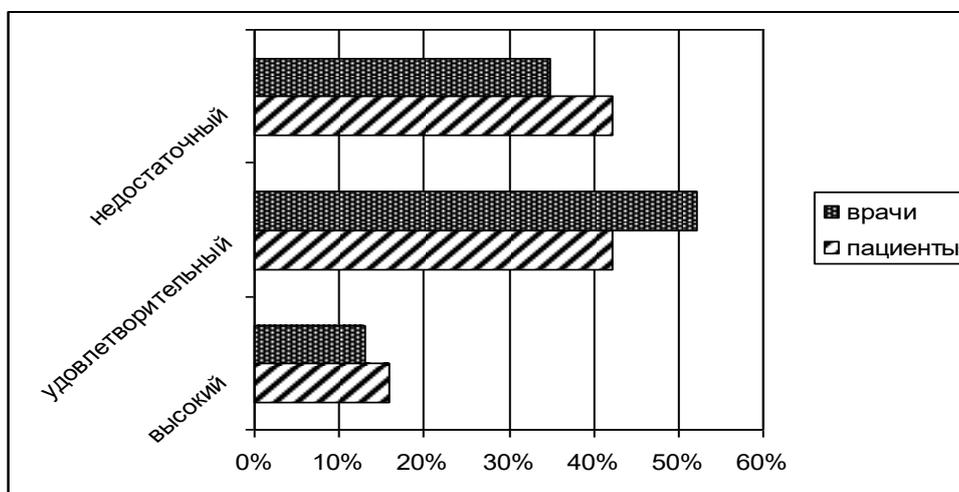


Рисунок 3.4 Оценка уровня технического оснащения больницы

Что касается оценки уровня лекарственного обеспечения, то лишь 9% врачей считают, что в больнице имеются все необходимые им для лечения лекарства, 35% врачей совсем не удовлетворены лекарственным обеспечением в больнице. 50% опрошенных пациентов ответили, что врачи часто упоминают

о нехватке лекарств, 29 % опрошенных ответили, что медсестры жалуются на нехватку лекарственного обеспечения.

Комплексный сравнительный анализ оценки ресурсного обеспечения с позиции врача и пациента дал следующие результаты: 39,6% пациентов считают уровень ресурсного обеспечения больницы абсолютно удовлетворительным. С ними согласны лишь 22,8% врачей. 15,4% пациентов и 19,2% врачей считают материально-техническое обеспечение больницы недостаточным.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что врачи в большей степени склонны давать критичную оценку ресурсному обеспечению стационара, чем пациенты. Следует отметить, что, давая оценку обеспеченности стационара перечисленными видами ресурсов, врачи и пациенты были не в равной мере объективны. В силу своей профессиональной деятельности более объективные оценки обеспеченности стационара оборудованием, лекарствами, питанием склонны давать врачи, работающие в стационаре.

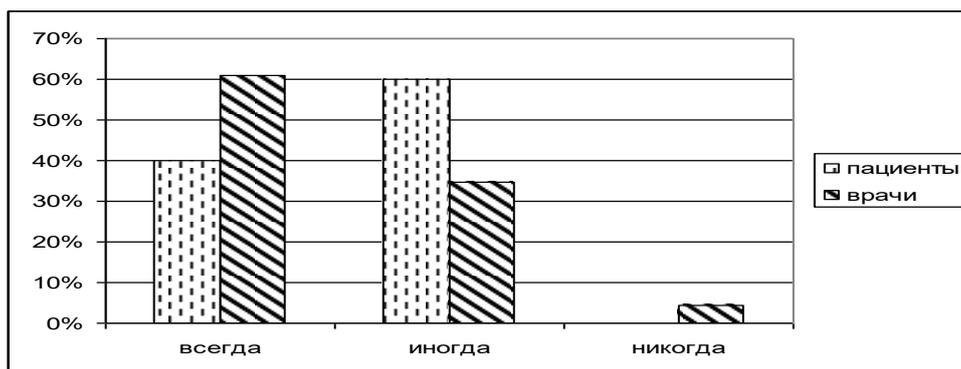
*Таблица 3.1 Сравнительный анализ оценки материально-технического обеспечения с позиции врача и пациента*

параметры	удовлетворительные		неудовлетворительные	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Санитарно-бытовые условия палаты	70%	57%	0%	4%
Условия для выполнения гигиенических процедур	61%	35%	6%	13%
Питание	30%	0%	0%	9%
Уровень технического оснащения	16%	13%	42%	35%
Уровень лекарственного обеспечения	21%	9%	29%	35%
<b><i>Средние показатели</i></b>	<b><i>39,6%</i></b>	<b><i>22,8%</i></b>	<b><i>15,4%</i></b>	<b><i>19,2%</i></b>

## *Оценка качества работы персонала больницы с позиции врача и пациента*

Большинство опрошенных пациентов (79%) удовлетворены разъяснениями врача об особенностях заболевания, возможных причинах его возникновения и прогнозе и лишь 5% ответили, что врач отказался разговаривать на эту тему. 16% респондентов отметили, что разговор состоялся только после того, как пациент сам задал вопрос о своем заболевании. 87% врачей ответили, что всегда разъясняют пациенту особенности заболевания, возможные причины его возникновения и прогноз. 13% опрошенных врачей подтвердили, что соглашаются разговаривать на эту тему только, когда пациент сам спрашивает об этом. Ни один опрошенный врач не согласился с тем, что иногда отказывается разговаривать об этом.

Большинство пациентов (60%) ответили, что врач рассказал о возможных побочных эффектах лечения только после того, как ему был задан соответствующий вопрос. Врачи же (61%) уверены, что всегда предупреждают пациентов об этом и 40% пациентов всегда предупреждены о возможных побочных эффектах лечения. Важно отметить, что 4% врачей признали, что иногда не предупреждают пациентов об этом. С ними не согласился ни один пациент.



*Рисунок 3.5 Предупреждение пациентов о побочных эффектах лечения*

Оценивая качество диагностической работы в больнице, врачи и пациенты отвечали довольно однородно. Большинство опрошенных пациентов (79%) и врачей (61%) считают, что врач уделяет диагностике столько времени,

сколько необходимо для того, чтобы составить верное представление о состоянии пациента. 0% врачей и 0% пациентов не оценили диагностическую работу в больнице как низкую. Врачи стационара склонны считать врачей вполне квалифицированными. Так ответили 90% опрошенных респондентов. 10% пациентов считают, что врачам не хватает для должного уровня квалификации опыта или свежих знаний.

Интересные результаты дал опрос врачей о качестве вузовского образования. 43% врачей считают, что вузовского образования недостаточно для обеспечения высокого уровня качества медицинской практики. 17% опрошенных ответили, что вузовского образования вполне достаточно. Возможность врачей оценить недостатки знаний в определенной области положительно сказывается на качестве работы врача.

В зависимости от принадлежности респондента к одной из двух групп изменяется восприятие качества работы медицинских сестер. Врачи склонны более критично оценивать выполнение ими своих обязанностей. Большинство врачей (52%), как и большинство пациентов (70%), считают, что медицинские сестры, с которыми им приходилось иметь дело – квалифицированные специалисты, качественно выполняющие свою работу. Однако, 0% пациентов и 4% врачей считают, что медсестры чаще неаккуратны при выполнении своих обязанностей.

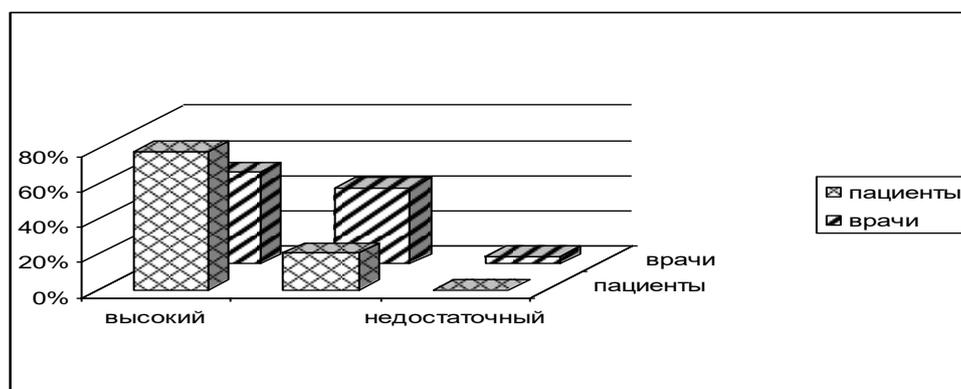


Рисунок 3.6 Оценка работы медицинских сестер

Интересные результаты дает оценка соблюдения врачами такого принципа работы как сохранение врачебной тайны. 67% пациентов считают, врач делает все возможное, чтобы их разговор не услышали посторонние. Интересно, что ни один из опрошенных пациентов не считает, что врач беседует с ним в присутствии других лиц, однако, 39% врачей ответили, что им часто приходится вести беседу с пациентом в присутствии больных или посторонних лиц.

