

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Попова С.А., Тищенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Статья содержит обобщенные литературные данные о факторах, определяющих выбор медицинского обслуживания среди населения. Мы провели анализ следующих аспектов организации здравоохранения: отношение населения к потреблению медицинской помощи, динамика спроса на различные виды медицинской помощи, оценки качества, технологичности и экономической эффективности медицинской помощи. Анализ показал, что процессы социально-экономического реформирования системы здравоохранения определяют необходимость оптимизации спроса, предложения и потребления медицинских услуг, рационального использования имеющихся ресурсов и финансирования.

Ключевые слова: выбор медицинских услуг, доступность медицинской помощи, оценки качества оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день проблеме отношения населения к медицинским услугам уделено пристальное внимание, что подтверждается многочисленными исследованиями [2, 4, 7, 11, 12, 21, 26, 32, 33]. Специфика рынка медицинских услуг определяет возможность противоречия между действиями, направленными на повышение локальной и структурной эффективности. Локальная (внутренняя) эффективность характеризует результаты использования ресурсов в конкретной медицинской организации. Структурная эффективность характеризует результаты использования ресурсов в системе здравоохранения в целом [31].

Медицинская помощь не рассматривается в контексте конкуренции. Медицинская услуга же напротив обладает всеми необходимыми свойствами для участия в рыночном обмене. Её производят, рекламируют, продают, оплачивают и потребляют. В сфере оказания услуг происходит конкуренция, определяется и прогнозируется спрос. Качество услуг выявляется на основе оценок потребителей, их субъективного чувства удовлетворенности [1].

По мнению К. Аггюв, медицинское обслуживание имеет свою специфику и тем самым отличается от рынка других услуг. Специфика медицинских услуг, по К. Аггюв, заключается в следующем:

1. Со стороны потребителей медицинского сервиса отмечается высокий уровень неопределенности.

2. Всегда существует риск внезапного начала заболевания, что не позволяет потребителю заранее выбрать медицинские услуги.

3. Недостаточно высокое стремление поставщиков медицинского сервиса получать прибыль [34].

М. Pauly в качестве приоритетного фактора выбора медицинской услуги выделяет частоту обращения к определенному виду услуг, своеобразную «популярность» услуги. При этом ученым выделяется 3 группы услуг:

1. Услуги, приобретаемые сравнительно часто большинством людей. К ним относятся такие услуги, как педиатрическая помощь, акушерская помощь при нормальных родах (особенно после первого ребенка), рутинное лечение и профилактика кариеса эмали и дентина, выписывание рецептов на лекарства при общих и хронических заболеваниях, большинство медикаментов, отпускаемых без рецепта и стандартное лечение хроников.

2. Услуги, предлагаемые довольно часто типичным производителем услуг, которые, однако, используются обычным потребителем сравнительно редко, возможно – один раз в жизни. Это такие манипуля-

ции, как операции по поводу аппендицита и гистерэктомия матки, госпитализация в связи с острым нарушением функций желудочно-кишечного тракта или пневмонией и многими другими случаями заболеваний, вызывающих необходимость в госпитализации пациента.

3. Услуги, которые типичный производитель предлагает сравнительно редко и типичный потребитель использует столь же нечасто. Экспериментальные и необычные манипуляции, в том числе мероприятия, проводимые в серьезных экстренных случаях, требующих немедленного медицинского вмешательства [38].

Высокий уровень конкуренции на рынке медицинских услуг ставит потребителей в ситуацию сложного выбора. С одной стороны, исследования М. Rothschild, J. Stiglitz доказывают, что неблагоприятный отбор может привести к провалу конкуренции на рынке медицинских услуг. Иными словами, высокий уровень конкуренции на рынке медицинских услуг является неоптимальной структурой [39]. С другой стороны, исследования М. Gaynor, W. Vogt указывают на то, что монополия в сфере медицинского сервиса не способствует развитию и продвижению услуг медицинского характера [36]. Согласно М. Stano, рост конкуренции означает вход новых поставщиков на рынок, в результате чего занятость врача или медицинской организации в среднем сокращается, что создает стимулы для предписывания избыточных манипуляций или диагностики [41]. Сравнительный анализ позволяет нам прийти к выводу о двойственном влиянии конкуренции на рынок медицинских услуг.

Невозможно обратиться сразу ко всем покупателям медицинских услуг, так как они имеют разнообразные вкусы и различаются по стилю покупки, а также по уровню доходов. Отсюда вырисовывается направление специализированных сегментов рынка медицинских услуг. К тому же на некоторых субрынках могут быть удачно расположены конкуренты, которые окажутся для них наиболее привлекательными и совместимыми с их целями и ресурсами. При одинаковых медицинских нуждах разными могут быть потребности, ресурсы, географическое положение, уровень санитарной культуры, покупательское отношение, привычки. Любой из этих переменных можно воспользоваться в качестве основы для сегментирования рынка. В идеале лечебно-профилактическое учреждение (субъект врачебной практики) предпочитает быть единственным в своей нише, чем эта ниша уже, тем меньше конку-

рентов. Но при этом сужается и вероятность крупных и широких продаж медицинских услуг [7].

