

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*Демидчик Ю.Е., Калинина Т.В., Щавелева М.В., Мороз И.Н.,
Станкевич С.И., Шваб Л.В.*

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», г. Минск*

Рассмотрены 2 основных аспекта, характеризующих качество медицинской помощи: структурные факторы и процессуальные факторы. Оцениваются модели управления качеством в здравоохранении (профессиональная, бюрократическая и индустриальная), изучено мнение врачей о причинах, стимулирующих повышение качество оказания медицинской помощи пациентам. Сделан вывод о том, что усилия организаторов здравоохранения следует сосредоточить на совершенствовании технологических процессов оказания медицинской помощи и их ресурсного обеспечения.

Вопросы качества оказания медицинской помощи населению являются приоритетными для системы здравоохранения Республики Беларусь [1]. По данным современных исследований в области качества медицинской помощи, уровень распространенности ненадлежащего качества оказания медицинских услуг, имеющих неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется в разных странах от 3% (в Германии) до 20,5% (в России) от общего числа случаев оказания медицинских услуг [2, 3, 4]. В исследованиях, проводившихся в Великобритании, было показано, что в условиях стационара частота причинения вреда пациентам колеблется от 4% до 10% всех случаев госпитализации [5]. Анализ качества оказания медицинской помощи в Австралии свидетельствует, что частота причинения вреда пациентам в австралийских больницах находится на уровне 16,6% [6]. Согласно исследованиям, проведенным в Канаде, уровень распространенности ненадлежащего оказания медицинских услуг составил 9,1%, в США - 15,0% [7].

В настоящее время имеется несколько концептуальных подходов к обеспечению качества медицинской помощи. Одним из наиболее распространенных является подход А. Donabedian, предложившего три аспекта, характеризующих качество в системе здравоохранения [8]:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);
- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);

- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотнесение их с экономическими показателями).

Качество структуры обеспечивается грамотной организацией процесса управления качеством медицинской помощи. Наука управления процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением. Для организаторов здравоохранения качество – это результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения полученной помощью [9].

С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством: профессиональная, бюрократическая и индустриальная [10].

Профессиональная модель исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель управления качеством оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самим лечащим врачом.

Бюрократическая модель управления основана на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи. Данная модель управления используется в настоящее время в организациях здравоохранения республики. Внедрение бюрократической модели является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества оказания медицинской помощи. Однако в ее использовании не участвуют рядовые медицинские работники. Управлением качеством медицинской помощи при данной модели занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений.

Основой современной, индустриальной модели управления качеством, является модель У.Э. Деминга, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса [11].

В научной литературе, посвященной вопросам управления качеством медицинской помощи, значительное место занимают работы, касающиеся контроля качества со стороны администрации. Одним из ключевых методических подходов решения данной задачи является организация и проведение опросов среди врачей-специалистов и населения, позволяющих дать оценку качества оказания медицинской помощи.

Большинство опубликованных исследований свидетельствуют о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и

проведению социологических опросов среди населения. В Республике Беларусь анализ результатов социологических исследований проводился многими авторами [12-14]. Многочисленные исследования посвящены данной проблеме в работах российских ученых [15-20].

Вместе с тем, очевидно, что оценка данной проблемы населением носит исключительно субъективный характер и основана на восприятии пациентами этических и деонтологических аспектов работы врача.

Опросы врачей-специалистов по проблемам качества оказания медицинской помощи организуются реже, во всяком случае, их результаты реже публикуются на страницах современной научной литературы [21, 22].

Сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» было организовано и проведено исследование, целью которого явилось изучение мнения врачей-специалистов, работающих в организациях здравоохранения Республики Беларусь, о качестве оказания медицинской помощи населению.

В исследовании приняли участие 408 врачей-специалистов, в том числе 85 организаторов здравоохранения (20,8%), 68 заведующих отделениями (16,7%), 79 врачей-терапевтов (19,4%), 29 врачей-хирургов (7,1%), 9 врачей-акушеров-гинекологов (2,2%), 18 врачей-анестезиологов-реаниматологов (4,4%), 95 врачей-диагностов (22,5%) и 28 врачей других специальностей (6,9%). Среди врачей, включенных в исследование, было 276 женщин (67,6%) и 132 мужчины (32,4%). Средний возраст респондентов составил $43,04 \pm 1,00$ года. Стаж работы врачей, принявших участие в исследовании, составил в среднем $19,79 \pm 1,00$ лет.