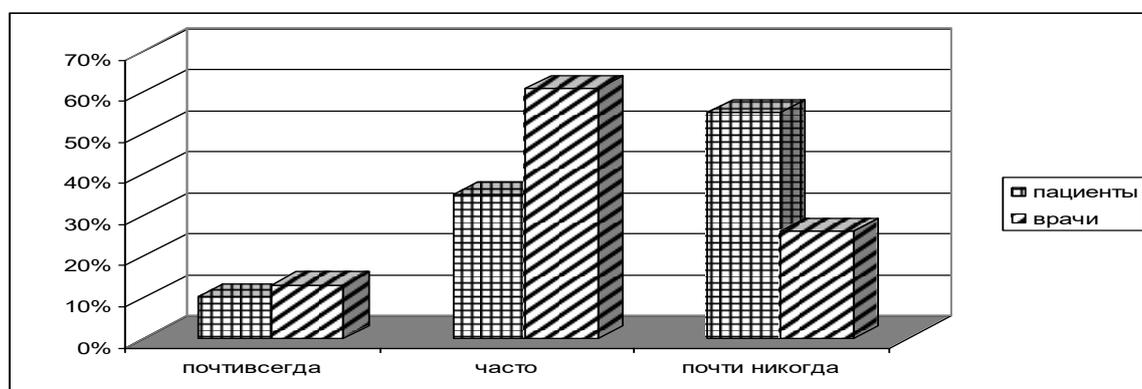
*Таблица 3.2 Сравнительный анализ оценки качества работы персонала больницы с позиции врача и пациента*

параметры	Позитивные оценки		Негативные оценки	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Консультация врача об особенностях заболевания, возможные причины его возникновения и прогнозе	79%	87%	5%	0%
Консультация врача о возможных побочных эффектах назначенных лекарств и лечебных процедур	40%	61%	0%	4%
качество диагностической работы врача	79%	61%	0%	0%
сохранение врачебной тайны	67%	39%	0%	13%
профессионализм медицинских сестер	70%	52%	0%	4%
<b><i>Средние показатели</i></b>	<b><i>67%</i></b>	<b><i>60%</i></b>	<b><i>1%</i></b>	<b><i>3,4%</i></b>

Комплексный сравнительный анализ работы персонала больницы с позиции врача и пациента показал, что как врачи, так и пациенты в своем большинстве полностью удовлетворены результатами и процессом работы врачей и среднего медицинского персонала. Респонденты неудовлетворенные качеством работы сотрудников стационара встречались крайне редко.

### *Оценка качества медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг*

Две группы респондентов по-разному оценивают количество платных услуг в больнице. Большинство пациентов (55%) ответили, что им почти никогда не приходилось оплачивать услуги в больнице, чтобы получить более качественное лечение. 61% опрошенных врачей считают, что им часто приходится предлагать оплачивать некоторые услуги больницы самостоятельно. 13% врачей отметили, что пациентам почти всегда приходится оплачивать услуги. С ними согласилось 10% пациентов. Хотя 26% врачей и 35% пациентов утверждают, что услуги почти никогда не являются платными.



*Рисунок 3.7 Оценка необходимости оплаты пациентами некоторых услуг больницы*

Пациенты и врачи согласны с тем, что оказание медицинских услуг за плату или по добровольному медицинскому страхованию никак не отражается на их качестве. Это подтвердили 78% врачей и 60% пациентов. Однако 17% врачей считают, что оказание медицинских услуг за плату или по добровольному медицинскому страхованию возлагает на медицинских работников большую ответственность. 15% пациентов считают, что платные медицинские услуги намного надежнее.

Подводя итог оценки количества платных услуг в стационаре с позиции врача и пациента, можно сделать вывод о том, что мнения обеих групп респондентов по этому вопросу довольно однородны. Половина опрошенных (57,5% пациентов и 52% врачей) склонны положительно оценивать

возможность стационара предоставлять бесплатные медицинские услуги. И лишь 12,5% пациентов и 15% врачей дают негативные оценки.

*Таблица 3.3 Оценка качества медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг*

параметры	Позитивные оценки		Негативные оценки	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Бесплатность медицинской помощи	55%	26%	10%	13%
Различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг	60%	78%	15%	17%
<b><i>Средние показатели</i></b>	<b><i>57,5%</i></b>	<b><i>52%</i></b>	<b><i>12,5%</i></b>	<b><i>15%</i></b>

#### *Взаимоотношения пациентов с медицинским персоналом*

Взаимоотношения врачей, пациентов и медицинских сестер в ходе лечебного процесса оказывают непосредственное влияние на качество и эффективность медицинской помощи. Взаимоотношения, складывающиеся между врачами и пациентами, влияют на удовлетворенность медицинской помощью, определяют степень доверия больного к медицинскому работнику.

Представители разных медико-социальных, профессиональных групп поразному оценивают взаимоотношения, складывающиеся между врачами и пациентами. Сопоставление ответов респондентов на схожие вопросы, предусмотренные в анкетах, позволят выявить особенности восприятия взаимоотношений основных социальных групп внутри ЛПУ с точки зрения пациентов и врачей.

Врачи склонны более положительно оценивать свои взаимоотношения с пациентами, чем пациенты с врачами. 53% пациентов и 91% врачей считают, что они могут обсуждать все волнующие вопросы о заболевании и его лечении и даже пациент может поделиться личными проблемами. 5% пациентов ответили, что они обмениваются информацией только через медсестру, получающую информацию о процедурах. Ни один врач не согласился, с этим. 42% опрошенных пациентов подтвердили то, что их общение с врачом

сводится лишь к получению информации о состоянии здоровья и результатах лечения. С этим согласно 9% врачей.

Пациенты удовлетворены эмоциональной поддержкой врачей. 89% пациентов ответили, что чувствуют эмоциональную поддержку со стороны врача, 89% врачей считают себя готовыми оказать эмоциональную поддержку пациенту. 0% как врачей так и пациентов отметили отсутствие эмоциональной поддержки со стороны врача.

Опрос респондентов о взаимоотношениях медицинских сестер и пациентов свидетельствует об их положительном характере. 79% пациентов удовлетворены их взаимоотношениями со средним медицинским персоналом. 65% врачей также считают, что медсестры внимательны к пациентам. 0% опрошенных как врачей, так и пациентов считают, что медсестры грубы с пациентами.

*Таблица 3.4 Сравнительный анализ оценки взаимоотношений врачей, пациентов и медицинских сестер с позиции врача и пациента.*

Параметры	Позитивные оценки		Негативные оценки	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Взаимоотношения пациента с врачом	53%	91%	5%	0%
Эмоциональная поддержка пациентов со стороны врача	89%	87%	0%	0%
Взаимоотношения пациента с медицинскими сестрами	79%	65%	0%	0%
<b><i>Средние показатели</i></b>	<b><i>73,7%</i></b>	<b><i>81%</i></b>	<b><i>1,7%</i></b>	<b><i>0%</i></b>

Таким образом, можно сделать вывод о том, что пациенты в своем большинстве (73,7%) полностью удовлетворены своими взаимоотношениями со всем медицинским персоналом. Пациенты утверждают что, могут обсудить с врачом все волнующие вопросы о заболевании и его лечении и даже поделиться личными проблемами. Средний медицинский персонал, по их

мнению, также очень внимателен. Врачи (81%) также полностью удовлетворены как своими отношениями с пациентами, так и их отношениями с медицинскими сестрами.

Пациенты, как потребители медицинской помощи, руководствуются собственными впечатлениями от пребывания в стационаре. Положительные оценки работы всего персонала больницы могут быть связаны с повышением доброжелательности врачей и медицинских сестер.

#### *Оценка эффективности технологии (процесса) работы*

Необходимой составляющей деятельности ЛПУ, определяющей качество является сам процесс оказания медицинской помощи, который тесно связан с результатом лечения и удовлетворенностью пациентов.

Для того чтобы оценить качество технологии работы, важное значение имеют сроки ее выполнения. 26% опрошенных пациентов ответили, что врач наметил им сроки выздоровления при соблюдении ими всех предписаний. Однако, 32% утверждают, что ни о каких сроках не шла речь. Врачи в своем большинстве (52%) уверены, что всегда указывают планируемые сроки выздоровления, лишь 22% отметили, что это скорее невозможно.

Улучшение самочувствия пациента в больнице важный показатель качества процесса работы персонала медицинского учреждения. 55% пациентов считают, что за время нахождения в больнице их состояние улучшилось, они идут на поправку и 15% считают, что за время нахождения в больнице их состояние не изменилось.

78% врачей связывают отсутствие улучшения самочувствия пациентов с наличием сопутствующего заболевания и лишь 7% врачей связывают это с недостаточным уровнем качества медицинской помощи.

30% опрошенных пациентов ответили, что почувствовали себя лучше в первый день пребывания в стационаре и лишь 15% - до сих пор не испытывают улучшения самочувствия.

Эффективность использования коечного фонда стационара было предложено оценить первой группе респондентов, т.е. врачам. 59% опрошенных считают, что недостатки в использовании коечного фонда стационара связаны исключительно с недостатками организационной работы, 41% видят причину в недостаточном лекарственном и техническом обеспечении. Ни один врач не связывает неэффективное использование коечного фонда стационара с недостатками своей работы или работы своих коллег.

74% врачей утверждают, что им всегда известны нормативы госпитализации их больных. 0% врачей ответили, что нормативы им неизвестны.

По-разному оценивают респонденты качество оказания медицинской помощи в стационаре в целом. Мнение врачей достаточно однородно – 72% опрошенных считают, что качество оказания медицинской помощи в стационаре высокое и 28% - среднее. Более половины пациентов (53%) полагают, что качество медицинской помощи высокое, треть (37%) – среднее. 0% врачей и 11% пациентов оценили качество медицинской помощи в больнице как низкое.

Интересные результаты дает анализ причин недостатков в обеспечении качества медицинской помощи и мер, которые могли бы способствовать его повышению.

*Таблица 3.5 Анализ причин недостатков в обеспечении качества медицинской помощи*

<b>причины</b>	<b>пациенты</b>	<b>врачи</b>
1. Органы власти не уделяют достаточного внимания этому вопросу	42%	31%
2. Неэффективно работают органы управления здравоохранением	42%	31%
3. Отсутствует материальная заинтересованность медицинских работников	17%	38%

В целом структура распределения причин в обеих группах сходна при том, что как врачи так и пациенты склонны перекладывать ответственность за низкое качество на федеральное правительство. Однако, врачи (38%), в большей степени, чем пациенты, видят причины недостатков своей работы в отсутствии материальной заинтересованности.

*Таблица 3.6 Анализ мер, способствующих повышению качества медицинской помощи с позиции врача и пациента*

<b>меры</b>	<b>пациенты</b>	<b>врачи</b>
1) усиление государственного регулирования здравоохранения	<b>88%</b>	58%
2) более широкое использование принципов платной медицины	6%	16%
3) создание конкурентной среды между поликлиниками и между отдельными работниками	6%	26%

Мнения пациентов и врачей по этому вопросу во многом не совпадают. Любопытно отметить, что 16% врачей и лишь 6% пациентов считают эффективной мерой повышения качества медицинских услуг более широкое использование принципов платной медицины, хотя и те и другие признают, что платность не обеспечивает гарантию качества.

