
С РАБОЧЕГО СТОЛА СОЦИОЛОГА

FROM THE WORKING TABLE OF A SOCIOLOGIST

УДК 614.2:005.6:340.115.4(476.6)

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПРЕДМЕТ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ

М. Ю. СУРМАЧ¹⁾

¹⁾Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М. Горького, 80, 230009, г. Гродно, Беларусь

Выполнены анализ, обобщение и систематизация подходов к оценке качества медицинской помощи с учетом отечественного и зарубежного опыта. Охарактеризованы традиционно применяемые в Беларуси механизмы контроля качества деятельности в системе здравоохранения. Актуализированы изучение и оценка социальной эффективности, особое внимание уделено проработке методологии оценки удовлетворенности пациентов. Приведены примеры инновационного использования медико-социологических методов в контроле качества медицинской деятельности в практическом здравоохранении Гродненской области. Даны рекомендации по дальнейшему продвижению медико-социологического изучения качества медицинской помощи в целях гармонизации взаимоотношений в социальной системе медицины.

Ключевые слова: качество медицинской помощи; эффективность здравоохранения; удовлетворенность медицинской помощью; медико-социологическое изучение.

Образец цитирования:

Сурмач МЮ. Качество медицинской помощи как предмет медико-социологического изучения. *Журнал Белорусского государственного университета. Социология*. 2018;4:109–116.

For citation:

Surmach MY. Quality of medical services as a subject of medical-sociological study. *Journal of the Belarusian State University. Sociology*. 2018;4:109–116. Russian.

Автор:

Марина Юрьевна Сурмач – доктор медицинских наук, доцент; заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Author:

Marina Y. Surmach, doctor of science (medicine), docent; head of the department of public health and health services. marina_surmach@mail.ru
ORCID: 0000-0002-3653-8385

QUALITY OF MEDICAL SERVICES AS A SUBJECT OF MEDICAL-SOCIOLOGICAL STUDY

M. Y. SURMACH^a

^a*Hrodna State Medical University, 80 M. Horkaha Street, Hrodna 230009, Belarus*

The article analyzes, summarizes and systematizes approaches to assessing the quality of care, taking into account domestic and foreign experience. The traditionally applied mechanisms of quality control in Belarusian healthcare system are characterized. The study and evaluation of social effectiveness are actualized, special attention is paid to the development of methodology for assessing the satisfaction of patients. Examples of innovative use of medical-sociological methods in monitoring of quality of medical services in health care in Grodno region are given. Recommendations are elaborated for further promotion of medical-sociological study of quality of medical services with aim of harmonizing the relationships in the social system of medicine.

Key words: quality of medical services; effectiveness of health care; satisfaction of medical care; medical-sociological study.

Введение

Коммерциализация здравоохранения неизбежно обостряет противоречие между экономическим рационализмом и медицинским гуманизмом, решение которого заключается в гарантии медицинской помощи, дающей максимальный эффект при рациональных затратах. Потому столь актуальным представляется анализ качества медицинской помощи как многокомпонентного и динамичного понятия.

Цель работы – систематизировать подходы к изучению качества медицинской помощи с акцентом на его социальные аспекты, очертить перспективы применения медико-социологических методов в контроле качества деятельности в сфере здравоохранения.

Работа представляет собой аналитическое исследование, обобщение и систематизацию подходов к оценке качества медицинской помощи, на основе которого даны рекомендации по дальнейшему продвижению медико-социологического изучения реформирования отрасли в целях гармонизации взаимоотношений в социальной системе медицины. Особое внимание уделено методологии оценки удовлетворенности пациентов на основе принятых в России и предлагаемых за рубежом методик. Приведены примеры использования медико-социологических методов в контроле качества медицинской деятельности в здравоохранении Гродненской области.