Среди причин, оказывающих наиболее существенное влияние на качество медицинской помощи, респонденты чаще всего указывали большую нагрузку врачей – 315 человек (77,2%), недостаточную обеспеченность лечебно-диагностической аппаратурой – 276 человек (67,7%) и неправильную постановку диагноза – 259 человек (63,48%). Наименее значимыми причинами недолжного оказания медицинской помощи опрошенные врачи считали нарушение исполнительской дисциплины и дефекты ведения медицинской документации. Эти причины указали 24 (5,9%) и 28 (6,9%) респондентов.

В исследовании были рассмотрены два основных аспекта, характеризующих качество медицинской помощи: качество структуры (структурные факторы) и качество процесса (процессуальные факторы).

Для оценки влияния качества структуры на оказание медицинской помощи в анкету были включены следующие вопросы: «Оцените уровень организации контроля качества медицинской помощи», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи квалификации врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи Вашей рабочей нагрузки», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи социальной защищенности врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи обеспеченности лечебно-диагностической

аппаратурой». По результатам анализа полученных ответов средняя оценка влияния качества структуры на качество оказания медицинской помощи населению составила $3,81 \pm 0,04$ балла. Результаты опроса врачей-специалистов по этой группе факторов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Анализ ответов врачей-специалистов
по оценке влияния качества структуры на оказание медицинской помощи

Критерии оценок	Оценки степени влияния										Средняя оценка
	Очень низкая		Низкая		Средняя		Высокая		Очень высокая		
	абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1. Уровень организации контроля качества медицинской помощи	1	0,25	25	6,13	187	45,83	161	39,46	34	8,33	$3,50 \pm 0,08$
2. Квалификация врача	5	1,23	8	1,96	68	16,67	247	60,54	80	19,61	$3,95 \pm 0,08$
3. Организация работы	5	1,23	14	3,43	78	19,12	227	55,64	84	20,59	$3,91 \pm 0,08$
4. Рабочая нагрузка	3	0,74	17	4,17	100	24,51	173	42,4	115	28,2	$3,93 \pm 0,08$
5. Социальная защищенность врачей	43	10,54	49	12,01	85	20,83	113	27,70	118	28,92	$3,52 \pm 0,12$
6. Обеспеченность лечебно-диагностическим оборудованием	6	1,47	28	6,86	71	17,40	139	34,07	164	40,20	$4,05 \pm 0,10$

Наиболее значимым структурным фактором, влияющим на качество оказания медицинской помощи, респонденты назвали обеспеченность лечебно-диагностическим оборудованием. Высокую и очень высокую оценку влиянию данного фактора дали 74,27% опрошенных врачей-специалистов, при этом средняя оценка значимости данного фактора составила $4,05 \pm 0,10$. Среди значимых «структурных» факторов, определяющих качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили также квалификацию врача, рабочую нагрузку врача и организацию работы учреждения здравоохранения. Средние оценки значимости этих факторов составили $3,95 \pm 0,08$, $3,93 \pm 0,08$ и $3,91 \pm 0,08$ балла соответственно. Организация контроля качества в учреждениях здравоохранения и социальная защищенность медицинских работников представлялись опрошенным врачам относительно несущественными из факторов, влияющих на качество медицинской помощи. Более половины опрошенных дали очень низкую, низкую и среднюю оценки значимости данных факторов, при этом средние оценки составили $3,50 \pm 0,08$ и $3,52 \pm 0,12$ балла соответственно.