Таким образом, можно сделать следующий вывод об оценке эффективности технологии работы с позиции врача и пациента:

*Таблица 3.7 Оценка эффективности технологии работы с позиции врача и пациента*

Параметры	Позитивные оценки		Негативные оценки	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Определение приблизительных сроков выздоровления	26%	52%	32%	22%
Улучшение самочувствия в больнице	55%	-	15%	-
Сроки улучшения самочувствия в больнице	30%	-	15%	-
Уровень медицинских	72%	0%	53%	11%

процедур и медицинской помощи				
<b>Средние показатели</b>	<b>45,75%</b>	<b>26%</b>	<b>28,75</b>	<b>16,5%</b>

Таким образом, оценка качества технологии работы стационара, т.е. процесса оказания медицинской помощи дает следующие результаты: 46% пациентов и 26% врачей удовлетворены процессом лечения. 29% пациентов и 16,5% врачей недовольны технологией работы стационара. Из показателей видно, что врачи не дают столь позитивные оценки как пациенты, а скорее выбирали средние показатели.

*Таблица 3.8 Оценка качества медицинского обслуживания стационара*

параметры	удовлетворительные		неудовлетворительные	
	пациенты	врачи	пациенты	врачи
Материально-техническое обеспечение	<b>39,6%</b>	<b>22,8%</b>	<b>15,4%</b>	<b>19,2%</b>
Качество работы персонала	<b>67%</b>	<b>60%</b>	<b>1%</b>	<b>3,4%</b>
Взаимоотношения пациентов с медицинским персоналом	<b>73,7%</b>	<b>81%</b>	<b>1,7%</b>	<b>0%</b>
Оценка качества медицинской помощи в зависимости от оплаты услуг	<b>57,5%</b>	<b>52%</b>	<b>12,5%</b>	<b>15%</b>
Качество технологии (процесса работы)	<b>45,75%</b>	<b>26%</b>	<b>28,75</b>	<b>16,5%</b>
<b>Средние показатели</b>	<b>56,71%</b>	<b>48,36%</b>	<b>11,87%</b>	<b>10,82%</b>

Подводя итог проведенного анализа, следует выделить наиболее характерные особенности восприятия качества медицинского обслуживания стационара и качественных показателей работы в зависимости от принадлежности респондента к одной из социальных групп, взаимодействующих в процессе оказания медицинской помощи (табл. 3.8):

- самые критичные оценки дали врачи. Являясь непосредственными участниками процесса оказания медицинской помощи, они, основываясь на собственном опыте, могут наиболее объективно судить о степени обеспеченности стационара кадровыми, материально-техническими ресурсами, оценить технологический уровень стационара;

- мнение пациентов о качестве медицинской помощи, технологическом уровне стационара более субъективно и зависит от многих факторов, связанных с конкретным случаем лечения в стационаре, самочувствием и самооценкой здоровья в момент опроса, тяжестью течения заболевания, личным опытом предыдущих контактов с системой здравоохранения, как положительных так и отрицательных.

### **3.3 Технология проведения SWOT-анализа**

Многофакторный анализ применяется для оценки различных явлений, его применение возможно и для оценки качества медицинской помощи. Качество медицинской помощи – это свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, т.е. его способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой. Вполне справедливо, что в этом определении, как и в большинстве других, само понятие качества формулируется через условия его обеспечения и содержит целый ряд составляющих, без которых невозможно улучшить оказание медицинской помощи. Факторный анализ как раз и представляет собой набор моделей и методов, предназначенных для “сжатия” информации. В основе различных моделей факторного анализа лежит следующая гипотеза: наблюдаемые или измеряемые параметры являются лишь косвенными характеристиками изучаемого объекта или явления, на самом же деле существуют внутренние (скрытые, не наблюдаемые непосредственно) параметры или свойства, число которых мало и которые определяют значения наблюдаемых параметров. Эти внутренние параметры принято называть факторами. Задача факторного анализа – представить наблюдаемые параметры в виде линейных комбинаций факторов и, может быть, некоторых

дополнительных, “не существенных” величин – “помех”. Замечательным является тот факт, что, хотя сами факторы не известны, такое разложение может быть получено и, более того, такие факторы могут быть определены, т.е. для каждого объекта могут быть указаны значения каждого фактора.

Одним из видов факторного анализа является SWOT-анализ (аббревиатура составлена из первых букв английских слов: сила, слабость, возможности и угрозы). Применение SWOT-анализа оправдано его способностью оценить как внутренние ресурсы, в данном случае медицинского учреждения, так и влияние на него внешних факторов.

Таким образом, если принять силы, слабости, возможности и угрозы за факторы оценки качества медицинской помощи, то необходимо определить параметры, обуславливающие их.

Анализ литературы, посвященной социологическим исследованиям качества медицинской помощи, позволяет выделить типичные параметры его оценки. Применение технологии SWOT-анализа подразумевает разделение всех параметров по 4 факторам. Рассмотрим каждый из факторов, применительно к системе здравоохранения. Потенциальные внутренние сильные стороны (S) и слабости (W) медицинского учреждения могут характеризовать следующие параметры – компетентность, финансовые источники, применяемые медицинские технологии, профессионализм персонала, качество предоставляемых услуг, стоимость на предоставляемые платные услуги и др. Потенциальные внешние благоприятные возможности (O) и угрозы (T) включают состояние экономической, политической и социальной обстановки, ужесточение конкуренции, появление иностранных конкурентов с технологиями низкой стоимости, законодательное регулирование и др.

Основные этапы факторного анализа были описаны в предыдущей главе, рассмотрим их специфику применительно к оценке качества медицинской помощи по технологии SWOT.

Первый этап – это постановка цели анализа. В данном исследовании целью анализа является разработка модели оценки качества медицинской помощи в ЛПУ.

Второй этап предполагает отбор факторов, определяющих исследуемые результативные показатели. В данном исследовании используется такая модель факторных решений как SWOT-анализ. Технология SWOT-анализа подразумевает разделение всех параметров по 4 показателям. Силы/слабости, возможности/угрозы.

Когда факторы определены, необходимо классифицировать и систематизировать параметры с целью обеспечения комплексного и системного подхода к исследованию их влияния на результативные показатели.

Отбор параметров для анализа того или иного показателя осуществляется на основе содержательного социологического смысла. При этом обычно исходят из принципа: чем больший комплекс параметров исследуется, тем точнее будут результаты анализа. Вместе с тем необходимо иметь в виду, что если этот комплекс факторов рассматривается как механическая сумма, без учета их взаимодействия, без выделения главных, определяющих, то выводы могут быть ошибочными. Итак, параметры отбираются из большого числа переменных посредством обобщения.

Для анализа качества медицинской помощи необходимо использовать следующие параметры:

1. Кадровые ресурсы (врачи, средний медперсонал, младший медперсонал);
2. Финансовые ресурсы (бюджетные средства, средства по ОМС, средства по ДМС, средства от оказания платных услуг),
3. Материально-техническое обеспечение (медицинская техника, оборудование, рабочие площади, лекарства, транспортные средства, бытовая техника)

4. Эффективность технологии работы (количество пролеченных больных (чел.), количество умерших больных (чел.), средняя длительность пребывания больного на койке (дни), оборот койки (чел./койка), средняя занятость койки в году (дней).

*Таблица 3.9 Соответствие параметров и переменных, необходимых для оценки качества медицинской помощи*

<b>параметры</b>	<b>переменные</b>
Кадровые ресурсы (врачи, средний медперсонал)	Консультация врача об особенностях заболевания, возможные причины его возникновения и прогнозе, консультация врача о возможных побочных эффектах, назначенных лекарств и лечебных процедур, качество диагностической работы врача, квалификация врачей больницы, сохранение врачебной тайны, профессионализм медицинских сестер, взаимоотношения пациента с лечащим врачом, эмоциональная поддержка пациента со стороны врача, взаимоотношения со средним медицинским персоналом Качество вузовского образования
Материально-техническое обеспечение	Санитарно-бытовые условия палаты, Возможность выполнения в палате гигиенических процедур, питание в больнице, уровень технического оснащения больницы, лекарственное обеспечение
Эффективность технологии работы	определение сроков выздоровления, улучшение или ухудшение самочувствия за время нахождения в больнице, сроки улучшения самочувствия, продолжительность лечение в больнице, оценка качества медицинской помощи в больнице, причины низкого качества медицинской помощи, использования коечного фонда в больнице,
Финансовые ресурсы	необходимость пациентам самим оплачивать некоторые услуги, качество бесплатных медицинских услуг, внимание органов власти к финансированию здравоохранения, работа органов управления здравоохранением, материальная заинтересованность медицинских работников

Важный этап - классификация и систематизация переменных с целью обеспечения комплексного и системного подхода к исследованию их влияния на параметры. Отбор переменных для анализа того или иного параметра осуществляется на основе теоретических и практических знаний в конкретной отрасли.

Таким образом, для оценки качества медицинской помощи в ЛПУ необходимо использовать переменные представленные в таблице 3.9.

Моделирование формы зависимости между факторами и результативным параметрами подразумевает определение того, какие параметры поддаются контролю со стороны организации. Являются ли они внутренними или внешними, поддающимися изменениям усилиями учреждения или это внешние события, на которые организация влиять не в состоянии.