Результаты и их обсуждение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет десять основных источников неадекватной эффективности медицинской помощи [1]. Среди них указываются факторы, связанные с лекарственным обеспечением, качеством медицинских услуг, чрезмерным использованием или поставками оборудования, низкой мотивацией медицинского персонала, растратами, коррупцией в системе здравоохранения. В Беларуси контроль качества медицинской помощи традиционно осуществляется с помощью комплекса механизмов, среди которых основными являются стандартизация, контроль показателей деятельности организаций здравоохранения, экспертная оценка качества [2]. По мнению экспертов ВОЗ, качественная медицинская помощь должна быть результативной (оказываемой на доказательной базе и обеспечивающей улучшение здоровья пациентов), эффективной (достигать максимального эффекта при рациональном использовании ресурсов), доступной (оказываемой своевременно, географически (территориально) обоснованно и осуществляемой в условиях, где профессиональные умения и ресурсы

соответствуют потребностям пациентов), «принимаемой», пациентоцентрированной (необходимо учитывать предпочтения и потребности пациентов и общества, его культурные нормы), равной (оказываемой одинаково качественно независимо от индивидуальных характеристик пациента) и безопасной [3].

Под *медицинским эффектом* следует понимать степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения. Качество медицинского эффекта включает структурное качество, качество процесса (технологии) и качество результата. *Структурное качество* медицинской помощи – составляющая, описывающая условия ее оказания. На первом уровне (медицинская организация в целом) его оценка проводится с учетом состояния ресурсов. На втором уровне (медицинский работник в отдельности) структурное качество представлено профессиональными качествами медицинского работника, а именно суммой его теоретических знаний, умений и навыков выполнения конкретных лечебно-диагностических манипуляций. *Качество технологии* – это

составляющая качества медицинской помощи, описывающая процесс ее оказания. Нарушения качества технологии медицинской помощи проявляются во врачебных ошибках. *Качество результата* – это составляющая, описывающая результат оказания медицинской помощи.

Социальный эффект характеризуется улучшением здоровья населения на групповом и общественном (популяционном) уровнях, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, а также удовлетворенностью пациентов. В большинстве стран СНГ причины, по которым население может быть не удовлетворено медицинской помощью, сходны: это невнимательное и (или) грубое отношение со стороны медицинского персонала; попытки вымогательства; некачественное питание; отсутствие медикаментов, эффекта от лечения; очереди; отсутствие необходимых специалистов, сервисных услуг и т. д. Как правило, указанные недостатки касаются медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно [4]. Отдельно необходимо рассматривать пациентов, получающих медицинскую помощь за плату [5]. Внимание этой группы привлекают уровень сервисного обслуживания, предлагаемый медицинской организацией, престиж организации, который складывается из квалификации персонала, времени пребывания на рынке медицинских услуг, круга обслуживаемых пациентов. Характерно, что при возникновении серьезных проблем со здоровьем у таких пациентов потребность в сервисе уступает место потребности в защите и качественной медицинской помощи.

Основой высокой социальной эффективности здравоохранения является гарантия доступности медицинской помощи. Оценку по данному критерию традиционно проводят с помощью показателей обеспеченности населения медицинским персоналом (соотношение «врачи – население», «средний медицинский персонал – население»), больничными койками, аптеками, количества вызовов скорой медицинской помощи и т. п. По этим показателям Республика Беларусь традиционно не уступает большинству стран мира и даже превосходит их. Однако территориальная и экономическая доступность не гарантируют полного охвата населения медицинской помощью. Во многих странах присутствуют нематериальные барьеры: гендерные стереотипы (как, например, запрет женщинам самостоятельно обращаться за медицинской помощью), культурные стереотипы (неодобрение западной биомедицинской модели с превалированием среди отдельных слоев населения народной медицины, предрассудки по отношению к некоторым заболеваниям), языковые барьеры, которые препятствуют эффективному функционированию здравоохранения.