В анкету были включены следующие вопросы, характеризующие влияние качества процесса на качество оказания медицинской помощи: «Оцените качество профилактики», «Оцените качество диагностики», «Оцените качество лечения», «Оцените качество медицинской реабилитации». Средняя оценка влияния качества процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, составила $3,34 \pm 0,04$ балла. Результаты опроса врачей-специалистов по этой группе факторов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Анализ ответов врачей-специалистов
по оценке влияния качества процесса на оказание медицинской помощи

Критерии оценок	Оценки степени влияния										Средняя оценка (балл)
	Очень низкая		Низкая		Средняя		Высокая		Очень высокая		
	абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1. Качество профилактики	28	6,86	82	20,10	182	44,61	90	22,06	26	6,37	$3,01 \pm 0,10$
2. Качество диагностики	3	0,74	22	5,39	157	38,48	185	45,34	41	10,05	$3,59 \pm 0,08$
3. Качество лечения	2	0,49	14	3,43	162	39,71	199	48,77	31	7,60	$3,60 \pm 0,06$
4. Качество медицинской реабилитации	12	2,94	74	18,14	176	43,14	118	28,29	28	6,86	$3,19 \pm 0,10$

Среди процессуальных факторов, существенно влияющих на качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили качество лечения и качество диагностики. Оценивая степень влияния данных факторов, врачи-специалисты, принимавшие участие в исследовании, поставили средние и высокие оценки в 88,48 и 83,82% соответственно. Средние оценки степени влияния лечения и диагностики на качество оказания медицинской помощи составили $3,60 \pm 0,06$ и $3,59 \pm 0,08$ балла соответственно (таблица 2).

В меньшей степени, по мнению врачей, на качество оказания медицинской помощи оказывают влияние профилактические мероприятия и медицинская реабилитация. Более четверти всех опрошенных дали низкую и очень низкую оценку влияния качества профилактических мероприятий на качество оказания медицинской помощи (26,96%). При этом средняя оценка степени влияния данного фактора составила $3,01 \pm 0,10$ балла.

Сравнительный анализ влияния структурных и процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, основанный на результатах анкетного опроса врачей-специалистов, свидетельствует о более значимом влиянии структурных факторов, определяющих организационно-техническое качество ресурсов, в том числе кадровых. Полученные данные позволяют утверждать, что средняя оценка

влияния структурных факторов на качество оказания медицинской помощи населению достоверно выше средней оценки влияния процессуальных факторов: $3,81 \pm 0,02$ и $3,34 \pm 0,02$ балла соответственно ($t=15,97$, $p<0,001$).

Нами также было проанализировано мнение врачей о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее значимой побудительной причиной оказания медицинской помощи на более качественном уровне является стремление врачей получить максимальное материальное поощрение за свой труд. Эту причину указал 271 респондент (66,42% опрошенных). Вторым по значимости фактором в ответах врачей было стремление к успешной профессиональной карьере. Так ответили 256 врачей-специалистов (62,75%). Почти половина врачей-специалистов, принимавших участие в исследовании, указали, что для них важно чувство вины перед пациентом и его родственниками в случае ненадлежащего качества оказания медицинской помощи. Этот ответ выбрал 201 человек (49,26%). 186 (45,59%) респондентов указали на то, что они повышают качество оказания медицинской помощи из стремления утвердить авторитет среди коллег. Менее всего врачей-специалистов побуждает повышать качество своей работы опасение административной ответственности и возбуждения судебных исков за ненадлежащее качество оказания медицинской помощи. Эти побудительные причины указали 44 (10,78%) и 63 (15,44%) врача.

Исследование позволило выявить некоторые особенности оценки побудительных мотивов повышения качества оказания медицинской помощи пациентам врачами разных специальностей (табл. 3). Так, стремление к успешной профессиональной карьере как причину более качественной работы указали 79,31% хирургов (23 человека), 69,12% заведующих отделениями (47 человек), 66,67% акушеров-гинекологов (6 человек). Минимальную заинтересованность в профессиональном карьерном росте продемонстрировали врачи-терапевты – 45,57% (36 человек).

Стремление утвердить авторитет среди коллег более всего способствует повышению качеству работы врачей-организаторов здравоохранения – 56,47% (48 человек) указали этот мотив. Самую низкую оценку авторитету среди коллег дали врачи-терапевты. Лишь 29,1% (23 человека) отметили данную причину как побудительный мотив улучшения качества работы.