*Таблица 3.10 Определение внешних и внутренних параметров*

Внутренние (Силы/ слабости)	Внешние (Возможности/ угрозы)
<u>Параметр № 1.</u> Кадровые ресурсы (врачи, средний медперсонал)	<u>Параметр № 3.</u> Материально-техническое обеспечение (медицинская техника, оборудование, рабочие площади, лекарства, транспортные средства, бытовая техника)
<u>Параметр № 2.</u> Эффективность технологии работы (количество пролеченных больных (чел.), количество умерших больных (чел.), средняя длительность пребывания больного на койке (дни), оборот койки (чел./койка), средняя занятость койки в году (дней).	<u>Параметр № 4.</u> Финансовые ресурсы (бюджетные средства, средства по ОМС, средства по ДМС, средства от оказания платных услуг),

Основное статистическое значение имеет этап расчета взаимосвязей между переменными и результативными параметрами. Необходимо статистически подтвердить верность определения нами принадлежность той или иной переменной к определенному параметру. Для этого устанавливаются корреляционные зависимости между всеми переменными. Переменные, обладающие большими корреляционными связями, объединяются в один параметр.

В данном исследовании необходимо установить корреляционные связи между переменными с позиции оценки врачей и пациентов. Субъективная оценка качества медицинской помощи в стационаре давалась пациентами по следующим направлениям: кадровые ресурсы (врачи, средний медперсонал);

материально-техническое обеспечение; эффективность технологии работы; финансовые ресурсы.

Общая оценка качества медицинской помощи прямо коррелировала с оценкой уровня материально-технического оснащения больницы ( $r = 0,49$ ). Чем ниже пациенты оценивали качество диагностической работы врача, тем ниже они оценивали квалификацию врачей больницы в целом ( $r = 0,55$ ), тем более они были склонны считать, что платные медицинские услуги качественнее бесплатных ( $r = - 0,76$ ). При этом реальная частота получения платных услуг в больнице обратно коррелировала с оценкой качества лечения, вопреки расхожему мнению «платно, значит качественно» ( $r = - 0,43$ ).

Обращает на себя внимание, что субъективная оценка диагностической работы врача и уровня его квалификации оказалась связанной с оценкой качества отношений с врачом и получением от него эмоциональной поддержки ( $r = 0,61$ ;  $r = 0,46$ ). Кроме того, скорость улучшения самочувствия оказалась в тесной связи с информированностью о сроках выздоровления ( $r = 0,62$ ). Эмоциональная поддержка врача также создавала уверенность у пациентов в том, что врачебная тайна будет соблюдена ( $r = 0,53$ ).

Неудовлетворенность санитарно-бытовыми условиями больницы (условия палаты, возможность выполнения правил личной гигиены, качество питания) не была тесно связана с оценкой качества медицинской помощи, однако негативно сказывалась на взаимоотношениях с врачом ( $r = 0,48$ ).

Таким образом, ведущими параметрами, непосредственно влияющими на целостную оценку качества медицинской помощи пациентов стационара, являются:

- Качество взаимодействия с персоналом (кадровые ресурсы),
- Соблюдение «принципа бесплатности» оказываемой помощи.

Санитарно-бытовые условия стационара оказывают опосредованное влияние на оценку качества помощи, позитивно или негативно сказываясь на

отношениях с лечащим врачом. Статистически значимые коэффициенты корреляции по анкете пациентов представлены в приложение 1.

Субъективная оценка врачами качества диагностической работы прямо коррелировала с удовлетворенностью качеством базового медицинского образования, полученного в ВУЗе ( $r = 0,66$ ). Расположенность врача к оказанию эмоциональной поддержки пациенту повышает вероятность того, что пациент будет проинформирован о побочных эффектах назначенного лечения ( $r = 0,55$ ). При этом отношения с пациентом оцениваются врачом как позитивные чаще в тех случаях, когда врач имеет четкое представление о сроках пребывания пациента в стационаре и, соответственно, может сообщить пациенту о них ( $r = 0,53$ ).

Для выделения более общих параметров, формирующих оценку пациентом качества медицинской помощи использовался факторный анализ по методу главных компонент с нормализованным варимакс-вращением. Этот вариант факторного анализа, по мнению некоторых авторов ((Е.А. Ширковец, А.Ю. Титлов, 2003; Шиляева Т.Ю., Ищенко И.П., Кулик Г.М., Пономарев Э.Б, 1999; Ключко О.С., 2007)), является более простым и позволяет достаточно точно интерпретировать полученный результат.

*Таблица 3.11 Факторный анализ по анкете пациента*

Переменные	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Санитарные условия палаты	<b>0,69</b>	0,08	0,37
Возможность личной гигиены	<b>0,63</b>	0,13	0,20
Качество питания	0,40	-0,33	0,28
Уровень технического оснащения больницы	0,42	-0,06	-0,04
Частота получения платных услуг в больнице	-0,24	-0,07	0,51
Мнение о том, что платные услуги качественнее бесплатных	-0,29	0,58	0,48
Мнение о том, что уровень лекарственного обеспечения больницы невысок	-0,07	-0,50	0,43

Информированность пациента врачом о заболевании	0,24	0,13	-0,15
Информированность пациента о побочных эффектах лечения	0,24	0,21	0,27
Оценка качества диагностической работы врача	<b>0,67</b>	-0,31	-0,51
Оценка квалификации врачей больницы	<b>0,68</b>	-0,16	-0,04
Оценка квалификации медсестер	0,03	0,18	0,40
Соблюдение врачом конфиденциальности	0,23	-0,45	0,53
Качество взаимоотношений с врачом	<b>0,78</b>	-0,31	-0,12
Эмоциональная поддержка врача	<b>0,54</b>	-0,54	0,03
Взаимоотношения со средним медперсоналом	0,41	0,03	<b>0,73</b>
Субъективная оценка качества помощи	<b>0,57</b>	0,54	-0,05
Скорость улучшения самочувствия	<b>0,56</b>	0,55	-0,28
Информированность пациента о сроках выздоровления	0,21	<b>0,85</b>	0,17
Оценка качества помощи в больнице	<b>0,70</b>	0,26	-0,09

Первый параметр представлен такими переменными, как санитарные условия палаты ( $r = 0,77$ ), уровень технического оснащения больницы ( $r = 0,60$ ), осведомленность врача о нормативных сроках госпитализации пациента ( $r = 0,60$ ), уровень технического оснащения больницы ( $r = 0,60$ ), возможность соблюдения пациентами правил личной гигиены и качество питания в больнице ( $r = 0,57$ ), удовлетворенность врача качеством знаний, полученных в ВУЗе ( $r = 0,54$ ) и оценка уровня лекарственного обеспечения больницы ( $r = 0,50$ ). Описанный параметр можно обобщить как возможность материально-техническое оснащение больницы.

Второй фактор включил в себя такие характеристики, как качество взаимоотношений врач-пациент ( $r = 0,65$ ), информированность пациента о возможных побочных эффектах лечения ( $r = 0,59$ ), а также оценку профессионализма медицинских сестер ( $r = 0,62$ ). Таким образом, информированность пациента о возможном нежелательном действии

назначенных лекарств и процедур – с одной стороны и качество работы среднего медперсонала – с другой, определяют прочность терапевтического альянса врача и пациента. Данный фактор может быть обозначен как качество взаимоотношений медицинского персонала и пациента. В нашей модели этот параметр обозначен как кадровые ресурсы.

*Таблица 3.12 Факторный анализ по анкете пациента*

Переменные	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Санитарные условия палаты	<b>-0,77</b>	-0,32	0,07
Возможность личной гигиены пациента	<b>-0,57</b>	0,43	-0,47
Качество питания в больнице	<b>-0,57</b>	-0,03	<b>0,61</b>
Уровень технического оснащения больницы	<b>-0,60</b>	0,01	-0,41
Предпочтение оказывать пациентам платные услуги	0,48	<b>0,49</b>	-0,49
Оценка уровня лекарственного обеспечения больницы	<b>-0,50</b>	0,38	-0,27
Информирование пациента о болезни	-0,17	-0,43	0,06
Информирование пациента о побочных эффектах лечения	0,29	<b>0,59</b>	0,46
Оценка качества диагностической работы в больницы	-0,29	0,45	-0,28
Оценка профессионализма медсестер	-0,22	<b>0,62</b>	0,38
Удовлетворенность качеством знаний, полученных в ВУЗе	<b>-0,54</b>	0,15	0,13
Осведомленность о нормативах длительности госпитализации	<b>-0,60</b>	-0,43	-0,24
Качество взаимоотношений с пациентом	0,01	<b>-0,65</b>	-0,04
Оказание эмоциональной поддержки пациенту	-0,48	0,42	0,21
Оценка качества медицинской помощи, оказываемой в больнице	-0,14	-0,01	<b>0,67</b>

Таким образом, результаты проведенного факторного анализа по методу главных компонент с нормализованным варимакс-вращением позволяет

выявить показатели определяющие качество медицинской помощи с позиции врача и пациента:

- ведущими факторами, непосредственно влияющими на целостную оценку качества медицинской помощи пациентов соматического стационара, являются качество взаимоотношений между врачом и пациентом и соблюдение «принципа бесплатности» оказываемой помощи. Санитарно-бытовые условия стационара оказывают опосредованное влияние на оценку качества помощи, позитивно или негативно сказываясь на отношениях с лечащим врачом.
- возможность врача реализовать на практике «золотые стандарты» диагностики и лечения заболеваний и выполнение пациентом врачебных рекомендаций являются ведущими факторами, определяющими оценку врачом качества оказываемой им помощи.

### **3.4 Разработка модели расчета коэффициента оценки качества медицинской помощи по технологии SWOT**

Осуществление SWOT-анализа ЛПУ может позволить определить коэффициент качества медицинской помощи. Для начала опишем разработанную модель определения коэффициента качества медицинской помощи, применяя технологию SWOT-анализа.

На первом этапе необходимо отобрать оцениваемые переменные. Переменные необходимо разбить на группы. Проводим факторный анализ, в результате которого все переменные объединяются в два фактора. Применяя знания в этой области, предположим, что 1-ый фактор – это «необходимые условия», 2-ой - «достаточные условия». В классическом SWOT-анализе, как уже было описано ранее, используются 4 фактора (силы, слабости, возможности и угрозы). Причем, первая пара факторов оценивает внутреннюю среду организации, вторая – внешнюю. В данном исследовании исходим из того, что «силы» и «слабости» формируют «необходимые условия», а «возможности» и «угрозы» – «достаточные условия».