Одним из важнейших показателей эффективности здравоохранения является количественный *общий экономический эффект*, полученный в народном хозяйстве в результате проведения тех или иных мероприятий, а также ожидаемый потенциальный эффект от внедрения разрабатываемых мер. Попытки представить общий показатель экономической эффективности всего здравоохранения в виде формулы, числитель которой выражал бы прирост национального дохода «за счет здравоохранения», а знаменатель – расходы на данную сферу, в принципе несостоятельны, так как здоровье населения зависит прежде всего от сложного комплекса социально-экономических условий и культурного развития, а затем уже – от уровня медицинской помощи [6; 7]. Для определения экономической эффективности здравоохранения используются ряд методик, среди которых важное место занимают методики расчета экономического эффекта от предотвращенного ущерба, сокращения периода временной нетрудоспособности работников предприятий народного хозяйства [8]. Для оценки эффективности медицинской услуги в практических целях применяется также методика расчета сравнительной эффективности (рациональности). Сравнительная эффективность определяется исходя из соотношения между количеством затраченных ресурсов и достижением желаемого результата. Медицинская деятельность (услуга) эффективна, если затраты на нее меньше стоимости осложнений, вызванных заболеванием или патологическим состоянием [9].

Наибольшую трудность в оценке качества медицинской помощи вызывает такой критерий, как удовлетворенность пациентов. Причины понятны: этот показатель субъективен, и на него влияют множество непрерывно меняющихся факторов. Современная тенденция к повышению конкуренции между организациями здравоохранения создает необходимость поиска каждым учреждением так называемого уникального торгового предложения (*unique sale proposal*) [10]. Для создания такого предложения необходимы уникальные подходы к разработке инструментария по оценке удовлетворенности потребителей медицинской помощью, полученной в конкретном учреждении, важно выявление специфичных факторов, влияющих на удовлетворенность потребителей медицинской помощью, – факторов имиджа организации. С начала 1980-х гг. такие факторы выявлялись и классифицировались: обращает внимание их разнообразие [11–14], а также то, что именно с этого времени принципиально начал применяться маркетинговый подход к медицинской помощи как к сфере услуг. Значимо также, что многие опросники для пациентов создаются на основе экспертных (разработанных профессионалами в сфере здравоохранения) оценок. Экспертные оценки, в свою оче-

редь, базируются на клинических характеристиках медицинской помощи и не обязательно совпадают с оценками пациентов. В то же время анализ факторов оценки качества медицинской помощи с позиции пациента показывает, что они в целом сводятся к медицинской и сервисной составляющим. При этом качество медицинской составляющей поддается стандартизации, а качество обслуживания – фактор субъективный, изменчивый, допускающий риск несогласованности ожиданий пациентов и позиции медицинских работников.

Применение подхода к оценке качества медицинской помощи по аналогии с маркетинговыми исследованиями в сфере услуг, здравоохранении наиболее часто происходит в рамках методики *SERVQUAL* (от англ. *service quality* – качество обслуживания). В 1985 г. А. Парасураман (*A. Parasuraman*) вместе с соавторами на основании 12 фокус-групп в четырех сферах обслуживания (банковское обслуживание, кредитные карты, брокерские операции и гарантийное обслуживание) выделил одинаковые общие критерии, используемые потребителями для оценки качества услуг. Исследователи определили качество услуг как интегральную оценку, вычисляемую на основе расхождений между ожиданиями и восприятием потребителей [15]. В 1988 г. А. Парасураман и соавторы разработали опросник *SERVQUAL*, включавший пять показателей: 1) материально-техническое обеспечение, помещение; 2) надежность; 3) реагирование персонала на запросы клиентов; 4) доверие со стороны клиента; 5) сочувствие со стороны персонала. С помощью данной методики измеряются ожидания потребителей и их восприятие реальной ситуации с последующим сравнением восприятия и ожиданий. Вопросы сгруппированы в блоки в соответствии с пятью детерминантами качества: осязаемостью, надежностью, отзывчивостью, уверенностью, эмпатией. Респонденты отвечают на вопросы с помощью семибалльной шкалы Лайкерта. По каждой из детерминант вычисляется соответствующий индекс как разность между воспринятым и ожидаемым уровнем качества услуги. С учетом приоритета детерминант для потребителей полученные значения усредняются, и это дает общий индекс *SQI* (*Service Quality Index*). Опросник *SERVQUAL* характеризуется высокой надежностью, конструктивной валидностью, стабильной (для разных сегментов услуг) значимостью пяти его компонентов, что позволяет использовать его в различных сферах услуг [16].