Стремление хорошо работать для получения максимального материального поощрения чаще всех отмечали врачи-акушеры-гинекологи и врачи-хирурги. Эту позицию в анкете указали 88,89% (8 человек) и 86,21 (25 человек), соответственно. Менее всех материальную заинтересованность проявили опять-таки врачи-терапевты. Мнение о влиянии материального поощрения на повышение качества оказания медицинской помощи высказали 59,49% (47 человек) врачей-терапевтов.

Наиболее значимой причиной повышения качества своей работы врачи-терапевты указали чувство вины перед пациентом и его

родственниками. Данные специалисты отметили эту причину как наиболее существенную в 65,82% случаев (52 человека). Меньше всего нравственные проблемы, связанные с чувством вины за свою некачественную работу, испытывают врачи-хирурги: в 37,93% (11 человек).

Врачи-акушеры-гинекологи, согласно полученным результатам, не испытывают опасений по поводу возможной административной ответственности, а также по поводу возбуждения в отношении них судебных исков в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам. Не опасаются административной ответственности также врачи-хирурги. Лишь один респондент из числа врачей-хирургов указал, что причиной повышения качества оказания медицинской помощи для него является опасение возбуждения судебных исков. Более всех специалистов административной ответственности опасаются врачи-терапевты и врачи-анестезиологи-реаниматологи: 18,99% (15 человек) и 16,67% (3 человека), соответственно. Врачи-анестезиологи чаще других специалистов также отмечали опасение судебных исков как одну из существенных причин повышения качества своей работы – в 33,33% случаев (6 человек).

Таблица 3

Мнение врачей о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам (по специальностям)

Категория деятельности	N	Карьера		Авторитет		Матер. поощрение		Чувство вины		Опасение админ. ответств.		Опасение судебных исков	
		абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.
1. Руководитель	85	52	61,18	48	56,47	54	63,53	36	42,35	11	12,94	9	10,59
2. Зав. отделением	68	47	69,12	32	47,06	42	61,76	33	48,53	7	10,29	15	22,06
3. Терапевт	79	36	45,57	23	29,11	47	59,49	52	65,82	15	18,99	17	21,52
4. Хирург	29	23	79,31	16	55,17	25	86,21	11	37,93	0	0	1	3,45
5. Акушер-гинекол.	9	6	66,67	5	55,56	8	88,89	5	55,56	0	0	0	0
6. Анестез.-реаним.	18	11	61,11	6	33,33	12	66,67	8	44,44	3	16,67	6	33,33
7. Врач КЛД	29	18	62,07	14	48,28	17	58,62	16	55,17	1	3,45	4	13,79
8. Врач УЗИ, ФД	63	41	65,08	28	44,44	45	71,43	33	52,38	3	4,76	8	12,70
8. Другие специал.	28	22	78,57	14	50,00	19	67,86	7	25,00	4	14,29	2	7,14
9. Всего	408	256	62,75	186	45,59	271	66,42	201	49,26	44	10,78	63	15,44

Сравнительный анализ результатов опроса не позволил установить статистически значимые различия в мнении врачей-специалистов по вопросу об основных причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам, в зависимости от стажа их работы (табл. 4). Не выявлена также достоверная разница в ответах врачей, работающих в стационарах и в амбулаторно-поликлинических организациях (табл. 5).

Таблица 4.

Мнение врачей с различным стажем работы о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам

Стаж врача	N	Карьера		Авторитет		Матер. поощрение		Чувство вины		Опасение админ. ответств.		Опасение судебных исков	
		абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.
1. До 5 лет	31	18	58,06	12	38,71	15	48,39	16	51,61	7	22,58	6	19,35
2. От 5 до 15 лет	89	59	66,29±	33	37,08	67	75,28	34	38,2	8	8,99	12	13,48
3. 15 лет и более	288	179	62,15	141	48,96	187	64,93	148	51,39	29	10,07	44	15,28
4. Всего	408	256	62,75	186	45,59	269	65,93	198	48,53	44	10,78	62	15,19

Таблица 5.