Таким образом, мы получаем 2 фактора «необходимые условия» и «достаточные условия». Теперь необходимо оценить, что является сильными и слабыми сторонами в рамках каждого фактора. Осуществляется это с помощью данных исследования. В нашем случае, оценка сильных и слабых сторон будет осуществляться с позиции врача и пациента.

Таблица 3.13 Технология SWOT- анализа

<b>S</b>	<b>W</b>
Н2, Н17, Н1, Н22, Н29, Н6, Н4, Н15	Н8, Н9, Н20, Н26, Н13, Н11, Н3
<b>O</b>	<b>T</b>
Д5, Д7, Д10, Д12, Д14, Д16, Д18	Д19, Д21, Д23, Д24, Д25, Д27, Д28, Д30

Таким образом, мы получили информацию о том, что является сильными, а что слабыми сторонами работы учреждения. Для завершения применяемого метода анализа качества функционирования учреждения произведем расчет коэффициента качества медицинской помощи. Для этого следует рассчитать каждый из факторов SWOT:

$$S = \sqrt{H2^2 + H17^2 + H1^2 + H22^2 + H29^2 + H6^2 + H4^2 + H15^2}$$

$$W = \sqrt{H8^2 + H9^2 + H20^2 + H26^2 + H13^2 + H11^2 + H3^2}$$

$$O = \sqrt{D5^2 + D7^2 + D10^2 + D12^2 + D14^2 + D16^2 + D18^2},$$

$$T = \sqrt{D19^2 + D21^2 + D23^2 + D24^2 + D25^2 + D27^2 + D28^2 + D30^2}.$$

Коэффициент качества рассчитывается путем вычитания из сильных сторон и возможностей слабостей и угроз.

$$K.K. = SO - WT$$

Таким образом, получаем модель расчета коэффициента качества медицинской помощи ЛПУ, используя технологию SWOT. Применим данную модель расчета коэффициента качества медицинской помощи, используя данные нашего исследования.

Как было описано ранее, оценка качества медицинской помощи в стационаре проводилась по следующим переменным:

1. Санитарно-бытовые условия палаты
2. Условия для выполнения гигиенических процедур
3. Качество питания
4. Уровень технического оснащения
5. Уровень лекарственного обеспечения
6. Консультация врача об особенностях заболевания, возможные причины его возникновения и прогнозе
7. Консультация врача о возможных побочных эффектах назначенных лекарств и лечебных процедур
8. Качество диагностической работы врача
9. Сохранение врачебной тайны
10. Профессионализм медицинских сестер
11. Бесплатность медицинской помощи
12. Различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг
13. Взаимоотношения пациента с врачом
14. Эмоциональная поддержка пациентов со стороны врача
15. Взаимоотношения пациента с медицинскими сестрами
16. Определение приблизительных сроков выздоровления
17. Улучшение самочувствия в больнице
18. Сроки улучшения самочувствия в больнице
19. Качество медицинской помощи в целом

По итогам анализа переменных становится возможным выявить их принадлежность к двум группам факторов «Необходимые условия» и «Достаточные условия». Вносим количественные значения, полученные по итогам исследования. Для удобства расчета необходимо сохранить порядковые номера переменных согласно представленному перечню (таблица 3.14).

Таблица 3.14 Определение принадлежности переменных к факторам S, W, O, T

«Необходимость» силы, слабости	пациенты	врачи	«Достаточность» возможности, угрозы	пациенты	врачи
1. Санитарно-бытовые условия палаты	0,7	0,57	6. Консультация врача об особенностях заболевания, возможные причины его возникновения и прогнозе	0,79	0,87
2. Условия для выполнения гигиенических процедур	0,61	0,35	7. Консультация врача о возможных побочных эффектах назначенных лекарств и лечебных процедур	0,4	0,61
3. Качество питания	0,3	0	8. Качество диагностической работы врача	0,79	0,61
4. Уровень технического оснащения	0,16	0,13	9. Сохранение врачебной тайны	0,67	0,39
5. Уровень лекарственного обеспечения	0,21	0,9	10. Профессионализм медицинских сестер	0,7	0,52
11. Бесплатность медицинской помощи	0,55	0,26	12. Различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг	0,6	0,78
17. Улучшение самочувствия в больнице	0,55	-	13. Взаимоотношения пациента с врачом	0,53	0,91
18. Сроки улучшения самочувствия в больнице	0,3	-	14. Эмоциональная поддержка пациентов со стороны врача	0,89	0,87
19. Уровень медицинских процедур и медицинской помощи	0,72	0	15. Взаимоотношения пациента с медицинскими сестрами	0,79	0,65
			16. Определение приблизительных сроков выздоровления	0,26	0,52

Таблица 3.15 Определение факторов «НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ»

(силы/слабости) по анкете пациентов

Силы	Слабости
1. Санитарно-бытовые условия палаты 2. Условия для выполнения гигиенических процедур 11. Бесплатность медицинской помощи 17. Улучшение самочувствия в больнице 19. Уровень медицинских процедур и медицинской помощи	3. Качество питания 4. Уровень технического оснащения 5. Уровень лекарственного обеспечения 18. Сроки улучшения самочувствия в больнице

Результаты, представленные в таблице позволяют оценить сильные и слабые стороны, возможности и угрозы. Переменные, имеющие

количественное значение равное и выше 0,5 представляют силы и возможности, а переменные, значения которых ниже 0,5 – слабости и угрозы. Результативный анализ SWOT представлен в таблице 3.15.

*Таблица 3.16 Определение факторов «ДОСТАТОЧНЫЕ УСЛОВИЯ» (возможности/угрозы) по анкете пациентов*

Возможности	Угрозы
8. Качество диагностической работы врача 9. Сохранение врачебной тайны 10. Профессионализм медицинских сестер 12. Различия в качестве бесплатных платных медицинских услуг 13. Взаимоотношения пациента с врачом 14. Эмоциональная поддержка пациентов со стороны врача 15. Взаимоотношения пациента с медицинскими сестрами	7. Консультация врача о возможных побочных эффектах назначенных лекарств и лечебных процедур 16. Определение приблизительных сроков выздоровления

Рассчитаем коэффициент качества медицинской помощи, используя данные опроса пациентов. Назовем этот коэффициент к.к.1.

$$S(\text{силы}) = \sqrt{H1^2 + H2^2 + H11^2 + H17^2 + H19^2} = \sqrt{0,7^2 + 0,61^2 + 0,55^2 + 0,55^2 + 0,72^2} = \sqrt{0,49 + 0,4 + 0,3 + 0,3 + 0,5} = \sqrt{1,99} = \mathbf{1,4}$$

$$W(\text{слабости}) = \sqrt{H3^2 + H4^2 + H5^2 + H18^2} = \sqrt{0,3^2 + 0,16^2 + 0,21^2 + 0,3^2} = \sqrt{0,09 + 0,0256 + 0,0441 + 0,09} = \sqrt{0,2497} = \mathbf{0,5}$$

$$O(\text{возможности}) = \sqrt{D8^2 + D9^2 + D10^2 + D12^2 + D13^2 + D14^2 + D15^2} = \sqrt{0,79^2 + 0,79^2 + 0,67^2 + 0,7^2 + 0,6^2 + 0,53^2 + 0,89^2 + 0,79^2} = \sqrt{0,62 + 0,62 + 0,45 + 0,49 + 0,36 + 0,28 + 0,79 + 0,62} = \mathbf{2,06}$$

$$T(\text{угрозы}) = \sqrt{D7^2 + D16^2} = \sqrt{0,4^2 + 0,26^2} = \sqrt{0,16 + 0,068} = \mathbf{0,48}$$

$$K.k.1 = SO-WT = (1,4 * 2,06) - (0,5 * 0,48) = 2,88 - 0,24 = \mathbf{2,64}$$

Перейдем к расчету коэффициента качества медицинской помощи в стационаре по анкете врачей (к.к.2)

*Таблица 3.17 Определение факторов «НЕОБХОДИМОСТЬ» (силы/слабости) по анкете врачей*

Силы	Слабости
1. Санитарно-бытовые условия палаты 5. Уровень лекарственного обеспечения	2. Условия для выполнения гигиенических процедур 3. Качество питания 4. Уровень технического оснащения 19. Уровень медицинских процедур медицинской помощи

Таблица 3.18 Определение факторов «ДОСТАТОЧНОСТЬ»  
(возможности/угрозы) по анкете врачей

Возможности	Угрозы
10. Профессионализм медицинских сестер 12. Различия в качестве бесплатных и платных медицинских услуг 13. Взаимоотношения пациента с врачом 14. Эмоциональная поддержка пациентов со стороны врача 15. Взаимоотношения пациента с медицинскими сестрами 16. Определение приблизительных сроков выздоровления 6. Консультация врача об особенностях заболевания, возможные причины его возникновения и прогнозе 7. Консультация врача о возможных побочных эффектах назначенных лекарств и лечебных процедур 1. 8. Качество диагностической работы врача	9. Сохранение врачебной тайны

$$S(\text{силы}) = \sqrt{H1^2 + H5^2} = \sqrt{0,57^2 + 0,9^2} = 0,325 + 0,81 = \mathbf{1,07}$$

$$W(\text{слабости}) = \sqrt{H2^2 + H3^2 + H4^2 + H19^2} = \sqrt{0,35^2 + 0^2 + 0,13^2 + 0,26^2 + 0^2} = 0,23 + 0,017 + 0,068 = \mathbf{0,56}$$

$$O(\text{возможности}) = \sqrt{D10^2 + D11^2 + D12^2 + D13^2 + D14^2 + D15^2 + D16^2 + D6^2 + D7^2 + D8^2} = \sqrt{0,87^2 + 0,61^2 + 0,61^2 + 0,52^2 + 0,78^2 + 0,91^2 + 0,87^2 + 0,65^2 + 0,52^2} = 0,757 + 0,372 + 0,372 + 0,27 + 0,608 + 0,828 + 0,757 + 0,426 + 0,27 = \mathbf{2,16}$$

$$T(\text{угрозы}) = \sqrt{D9^2} = \sqrt{0,39^2} = \mathbf{0,39}$$

$$K.k.2 = SO-WT = (1,07 * 2,16) - (0,56 * 0,36) = 2,31 - 0,2 = \mathbf{2,11}$$

Таким образом, проведенные расчеты позволяют выявить коэффициенты качества медицинской помощи с позиции субъектов и объектов медицинской помощи: К.к.1=2,64, К.к.2=2,11. Как видно, к.к.1>к.к.2, т.е. пациенты

оценивают качество медицинской помощи анализируемого ЛПУ выше, чем врачи. Заключительным этапом анализа результатов медико-социологического исследования является сопоставление мнений пациентов и врачей. Пациент и врач, являясь участниками лечебного процесса, принадлежат к разным медико-социальным, профессиональным группам. В соответствии с этим у каждой группы респондентов есть собственные, как объективные так и субъективные, критерии оценки деятельности стационара, сформировавшиеся под влиянием уровня образования, профессии, занимаемой должности, степени информированности, социального статуса и т. д. Это оказывает непосредственное влияние на восприятие основных характеристик процесса оказания медицинской помощи, уровня и качества предоставляемых медицинских услуг.