Исследователь В. Килборн (*W. Kilbourne*) показал, что следующие группы факторов *SERVQUAL* являются общими для разных сегментов медицинской помощи: 1) материально-техническое обеспечение; 2) реакция на запросы клиентов; 3) надежность и эмпатия [17]. В свою очередь, А. Дин

(*A. Dean*) обнаружил, что четыре из пяти групп факторов, учитываемых в *SERVQUAL*, являются одинаково важными в двух разных сегментах медицинской помощи – медицинском центре и центре матери и ребенка: это факторы доверия, материально-технического обеспечения, эмпатии, надежности и реакции на запросы клиентов [18].

Исследователи Р. Рейденбах (*R. Reidenbach*) и Б. Сандифер-Смоллвуд (*B. Sandifer-Smallwood*) модифицировали *SERVQUAL*, расширив его до 41 показателя качества медицинской помощи, которые разделили на десять групп факторов [19]. На основе *SERVQUAL* Р. Рамсаран-Фоудар (*R. Ramsaran-Fowdar*) создал новый опросник *PRIVHEALTHQUAL*, дополненный новыми факторами качества помощи, обнаруженными в 1990–2000-х гг. По результатам анализа наиболее высокая корреляция интегрального показателя обнаруживалась у характеристики «надежность», включавшей в себя нацеленность на проблемы конкретного пациента, квалификацию врача и готовность направить к другому специалисту в случае необходимости [20].

С учетом результатов исследования на основании значимости факторов для каждого сегмента рынка была создана математическая модель удовлетворенности. В сегменте неотложной помощи наибольшее влияние на удовлетворенность оказывал эмоциональный комфорт пациента [21]. В стационарном сегменте статистически значимую прямую связь с удовлетворенностью помощью обнаруживали четыре группы факторов: забота о пациенте и нацеленность на его личные потребности, быстрота ответа на возникающие потребности пациента, уютность, питание [22]. В амбулаторном сегменте лишь два фактора обнаруживали статистически значимую связь с удовлетворенностью помощью – отношение со стороны медицинского персонала и предоставление услуг вовремя. Выявляется также тенденция влияния на удовлетворенность пациентов еще двух факторов – немедицинского персонала и уютности [23].

Наряду с различными детерминантами качества, оцениваемыми посредством различных авторских и отчасти унифицированных методик изучения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, применяются и различные оценочные шкалы: от закрытых вопросов с дихотомическими шкалами до десятибалльных шкал и открытых вопросов. Так, в России, согласно Федеральному закону от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ, по принципу информационной открытости организован онлайн-мониторинг качества условий оказания услуг медицинскими организациями. На сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации любой потребитель услуг медицинского назначения имеет возможность выбрать организацию, в которой получал медицинскую помощь,

и заполнить опросник¹. Предназначенные для оценки качества опросники не имеют различий по отдельным организациям здравоохранения, однако разделены по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных, стационарных, санаторных условиях). Преимущественно использованы закрытые вопросы с дихотомическими шкалами. Открытые вопросы и вопросы с балльными шкалами отсутствуют. Вместе с тем анализ показывает, что удобство онлайн-заполнения и дальнейшей статистической обработки данных, являющееся преимуществом закрытых вопросов с дихотомическими шкалами, все же не может считаться основанием для исключения порядковых шкал и открытых вопросов.

К настоящему моменту накоплен большой объем данных о факторах и группах факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинскими услугами, однако не существует единого подхода к выделению их видов [24]. Исходя из этого, представляется невозможным создание универсального опросника, подходящего для изучения факторов удовлетворенности в любом медицинском учреждении. Оптимально включение в опросник ограниченного числа универсальных для данного сегмента помощи характеристик и нескольких вариативных характеристик, специфичных для узкого сегмента помощи или лечебного учреждения, с последующим формированием многофакторной модели удовлетворенности потребителей медицинской помощью. При создании опросника необходимо проведение фокус-групп или глубинных интервью с пациентами. После разработки опросника проводится его валидация в целях проверки соответствия инструмента поставленным задачам. В случае когда основная цель – выявление факторов, влияющих на удовлетворенность медицинскими услугами, а содержание опросника вариативно, наиболее важным методом валидации выступает определение внутренней валидности (согласованности) опросника.