Мнение врачей, работающих в различных организациях здравоохранения, о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам

Категория организации	N	Карьера		Авторитет		Матер. поощрение		Чувство вины		Опасение админ. ответств.		Опасение судебных исков	
		абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.	абс	на 100 опр.
Больница	172	109	63,37	76	44,19	114	66,28	84	48,81	18	10,47	23	13,37
Амбулаторно-поликлиническая	159	95	59,75	68	42,77	102	64,15	84	52,83	17	10,69	25	15,72
Другое	77	52	67,53	42	54,55	53	68,42	30	38,96	9	11,69	14	18,18
Всего	408	256	62,75	186	45,59	269	65,93	198	48,53	44	10,78	63	15,19

Полученные нами результаты позволяют утверждать, что среди причин, стимулирующих повышение качества работы врачей различных специальностей, преобладают структурные факторы. В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий медицинских работников и пациентов. Усилия организаторов здравоохранения должны быть сосредоточены не столько на контроле индивидуального выполнения работы каждым врачом, сколько на совершенствовании самих технологических процессов и их ресурсного обеспечения. Совершенствование процессов предполагает переход от поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения и предотвращение их в дальнейшем.

Литература

1. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 году и основных направлениях деятельности на 2010 год (доклад на итоговой коллегии Министерства здравоохранения 26 февраля 2010 г.) /В.И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2010, №1.-с.4-19.
2. Тимофеев, И.В. Современное состояние проблемы обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества /И.В.Тимофеев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2009. - №11.
3. Ерофеев, С.В. Медико-правовые оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики /С.В.Ерофеев// Медицинское право. – 2006. - № 1. – С.33-44.
4. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь / А.Г.Фоменко// Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2007. - №2.-С.23-30.
5. Brennan, T.A. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study /T.A.Brennan, L.L.Leaps, N.Laird [et al.] // New England Journal of Medicine. - 1991. - Vol. 324, №6. - P.370-377.
6. Wilson, R.M.The Quality in Australian Health Care Study / R.M.Wilson, W.B.Runciman, R.W. Gibberd et al. // Medical Journal of Australia. - 1995. -Vol. 163. -P.458-471.
7. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. - EU, September 2000.
8. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care /A. Donabedian // Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166–206.
9. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи /А.И. Вялков // Главный врач. – 2007.- №10.
10. Вялков, А.И. Управление качеством в здравоохранении /А.И. Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. - №3. – С. 3-10
11. Деминг, У.Э. Выход из кризиса/У.Э.Деминг.— Тверь: Альба, 1994. — 498 с.
12. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси /С.И.Антипова, С.В. Горячева //Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 54-56.
13. Калиновская, И.А. Совершенствование системы финансирования здравоохранения города Минска/ И.А.Калиновская, А.И.Лученок, О.Л Шумейко. — Минск, 2002.
14. Заборовская, И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи // Вопросы организации и информатизации здравоохранения / И.Г.Заборовская — 2003. — № 4. — С. 39—43.

15. Котова, Г.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи /Г.Н.Котова, Е.Н.Нечаева, П.А.Гучек, Л.Н.Карасева // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2001. — № 4. — С. 22—27 .

16. Максименко, Л.Л., Курьянов А.К. Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения / Л.Л.Максименко, А.К.Курьянов // Здоровоохранение Российской Федерации.— 2003. — № 1. — С. 20—22.

17. Петрова, Н.Г. [и др.] // Экономика здравоохранения. — 2003. — № 4. — С. 52—55.

18. Петрова, Н.Г., Железняк Б.С., Блохина С.А. Мнения пациентов, обратившихся в государственные и негосударственные лечебно-профилактические учреждения, о платных услугах в здравоохранении / Н.Г.Петрова, Б.С.Железняк, С.А.Блохина// Здоровоохранение Российской Федерации. — 2003. — № 3. — С. 20—23.

19. Гриненко, А.Я., Тришин В.М. Изучение мнения пациентов об организации стационарной помощи в крупной агропромышленной области / А.Я.Гриненко, В.М. Тришин //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 3. — С. 51—52.

20. Железняк, Е.С. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице /Е.С.Железняк [и др.] // Здоровоохранение Российской Федерации. — 1998. — № 5. — С. 39—41.

21. Гурочкина, Н.Ю. Критерии профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи больным дерматозами: дис. ... канд.мед. наук: 14.00.24 / Н.Ю.Гурочкина. - М., 2006.- 91 с.

22. Шильникова, Н.Ф. Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 /Н.Ф. Шильникова, - М., 2008.