Коэффициент качества медицинской помощи по оценки врачей демонстрирует более критичные результаты. Являясь непосредственными участниками процесса оказания медицинской помощи, они, основываясь на собственном опыте, могут наиболее объективно судить о степени обеспеченности стационара кадровыми, материально-техническими ресурсами, оценить технологический уровень стационара. Можно предположить некоторую предвзятость врачей в оценке обеспеченности стационаров финансовыми ресурсами, что связано скорее с нереализованными ожиданиями относительно материального вознаграждения за вложенный труд.

Мнение пациентов о качестве медицинской помощи, технологическом уровне стационара более субъективно и зависит от многих факторов, связанных с конкретным случаем лечения в стационаре, самочувствием и самооценкой здоровья в момент опроса, тяжестью течения заболевания, личным опытом предыдущих контактов с системой здравоохранения, как положительных, так и отрицательных, а так же низким уровнем информированности.

Пациенты, оценивая свои взаимоотношения с врачами, руководствуются, прежде всего, своими впечатлениями, эмоциями. Поэтому очень важно, чтобы

врач умел расположить пациента к себе. От этого в конечном итоге зависит удовлетворенность пациентов медицинской помощью и исход лечения.

Полученные результаты медико-социологического исследования позволили оценить состояние качества медицинской помощи с позиции объектов и субъектов лечебно-диагностического и организационного процессов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значительные результаты, полученные в различных областях медицины по изучению оказания медицинской помощи, на фоне недостаточной социологической разработанности и отсутствия единых подходов к оценке ее качества свидетельствуют о необходимости более глубокого и всестороннего проведения медико-социологических исследований в этом направлении, с учетом богатого международного опыта и накопленного теоретического и эмпирического материала отечественных исследователей, данные которых окажутся незаменимыми в создании общей концепции качества в здравоохранении.

В ходе проведения диссертационного исследования была достигнута его основная цель: на основании теоретического изучения и исторического анализа была разработана методика комплексного социологического исследования качества медицинской помощи в ЛПУ, результаты которого позволили оценить медицинское обслуживание по критерию удовлетворенности врачей и пациентов.

Разработка и внедрение методики комплексного медико-социологического исследования и оценки медицинской и экономической эффективности деятельности медицинского учреждения в целом было основано на анкетных опросах двух социальных групп, представляющих участников взаимодействия в рамках медицинской организации: населения, медицинских работников. Для чего были разработаны две анкеты: для пациентов и врачей Клиники № 1 г. Волгограда. Помимо анкетного опроса, использовался метод системного анализа, описательная статистика, факторный анализ, SWOT-анализ и другие методы, позволившие сформировать целостную картину изучаемого объекта.

В ходе реализации концепции диссертационного исследования была разработана и апробирована комплексная методика социологического исследования оказания медицинской помощи в ЛПУ.

На основе данных полученных в ходе проведения социологического исследования об удовлетворенности КМП были сделаны следующие выводы:

- 1) при проведении комплексного социологического исследования необходимо применение не отдельных подходов к оценке оказания медицинской помощи, а синтеза имеющихся базовых, исторически обусловленных методик оценки и обеспечения качества (структурного, процессуального и результативного подходов);
- 2) рассматривая КМП с социологических позиций, следует говорить о необходимости изучения мнения субъектов и объектов системы, определения их удовлетворенности процессом и результатами оказания медицинской помощи. Таким образом, цель системы обеспечения качества оказываемой медицинской помощи – «развитие системы здравоохранения с позиций удовлетворения законных (обоснованных) требований всех участников системы». При этом обеспечение качества достигается применением принципов: «организации мониторинга, выбора адекватных методов оценки, непрерывного совершенствования системы обеспечения качества» (ВОЗ, 1991);
- 3) для оценки качества медицинской помощи необходимо не просто выявить переменные, оказывающие влияние на его изменение, а определить меру этой связи, и обнаружить основные факторы, лежащие в основе указанных изменений, что возможно с помощью факторного анализа;
- 4) эффективность применения метода SWOT-анализа в здравоохранении заключается, в первую очередь, в описании реальной ситуации организации, а так же характеризует влияние на нее внешней среды. Подобный анализ позволит выявить недостатки в управлении персоналом, в использовании ресурсов, в организационной, а так же определить сильные стороны и выявить потенциальные ресурсы ЛПУ;
- 5) самые критичные оценки КМП склонны давать врачи. Являясь непосредственными участниками процесса оказания медицинской помощи,

- они, основываясь на собственном опыте, могут наиболее объективно судить о степени обеспеченности стационара кадровыми, материально-техническими ресурсами, оценить технологический уровень стационара;
- б) мнение пациентов о качестве медицинской помощи, технологическом уровне стационара более субъективно и зависит от многих факторов, связанных с конкретным случаем лечения в стационаре, самочувствием и самооценкой здоровья в момент опроса, тяжестью течения заболевания, личным опытом предыдущих контактов с системой здравоохранения, как положительных так и отрицательных;
- 7) ведущими факторами, непосредственно влияющими на целостную оценку качества медицинской помощи пациентов соматического стационара, являются качество взаимоотношений между врачом и пациентом и соблюдение «принципа бесплатности» оказываемой помощи. Санитарно-бытовые условия стационара оказывают опосредованное влияние на оценку качества помощи, позитивно или негативно сказываясь на отношениях с лечащим врачом;
- 8) возможность врача реализовать на практике «золотые стандарты» диагностики и лечения заболеваний и выполнение пациентом врачебных рекомендаций являются ведущими факторами, определяющими оценку врачом качества оказываемой им помощи;

Таким образом, можно констатировать: применение методики SWOT-анализа позволило четко выделить показатели, характеризующие оказание медицинской помощи, собрать по ним полную информацию по данным опроса врачей и пациентов, провести их сравнительный анализ, проверить выдвинутые теории и гипотезы, оценив современное состояние КМП в ЛПУ перспективы медицинского обслуживания в системе здравоохранения РФ.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абашин Н.Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса) // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. - №5. – С. 31-33.
2. Алексеев Н.А. Роль многопрофильных больниц в системе оказания медицинской помощи населению крупного города // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. - №5. – С. 41-44.
3. 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.
4. Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи // Мед. вестник. – 2002. – №32. – С. 4-5.
5. Андреева О.В. Показатели эффективности и качества медицинского обслуживания населения // Здравоохранение РФ. – 2002. – №5. – С. 24-25.
6. Андреева О.В. Экономические методы управления и их влияние на качество медицинской помощи в ЛПУ // Экономика здравоохранения. – 2002. - №7. – С. 13-14.
7. Андреева О.В., Линденбрaten А.Л., Дубоделова Н.К., Соловьева Н.Б. Экономическое стимулирование как фактор повышения эффективности медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №4. – С. 25-29.
8. Архипов В.В. Пенюгина Е.Н., Стожаров В.В. Вопросы управления качеством стационарной медицинской помощи в «Концепции развития здравоохранения Санкт-Петербурга на 1997-2003 гг.». Посвящается 75-летию кафедры социальной медицины и организации здравоохранения СПбГМУ им. академика И.М. Павлова. Сб. науч. трудов. – СПб., 1998. – Вып. 3. – С. 72-74.
9. Аткина Н.А., Ханжина В.Л., Попов Е.В. // Менеджмент в России и за рубежом.

– 2003. – №2

10. Баринов В.А., Харченко В.Л. Стратегический менеджмент: Учебник. - М.: ИНФРА-М, 2006.
11. 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.
12. Богомолова Елена Владимировна. SWOT-анализ и управление торговой прибылью: диссертация... канд. экон. наук: 08.00.12 Москва, 2007.
13. Большой толковый социологический словарь (Collins). Т.1., Т.2. Пер. с англ. – М.: Вече, Аст, 1999. – 544 с. – 528 с.
14. Борисов А.И., Борисова А.А. О контроле качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. – 1999. – №3. – С. 34-37.
15. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении // Экономика здравоохранения. – 2002. – №11. – С. 5-6.
16. Венедиктов Д.Д. К вопросу повышения эффективности управления в системе здравоохранения // Советское здравоохранение. – 1972. - № 6. – С. 3-11.
17. Веснин В.Р. Стратегическое управление: Учебник. - М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004.
18. Виханский О.С. Стратегическое управление: Учебник для вузов. – М.: Гардарика, 2000.
19. Вишняков Н.И., Кочорова Л.В., Кураскуа А.А., Мчелидзе Т.Ш., Ткачук М.И. Анкетирование посетителей как метод оперативного контроля качества организации лечебного процесса // Проблемы соц. гигиены и история гигиены. – 1998. – № 1. – С. 48-50.
20. Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н., Петрова Н.Г. О некоторых актуальных социально-экономических и управленческих проблемах в реформировании здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 1998. – №4/5. – С. 15-17.
21. Воловец С.А. Экспертиза качества медицинской помощи в системе

- обязательного медицинского страхования // Качество медицинской помощи. – 2001. – №3. – С. 75-80.
- 22.Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2001. - №1. – С. 5-11.
- 23.Вялков А.И. Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи // Вестник ОМС. – 2001. – №3. – С. 3-8.
- 24.Галанова Г.И. Методологические основы системы обеспечения качества медицинской помощи населению. Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 268 с.
- 25.Гапоненко А.Л., Панкрухин А.П. Стратегическое управление: Учебник. - М.: Омега-Л, 2004.
- 26.Григорян В.А., Рытвинский С.С. Социологический анализ отношения медицинских работников к организационным формам управления областной специализированной больницей // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – М., 1997. – №1. – С. 81-84.
- 27.Гриненко А.Я., Тришин В.М. Изучение мнения пациентов об организации стационарной помощи в крупной агропромышленной области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №3. – С. 51-52.
- 28.Дой Д. Стратегический маркетинг. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.
- 29.Дремова Н.Б., Соломка С.В., Кучеренко Е.В., Солянина В.А., Литвинова Т.М., Жучкова Н.Г. Методические подходы к маркетинговым исследованиям медицинских услуг // Здравоохранение. – 2001. – №8. – С. 164.
- 30.Ермаков Б.А., Поздняков В.А. Экономические механизмы повышения эффективности использования коечного фонда в условиях дефицитного финансового обеспечения муниципального здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1999. - №5. – С. 37-39.