Немедицинские (неклинические) аспекты деятельности системы здравоохранения в восприятии пациентами объединяют в самостоятельном понятии *отзывчивость системы здравоохранения*. ВОЗ определены восемь основных критериев оценки отзывчивости: достоинство, конфиденциальность,

выбор поставщика, коммуникабельность врача, надлежащие условия, оперативность, автономность, доступ к социальной поддержке (применим только к стационарным условиям); также указаны два дополнительных критерия: уважение и ориентация на пациента (клиента) [25–27]. Наиболее значимыми компонентами для россиян стали коммуникабельность, участие пациента в ходе лечения, конфиденциальность, надлежащие условия и уважение [28].

Перспективным является развитие и широкое практическое применение для оценки социальной эффективности деятельности в сфере здравоохранения методик измерения *связанного со здоровьем качества жизни*. В последние десятилетия обеспечение максимально высокого качества жизни становится главной целью лечения при хронических заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни. Эта цель является дополнительной при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, и единственной – для пациентов в инкурабельной стадии заболевания [29]. Качество жизни – это степень восприятия людьми того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются. Термин «качество жизни, связанное со здоровьем» впервые был предложен исследователями Капланом (*Kaplan*) и Бушем (*Bush*) в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты качества жизни, относящиеся к состоянию здоровья и заботе о нем, от широкой общей концепции качества жизни. Современная концепция качества жизни в медицине включает три основные составляющие: многомерность (качество жизни несет информацию о всех основных сферах жизнедеятельности человека), изменчивость во времени (качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния пациента, данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг и в случае необходимости проводить коррекцию лечения и реабилитации), участие индивидуума в оценке своего состояния (оценку качества жизни должен проводить сам пациент). Четыре критерия являются ключевыми в оценке связанного со здоровьем качества жизни: условия жизни, образ жизни, удовлетворенность ими и поведение по отношению к здоровью [30].

Социологические методы контроля качества деятельности в практическом здравоохранении Беларуси

Требования времени таковы, что подавляющее большинство учреждений здравоохранения вынуждены сертифицироваться на предмет соответствия деятельности европейским стандартам качества. В свою очередь, оценка удовлетворенности различных категорий потребителей является не-

отъемлемой частью систем менеджмента качества (маркетинговые исследования удовлетворенности). Без глубокой маркетинговой проработки невозможно формирование благоприятного имиджа организации [31]. Понимание этого факта прежде всего отразилось на тех организациях, которые вы-

¹См.: <https://www.rosminzdrav.ru/open/supervision/format>.

страдали собственные системы менеджмента качества. Так, например, служба менеджмента качества Гродненского государственного медицинского университета регулярно проводит опросы различных категорий потребителей. План маркетинговых исследований доступен на сайте университета², результаты анализа размещены во внутренней сети.

Очевидно, что опросный метод находит все более широкое применение как важный механизм контроля качества деятельности и в практическом здравоохранении. Так, например, для обоснования параметров контроля деятельности по профилактике острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) на базе Гродненской областной клинической больницы (ГОКБ) разработана методика, которая включает проведение опроса всех пациентов области с диагнозом «мозговой инсульт» в возрасте от 18 до 80 лет, находящихся в сознании [32; 33]. Опрос осуществляется посредством стандартизованного (согласно опросному листу, утвержденному приказом управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 25 ноября 2016 г. № 1088) интервью лечащим врачом накануне выписки пациента по месту его лечения. Заполненный врачом бланк опроса в электронной форме предоставляется в организационно-методический отдел ГОКБ для анализа и экспертной оценки качества. Несмотря на краткость поступающей от пациента информации (о посещении поликлиники до наступления ОНМК и обращении за медицинской помощью при возникновении симптомов ОНМК, об информированности в отношении ОНМК и роли в обучении

и информировании пациента поликлинической службы), ее достаточно, чтобы получить представление об эффективности работы поликлиник по профилактике инсультов. Анализ поступающих данных позволяет осуществлять мониторинг медико-социальных факторов риска, связанных с возможными неблагоприятными последствиями ОНМК у пациентов Гродненской области, а также оценивать социальную и медицинскую эффективность проводимых мероприятий в специализированных организациях здравоохранения.