- 31.Ефименко С.А., Морозов П.Н. Историко-социологический анализ публикаций, посвященных медико-социологическим исследованиям в здравоохранении // Социология медицины. – 2004. - №1. – С. 26-31.
- 32.Железняк Е.С., Петрова Н.Г., Пенюгина Е.Н. Новые подходы к проведению социологических опросов о качестве медицинской помощи / Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и ист. мед. – 1999. – №4.– С. 11-14.
- 33.Жиляева Е.П. Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. - №3. – С. 13-19.
- 34.Закирова С.А. Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. - №1. – С. 23-27.
- 35.Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Лебедев А.А. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении: Учеб.-метод. пособие. – Кемерово, 1996.
36. Иберла К. Факторный анализ. – М.: “Статистика”, 1980.
37. Ивашева В.В., Сабанов В.И. Концептуальные подходы к проблеме обеспечения качества медицинской помощи // Здравоохранение и продолжительность жизни в России. – М.: Международный институт развития правовой экономики, 1996. – С. 74-78.
- 38.Избасарова Г.Р. Современные технологии в стационаре // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №3. – С. 40-41.
- 39.Какорина Е.П., Тен Г.У. Подходы к созданию информационной системы здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №2. – С. 18-20.
- 40.Калининская А.А. Динамика развития и анализ основных показателей работы стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в РФ и в отдельных ее территориях. – М., 1999. – 29 с.
- 41.Калью П.И. Современные проблемы управления здравоохранением. – М.: Медицина, 1975. – 248 с.

42. Канеп В.В., Липовецкая Л.Л. Организация труда в учреждениях здравоохранения. – М.: Медицина, 1977. – 54 с.
43. Карпов В.Н., Ходакова О.В., Лучкина В.В. Качество медицинской помощи по данным опросов пациентов // Качество медицинской помощи. – 2002. – №3. – С. 86-89.
44. Качество медицинской помощи / Сост.: Г.П. Сквирская, В.Ф. Кузик; гл. ред.: Н.И. Полежаева. – М.: Издат. дом «Социальная защита», 1997. – 175 с.
45. Кича Д.И., Фомина А.В., Ликстанов М.И. Роль медико-социального маркетинга в оптимизации деятельности многопрофильного стационара // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №6. С. 20-23.
46. Ключинская П.И. Перспективы развития больниц: аналитический обзор // Главврач. – 1998. – №5. – С. 14-20.
47. Комаров Ю.М. Концептуальные основы оценки качества и эффективности в здравоохранении // Казан. мед. журн. – 1988. – №6. – С. 458-460.
48. Корецкий В.Л., Бедный В.Г., Проданчук Н.Г., Корецкий И.В. Оптимизация коечного фонда большого города // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №6. – С. 29-31.
49. Корюкин В.Г. Организация и оплата труда медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений при новом хозяйственном механизме в здравоохранении. Автореф. дис... канд. мед. наук. – М.: ВНИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н. А. Семашко, 1990. – 17 с.
50. Котова Г.Н., Нечаев Е.Н., Гучек П.А., Карасева Л.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – №4. – С. 22-26.
51. Круглый стол «ЭКО» Стратегический менеджмент: повторение забытого и открытие нового. // ЭКО. – 2001. – №11.

- 52.Кудрин В.С., Лейзерман В.Г. Оценка производственной деятельности и мотивация труда в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. - №1. – С. 18-21.
- 53.Кудрин К.А. Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе ОМС // Здравоохранение. – 1999. – №7. – С. 27-42.
- 54.Кузнецов В.С. О стратегической альтернативности. // Менеджмент в России и за рубежом. – 2002. – № 2.
- 55.Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Э.А. Нечаева, Е.Н. Жильцова. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.
- 56.Курашинов М.М. Состояние и развитие больничной помощи населению (по материалам медико-организационного исследования многопрофильной больницы г. Москвы). Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 209 с.
- 57.Кургин Е.А., Меламед Л.А., Гурдус В.О., Иванов А.И. Концепция повышения качества медицинской помощи. – М.: РОСНО, 1996. – С. 32, 57.
- 58.Курьянов А.К., Дмитриев В.И., Никольский А.В. Роль социологических исследований в деле совершенствования медицинского обслуживания населения / Семья и общество / Науч.-практ. конф. – М. – Ростов-на-Дону, 1984. – С. 148-149.
- 59.Кучеренко В.З., Галкин Е.Б. Предмет экономики здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 1996. - №1. – С. 5-9.
- 60.Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамшурина Н.Г. и др. Экономика здравоохранения. – М.: Фирма «АЙС», 1996. – 144 с.
- 61.Ланска Д.Дж., Харц А.Дж. Оценка качества медицинского обслуживания. См.: <http://www.medi.ru> (Периодика «Международный Медицинский Журнал » 1-2 / 1999).
- 62.Лебедев А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения в

- условиях рыночной экономики // Экономика здравоохранения. – 1997. - № 7. – С. 31-37.
63. Лебедев А.А., Лисицын Ю.П. Новые подходы в моделировании взаимоотношений различных субъектов здравоохранения в условиях рыночной экономики переходного периода (или о применении маркетинговой стратегии в реформировании здравоохранения) // Экономика здравоохранения. – 1996. - №5. – С. 5-14.
64. Лившиц С.А. Некоторые механизмы повышения эффективности функционирования лечебного учреждения в современных условиях // Экономика здравоохранения. – 2004. - №2. – С. 23-26.
65. Линденбратен А.Л. Методические основы и организационные технологии оценки качества и эффективности медицинской помощи. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 305 с.
66. Линденбратен А.Л., Гололобова Т.В., Рагозный А.Д. Экономические методы управления деятельностью ЛПУ: планирование ресурсов и мотивация персонала // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2003. - №2. – С. 21-22.
67. Лисанов А. Управление качеством медицинской помощи, оказываемой медсестрами // Сестринское дело. – 1998. – №2, №3. – С. 5-6, 5-7.
68. Лисицын Ю.П., Отдельнова К.А. К вопросу о показателях качества медицинской помощи // Здравоохранение РФ. – 1990. – № 11. – С. 3-9.
69. Литвиненко Л.П., Баландин Г.И., Поленчик Е.П. Новые формы организации и стимулирования труда в здравоохранении. – Барнаул: Алтайское кн. изд-во, 1989. – 120 с.
70. Люкшинов А.Н. Стратегический менеджмент: Учебное пособие для Вузов. — М., Юнити-дата, 2001.
71. Маркетинг медицинских услуг. Методические рекомендации. Подготовлены Толстовым С.Н., Карасевой Т.В., Ширстовым А.М. – Иваново, 1993. – 12 с.

72. Мартянов И.Н. Опыт дифференцированной оплаты труда в многопрофильном стационаре // Менеджер здравоохранения. – 2004. - №7. – С. 23-29.
73. Медико-социологические исследования в здравоохранении: Метод. указания / Под общ. рук. проф. М.С. Бедного. – М., 1983. – 67 с.
74. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: Пер. с англ. – М.: Дело, 2002.
75. Найговзина Н.Б., Ластовецкий А.Г. Качество медицинской помощи и ее экспертиза // Экономика здравоохранения. – 1998. – №1. – С. 7-14.
76. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
77. Носачев Г.Н. Общение с пациентом: Психология общения в системе "врач-пациент". – Самара: Перспектива, 2000. - 150 с.
78. Об отраслевой программе «Общая врачебная (семейная) практика». Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 1999 года №463.
79. Орлов В.Ф., Гиляревский С.В. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. – М., 1992.
80. Орлова Г.Г., Воскобой Э.В. Проблема качества в здравоохранении: реалии и перспективы // Управление качеством медицинской помощи в Рос. Федерации. – М., 1997. – С. 91-93.
81. Оценка качества и эффективности медицинской помощи. Методические материалы // НИИ СГЭ и УЗ им. Н.А. Семашко. – М., 1992.
82. Паниотто В.И. Качество социологической информации. – Киев, 1986. – С. 82.
83. Панченко Л.А. Система обеспечения качества медицинской помощи в условиях реформирования деятельности лечебно-профилактических учреждений // Бюл. науч.-исслед. ин-та соц. гиг., экономики и управления здравоохр. им. Н.А. Семашко. – М., 1996. – Вып. 3. – С. 66-71.
84. Парсонс Т. Система современных обществ. Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева / Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект-Пресс, 1997. – 270 с.