Еще одним примером применения медико-социологического метода в контроле качества деятельности практического здравоохранения является организационный эксперимент, проведенный в КОГБ. В его основу была положена гипотеза, в соответствии с которой повышение эффективности контроля за показателем запущенности (выявления злокачественных новообразований в поздней стадии) на областном уровне, основанное на обратной связи с пациентом, будет способствовать улучшению качества организации профилактики новообразований в регионе. Очевидно, что случаи неверного определения причин запущенности редкие и ни в коей мере не относятся к системным. Однако каждый из них приводит к упущению пациентом и врачом времени, необходимого для эффективного лечения и реабилитации, сохранения качества жизни, а также к преждевременной смертности. Детальный анализ каждого подобного случая является низкозатратным методом, который помогает установить истинную причину запущенности и принять меры контроля [34].

Заключение

Информация, необходимая для эффективного управления качеством медицинской помощи, не может быть полной без возможности обратной связи системы с обществом – медико-социологического изучения таких аспектов качества, как удовлетворенность медицинской помощью, отзывчивость системы здравоохранения, связанное со здоровьем качество жизни. Рассмотренные примеры применения медико-социологических

методов в контроле качества деятельности в сфере здравоохранения Гродненской области не могут быть использованы как эталон для медико-социологического изучения и оценки качества медицинской помощи в целом. Тем не менее они ярко показывают, насколько востребовано с практической точки зрения в настоящем и будущем такое изучение, имеющее научную основу, глубокую предварительную проработку.

Библиографические ссылки

1. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010.
2. Положение о системе управления качеством медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2002;4:28–30.
3. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 2006 [cited 2018 May 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Горюшкин ИИ. Медицина, здоровье и общество: что есть хорошее медицинское обслуживание? (Системный подход). Актуальные проблемы современной науки. 2005;5:200–202.
5. Шейман ИМ. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. 2-е издание. Москва: Издательский дом ГУ ВШЭ; 2008.

²См.: http://www.grsmu.by/ru/university/about/quality-management-system/tek_dok.

6. Вялков АИ. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения. *Главврач*. 2005;3:25–33.
7. Шамшурина НГ. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении. Москва: МЦФЭР; 2005.
8. Назарова ИБ. *Здоровье занятого населения*. Москва: МАКС Пресс; 2007.
9. Сачек ММ, Филонюк ВА, Малахова ИВ, Дудина ТВ, Ёлкина АИ. Оценка эффективности научных разработок, ориентированных на практическое здравоохранение (обзор литературы). *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2013;1:13–32.
10. Цыганков БД, Малыгин ЯВ. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью (по данным иностранной литературы). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;4:18–22.
11. Лискович ВА, Снежицкий ВА, Богдан ЕЛ. *Клинический менеджмент*. Гродно: ГрГМУ; 2015.
12. Невский АС. *Социальный маркетинг и социальные заболевания*. Санкт-Петербург: ООО «Антей»; 2011.
13. Шамшурина НГ. Индикаторы общественной результативности управленческих решений в здравоохранении. *Сеченовский вестник*. 2012;2(8):51–54.
14. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with healthcare delivery? *Health Care Management Review*. 1994;19(4):49–55.
15. Parasuraman AA, Zeithaml VA, Berry LL. Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985;49(4):41–50. DOI: 10.1177/002224298504900403.
16. Parasuraman AA, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988;64(1):12–40.
17. Kilbourne WE, Duffy JA, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health care quality. *Journal of Services Marketing*. 2004;18(7):524–533. DOI: 10.1108/08876040410561857.
18. Dean AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health Marketing Quarterly*. 1999;16(3):1–15. DOI: 10.1300/j026v16n03_01.
19. Reidenbach RE, Sandifer-Smallwood B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*. 1990;10(4):47–55.
20. Ramsaran-Fowdar RR. The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(1):104–124. DOI: 10.1108/09526860810841192.
21. Liu SS, Dubinsky AJ. Consumers' perceptions of health care. *Health Marketing Quarterly*. 2000;17(4):1–20. DOI: 10.1300/j026v17n04_01.
22. Goldstein L, Farguhar MB, Crofton C. Measuring Hospital Care from the patients perspective: an overview of the CAHPS. *Health Services Research*. 2005;20(6 Part 2):1977–1995. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x.
23. Morrison M, Murphy T, Nalder C. Consumer preferences for general practitioner services. *Health Marketing Quarterly*. 2003;20(3):3–19. DOI: 10.1300/j026v20n03_02.
24. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perceptions of Care. *Health Services Research*. 2005;40(6 Part 2):1996–2017. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00475.x.
25. Оценка деятельности систем здравоохранения [Интернет]. 2012 [прочитано 15 мая 2018 г.]. Доступно по: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/160814/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century-RUS.pdf.
26. Пути, ведущие к оценкам деятельности систем здравоохранения. Практическое пособие и путеводитель по процессу разработки инструмента ОДСЗ на национальном и территориальном уровне [Интернет]. 2012 [прочитано 15 мая 2018 г.]. Доступно по: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/169413/e96512-RUS.pdf.
27. Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Berkshire: Open University Press; 2013.
28. Шульгина СВ. Отзывчивость системы здравоохранения и ее характеристики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(1):25–27.
29. Новик АА, Ионова ТИ. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. Санкт-Петербург: Издательский дом «Нева»; 2002. Совместно с «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир» (Москва).
30. Сурмач МЮ. Качество жизни, связанное со здоровьем, как предмет изучения социологии медицины. *Социология*. 2011;2:100–104.
31. Morgan G. *Images of Organization. Updated Revision*. London: Sage Publications; 2006.
32. Петельский ЮВ, Сурмач МЮ. Новые организационные подходы к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения в Гродненской области. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2017;2:37–47.
33. Петельский ЮВ, Сурмач МЮ. Медико-организационные технологии раннего вмешательства при острых нарушениях мозгового кровообращения в Гродненской области. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2017;3:43–50.
34. Сурмач МЮ, Петельский ЮВ. Оптимизация контроля онкологической запущенности как необходимое условие своевременной реабилитации пациентов. В: *Вопросы восстановительной и спортивной медицины. Сборник научных трудов 2-й Международной научно-практической конференции; 1–28 февраля 2018 г.; Москва, Россия*. Москва: Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы; 2018. с. 8–11.

References

1. *Finansirovanie sistem zdravookhraneniya: put' k vseobshchemu okhvatu naseleniya mediko-sanitarnoi pomoshch'yu* [Financing of health systems: way to universal coverage of population with health care]. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2010. Russian.
2. [Regulation on the quality management system of medical care for the population in the medical and preventive institutions of the Republic of Belarus]. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya*. 2002;4:28–30. Russian.

3. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 2006 [cited 2018 May 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Goryushkin II. [Medicine, health and society: what is good medical care? (Systems approach)]. *Aktual'nye problemy sovremennoi nauki*. 2005;5:200–202. Russian.
5. Sheiman IM. *Teoriya i praktika rynochnykh otnoshenii v zdavookhraneni* [Theory and practice of market relations in health care]. 2nd edition. Moscow: Higher School of Economics; 2008. Russian.
6. Vyalkov AI. [Evaluation of the effectiveness of health institutions]. *Glavvrach*. 2005;3:25–33. Russian.
7. Shamshurina NG. *Pokazateli sotsial'no-ekonomicheskoi effektivnosti v zdavookhraneni* [Indicators of socio-economic efficiency in health care]. Moscow: MTsFER; 2005. Russian.
8. Nazarova IB. *Zdorov'e zanyatogo naseleniya* [Health of the employed population]. Moscow: MAKSPress; 2007. Russian.
9. Sachek MM, Filonyuk VA, Malakhova IV, Dudina TV, Yolkina AI. Efficiency assessment of practical health care-oriented research developments (literature review). *Problems of Public Health Organization and Information*. 2013;1:13–32. Russian.
10. Tsygankov BD, Malygin YV. The approaches to investigation of factors impacting satisfaction of patients with medical care (according international publications' data). *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;4:18–22. Russian.
11. Liskovich VA, Snezhitskii VA, Bogdan EL. *Klinicheskii menedzhment* [Clinical Management]. Hrodna: Hrodna State Medical University; 2015. Russian.
12. Nevskii AS. *Sotsial'nyi marketing i sotsial'nye zabolevaniya* [Social marketing and social diseases]. Saint Petersburg: LLC «Antei»; 2011. Russian.
13. Shamshurina NG. The indicators of social effectiveness of management decisions in healthcare. *Sechenovskii vestnik*. 2012;2(8):51–54. Russian.
14. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with healthcare delivery? *Health Care Management Review*. 1994;19(4):49–55.
15. Parasuraman AA, Zeithaml VA, Berry LL. Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985;49(4):41–50. DOI: 10.1177/002224298504900403.
16. Parasuraman AA, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988;64(1):12–40.
17. Kilbourne WE, Duffy JA, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health care quality. *Journal of Services Marketing*. 2004;18(7):524–533. DOI: 10.1108/08876040410561857.
18. Dean AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health Marketing Quarterly*. 1999;16(3):1–15. DOI: 10.1300/j026v16n03 01.
19. Reidenbach RE, Sandifer-Smallwood B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*. 1990;10(4):47–55.
20. Ramsaran-Fowdar RR. The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2008;21(1):104–124. DOI: 10.1108/09526860810841192.
21. Liu SS, Dubinsky AJ. Consumers' perceptions of health care. *Health Marketing Quarterly*. 2000;17(4):1–20. DOI: 10.1300/j026v17n04 01.
22. Goldstein L, Farguhar MB, Crofton C. Measuring Hospital Care from the patients perspective: an overview of the CAHPS. *Health Services Research*. 2005;20(6 Part 2):1977–1995. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x.
23. Morrison M, Murphy T, Nalder C. Consumer preferences for general practitioner services. *Health Marketing Quarterly*. 2003;20(3):3–19. DOI: 10.1300/j026v20n03 02.
24. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the Literature on Survey Instruments Used to Collect Data on Hospital Patients' Perceptions of Care. *Health Services Research*. 2005;40(6 Part 2):1996–2017. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00475.x.
25. The health system performance assessment: the multi-year process in the European Region [Internet]. 2012 [cited 2018 May 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/160814/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century-RUS.pdf. Russian.
26. Ways leading to assessments of health systems performance. A practical guide and guide to the development of a HSAT at the national and regional level [Internet]. 2012 [cited 2018 May 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/169413/e96512-RUS.pdf. Russian.
27. Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Berkshire: Open University Press; 2013.
28. Shul'gina SV. The responsiveness of health care system and its characteristics. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015;23(1):25–27. Russian.
29. Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide to the study of quality of life in medicine]. Saint Petersburg: Publishing House «Neva»; 2002. Co-edition by the «OLMA-Press Zvezdnyi mir» (Moscow).
30. Surmach MY. Quality of life related to health, as a subject of study of the sociology of medicine. *Sotsiologiya*. 2011;2:100–104. Russian.
31. Morgan G. *Images of Organization. Updated Revision*. London: Sage Publications; 2006.
32. Petel'skii YV, Surmach MY. New organizational approaches to the prevention of acute cerebrovascular disorders in the Grodno region. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya*. 2017;2:37–47. Russian.
33. Petel'skii YV, Surmach MY. Medical-organizational technologies for early intervention in acute cerebral circulatory disorders in the Grodno region. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya*. 2017;3:43–50. Russian.
34. Surmach MY, Petel'skii YV. [Optimization of oncological neglect control as a necessary condition for timely rehabilitation of patients]. In: *Voprosy vosstanovitel'noi i sportivnoi meditsiny. Sbornik nauchnykh trudov 2-i Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii; 1–28 fevralya 2018 g.; Moskva, Rossiya* [Issues of restorative and sports medicine. Proceedings of the 2nd International science conference; 2018 February 1–28; Moscow, Russia]. Moscow: Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of the Moscow City Health Department; 2018. p. 8–11. Russian.