85. Парсонс Т. Функциональная теория изменения / Американская социологическая мысль. Тексты. – М., 1994. – С. 464-480.
86. Погорелов Я.Д., Нечаев В.С. Реформирование здравоохранения как основа обеспечения качества медицинской помощи // Бюл. науч.-исслед. ин-та соц. гиг., экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – 1996. – Вып. 3. – С. 29-32.
87. Поляков И.В., Уваров С.А., Водяненко И.М., Ланкин К.А. Маркетинг медицинских услуг в условиях медицинского страхования. Методическое пособие. – Самара: Слово, 1996. – 92 с.
88. Попов Г.А. Экономика и планирование здравоохранения. – М.: Изд-во МГУ, 1976.
89. Пригожий А.И. Социология организаций. М., 1980.
90. Приказ Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 4 декабря 2001 г. № 533 «Об обеспечении стационарных лечебно-профилактических учреждений лекарственными препаратами».
91. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ (Барселона, 17-19 мая 1983 г.). Пер. с англ. / Составитель отчета W. Jeesse. – М.: Медицина, 1991. – 27 с.
92. Проект обеспечения качества // Учебное руководство. Октябрь 19-23, 1998 г. Center for Human Services Bethesda, MD 2084. USA. – P. 1-9.
93. Проклова Т.Н. О роли планирования в деятельности системы здравоохранения // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 2003. – Выпуск 7. – С. 95-97.
94. Пустовой И.В. Конкретная экономика здравоохранения: Некоторые методики оценки экономической эффективности в здравоохранении. – М., 1994.
95. Рагозный А.Д., Гололобова Т.В., Дубоделова Н.К. Вопросы совершенствования управления деятельностью стационара // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 2003. – Выпуск 14. – С. 94-98.

96. Развитие экономических отношений в здравоохранении // Сб. науч. тр. / ВНИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко [Ред. колл.: В.П. Корчагин, В.Ю. Семенов]. - М.: ВНИИ СГЭ и УЗ, 1991. - 108 с.
97. Решетников А.В. Комплексное медико-социологическое исследование коллективных форм организации труда в многопрофильном стационаре. Автореф. дис...канд. мед. наук. - М., 1993. - 24 с.
98. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. - М.: Медицина, 2003. - 1048 с.
99. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. - М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2000. - 238 с.
100. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. - М.: Медицина, 2002. - 976 с.
101. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. - М.: Медицина, 2002. - 976 с.
102. Решетников А.В. Технология медико-социологического исследования в социальной сфере. - М.: ММА им. Сеченова, 2000. - 210 с.
103. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины // Экономика здравоохранения. - 2000. - №5/6. - С. 64-66.
104. Решетников А.В., Алексеева В.А., Ефименко С.А. и др. Экономика здравоохранения: Учебное пособие. - М.: Издательский дом «ГЕОТАР-МЕД», 2004. - 272 с.
105. Решетников А.В., Ефименко С.А. Медицинская помощь: контроль и качество / Управление в системе медицинского страхования в России. Региональные аспекты // Материалы международной конференции, Ярославль, 1999. - С. 205-210.
106. Решетников А.В., Шамшуринов В.И., Шамшурина Н.Г. Социология управления здравоохранением // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - №1. - С. 50-53.

- 107.Ройтман М.П., Семенов В.Ю. Улучшение медицинского обслуживания при тех же средствах // Всемирный форум здравоохранения. – 1991. - № 3-4. - С. 128-131.
- 108.Сабанов В.И., Ивашева В.В. Концептуальные подходы к проблеме обеспечения качества медицинской помощи // Бюл. науч.-исслед. ин-та соц. гиг., экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – М., 1996. – Вып. 3. – С. 17-22.
- 109.Самыгин С.И., Столяренко Л.Д. Менеджмент персонала. – Ростов-на-Дону, 1997.
- 110.Саркисян А.Г. Стратегическое развитие здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2001. - №7-8. – С. 30-33.
- 111.Светличная Т.Г. Оценка качества стационарной помощи по конечному результату // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 1999. - №3. – С. 34-36.
- 112.Сергеев А.В. Здравоохранение и экономика. – М.: Знание, 1975. – 64 с.
- 113.Симкина Е.С. Программа обеспечения качества в здравоохранении // Актуальные вопросы зарубежного здравоохранения и международное медицинское сотрудничество: Ред. докл. научн. конф. ЦИУВ. – М., 1992. – С. 6-264.
- 114.Скрипов В.А. О совершенствовании социального управления трудовым коллективом // Социологические исследования. – 1982. - № 2.
- 115.Слепенков И.М., Аверин Ю.П. Основы теории социального управления. – М., 1994.
- 116.Смелзер Н. Социология: пер. с англ. – М.: Феникс, 1998. – 688 с.
- 117.Стародубов В.И. // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения. – М., 2002. – С. 5-11.
- 118.Стародубов В.И., Лисицын Ю.П., Родионова В.Н. Вопросы управления медицинским учреждением в условиях введения медицинского страхования. – М., 1994.

119. Стратегическое планирование: Учебное пособие / Под ред. проф. А.Н. Петрова. СПб.: Знание, ГУЭФ, 2003.
120. Тарасов Ю.И., Голод М.С. Роль и место маркетинговых исследований мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. им. Н.А. Семашко. – 1992. – Тематический выпуск. – Ч. 3. – С. 116-118.
121. Татарников М.А. Реформы здравоохранения глазами медицинских работников // Социология медицины. – 2002. - № 1. – С. 48-50.
122. Татарников М.А. Роль социологических исследований в условиях реформирования здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). – 2002. - №4. – С. 69-74.
123. Тейлор Ф.У. Принципы научного менеджмента. – М.: Контроллинг, 1991. – 104 с.
124. Толстов С.Н., Карасева Т.В., Белов Е.В., Пиперов Е.В., Гмырин В.Г. Мнение медицинского персонала о проблемах качества медицинской помощи // Бюллетень НИИ им. Н.А. Семашко. – 1998. – №1. – С. 55-56.
125. Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации: Учебник для вузов. – М.: ИНФРА-М, 2000.
126. Федорова Ольга Владимировна. SWOT-анализ как инструмент стратегического менеджмента промышленных предприятий: диссертация ... кандидата экономических наук: 08.00.05 Москва, 2007.
127. Филимонов А.А., Васильцова Л.И. Организация здравоохранения: проблемы и решения. – Екатеринбург; Челябинск; Тюмень, 2002. – С. 85-92.
128. Филимонов А.А., Чернова Т.З., Васильцова Л.И. Оценка эффективности медицинской и экономической деятельности крупной больницы // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2002. - №3. – С. 41-44.
129. Харман Г. Современный факторный анализ. – М.: “Статистика”, 1972.

- 130.Цикина Л.В. Совершенствование контроля качества медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения крупного города. Дис... канд. мед. наук. – Уфа, 1997. – С. 180.
- 131.Чернова Т.В. Оценка качества медицинской помощи пациентами городских многопрофильных больниц // Здравоохранение РФ. – 1998. – №1. – С. 28-30.
- 132.Чернова Т.В., Колетова М.В., Бадаев Ф.И., Блохин А.Б., Ползик Е.В. Комплексная оценка эффективности в управлении многопрофильной больницей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №4. – С. 30-33.
- 133.Шрайэг Г. Тенденции и перспективы развития стратегического менеджмента. // Проблемы теории и практики управления. – 2000. - №5.
- 134.Aaron H. Economic aspects of the role of the government in the Health Care // Health, economics and Health economics / Eds.Van der J. Gaag & M. Periman. – Amsterdam: North-Holland, 1981.
- 135.Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S.L. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient // American psychologist. – 1994. – №49. – P. 15-24.
- 136.Cooper M. and Culyer A. J. Health Economics. – Harmondsworth: Penguin Books, 1973.
- 137.Cullis J., West P. The economics of Health: an introduction. – N. Y.: N. Y. Univ. Press, 1979.
- 138.Culyer A.J. A health economist on medical sociology: reflections by an unreconstructed reductionist // Soc. Sci. Med. – 1985c. – Vol. 20, № 10. – P. 1013-1021.
- 139.Freidson E. Dilemmas in the doctor-patient relationship. In C. Cox and A. Mead (eds.) A Sociology of Medical Practice. - London: Collier Macmillan, 1974.
- 140.Freidson E. Patient's Views of Medical Practice. – N. Y.: Russell Sage Foundation, 1961.

141. Gabe J., Calnan M., Bury M. *Sociology of the Health Service*. - London: Routledge, 1991.
142. McGuigan Michael A. *Quality management for poison centers* / *J. Toxicol. Clin. Toxicol.* – 1997. – Vol. 3. – C. 283-293.
143. Mechanic D. *Medical Sociology*. – N. Y.: Free Press., 1968.
144. Mechanic D. *The Sociology of Organizations*. In S. Feldman (eds.) *The Administration of Mental Health Services*. - Springfield, Ill.: Thomas. – 1973. - P. 138-66.
145. Parsons T. *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure* // *Patients, physicians and illness: a sourcebook in behavioral science and health* / Ed. E.G. Jaco. – 2-nd Ed. – New York: Free press, 1972. – P. 107-127.
146. Perlman M. *The Economics of health and medical care: Proc. of a Conf. held by the Intern. econ. assoc. at Tokyo*. – London: Macmillan press, 1999.
147. Rosenfeld L.G. *Quality of medical care in hospitals* // *Am. J. of public health*, 47. – 1957. – P. 856-865.
148. Rosenthal M.M., Frenkel M. *Health Care Systems and Their Patients*. - Boulder, C. O.: Westview Press, 1992.
149. Stoeckle J. et al. *On Going to See the Doctor: The Contributions of the Patient to the Decision to Seek Medical Aid* // *J. Chron. Dis.* – 1963. – Vol. 16. – P. 975-989.
150. Strong P.M. *Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism* // *Ibid.* – 1979. – Vol. 13 (A). – P. 199-215.
151. Svensson R. *The interplay between doctors and nurses - negotiated order perspective* // *Sociol. Hlth Illness*. - 1996. – Vol. 18, № 3. – P. 379-398.
152. [www.swot-analysis.ru](http://www.swot-analysis.ru)