О.А. Васнецова подчеркивает, что разнообразие спроса на медицинские услуги (процедуры) в соответствии с потребностями пациентов (клиентов) разных социальных слоев, по существу, порождает разнообразие врачебных (медицинских) предложений, их форм и содержания. Объективное расслоение общества по степени благосостояния по всей видимости должно породить к жизни многообразие форм лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих медицинские услуги исключительно контингентам определенной социальной группы. Проще говоря, в определенном секторе рынка медицинских услуг конкурентоспособными будут лечебно-профилактические учреждения с относительно одинаковыми технологиями оказания медицинской помощи. Такое «расслоение» амбулаторий и больниц приведет к естественному разделению медицинских, в частности, врачебных кадров по профессионально-квалификационным признакам. Можно предположить, что положительная роль подобной дифференциации – в возникновении естественной конкуренции как между лечебно-профилактическими учреждениями, предоставляющими медицинские услуги в разных сегментах рынка, так и между специалистами этих учреждений, имеющими потенциальную возможность, в рамках профессионального роста, претендовать на работу в лечебном учреждении, обслуживающем более выгодный в экономическом плане сегмент рынка. При подобном подходе представляется возможным взглянуть на проблемы реструктуризации отрасли здравоохранения с позиций социального спроса на медицинские услуги и экономических характеристик его (спроса) удовлетворения [6].

Важным фактором выбора медицинского сервиса является качество предлагаемых медицинских услуг. Эксперты ВОЗ следующим образом определяют понятие качества медицинской помощи: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и др. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности в результате лечения должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты» [20].

А. Donabedian предлагает оценивать качество медицинского обслуживания по 3 основным параметрам: структуре, процессу и исходам. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе материальных ресурсов (например, приспособлений и оборудования), персонала (например, его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (например, методы возмещения расходов, система оценки работы врачей другими врачами). Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность

действий и преемственность. Исход описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, включая изменения в его сознании и поведении, удовлетворенность пациента врачебным и медсестринским обслуживанием, осложнения лечения, заболеваемость и смертность [17].

Основными параметрами качества медицинских услуг выступают следующие показатели:

- качества материально-технической базы ЛПУ и медицинского персонала;
- наличия медицинских технологий с доказанной эффективностью;
- наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;
- наличия оптимизированных организационных технологий;
- анализа соответствия полученных клинических результатов и произведенных затрат [11].

С точки зрения маркетинга, успех или неудача учреждений здравоохранения на медицинском рынке во многом зависят от самих хозяйствующих субъектов. Для обеспечения своего долговременного существования медицинская организация должна располагать обратной связью (информацией о неконтролируемых факторах, деятельности учреждения, эффективности маркетингового плана). В этих целях следует планомерно оценивать степень удовлетворенности пациентов, наблюдать за состоянием экономики, предугадывать возможную нехватку ресурсов, изучать независимые средства массовой информации и т.п. Ориентация на запросы потенциальных потребителей – главнейший аспект применения маркетинга как концепции управления медицинским учреждением в условиях рыночной экономики.

В качестве основного фактора, лежащего в основе реального выбора, можно выделить осведомленность потребителя о рынке медицинского сервиса. Потребители медицинских услуг плохо информированы. Система здравоохранения носит такой характер, что потребитель очень плохо осведомлен о медицинских услугах, которые он покупает, возможно, меньше, чем о любых других приобретаемых услугах. Иногда выбор конкретной медицинской помощи делают исключительно сами пациенты. Но в большинстве случаев решение принимается врачами: диагностика, лечение, прием лекарств, госпитализация, периодичность повторных посещений врача – все это в значительной мере происходит под контролем врача. Хотя потребитель может принимать участие в регулировании рынка, но его участие гораздо более ограничено, чем в практически любой другой области частной хозяйственной деятельности [14].

М. Pauly считает, что, отдавая предпочтение тому или иному медицинскому учреждению, потребитель руководствуется не только своим опытом, но и опытом родственников, друзей, знакомых. Если достаточное количество людей хорошо информированы, то остальные могут, соответственно, судить о качестве медицинских услуг по их цене, а, следовательно, у них нет необходимости быть хорошо информированными [38].

Одним из основополагающих факторов при выборе медицинского сервиса является стоимость оказания услуг. Следовательно, организации здравоохранения осуществляют контроль над деятельностью, что включает контроль над ценами, системой продвижения медицинских услуг, видами оказываемых медицинских услуг. Уровень доходов является одним

из наиболее существенных их признаков. Он позволяет выделить группы пациентов с низкими, средними и высокими доходами. Поскольку каждая категория располагает разными денежными средствами, это сказывается на возможности получения ими медицинских услуг. В результате цены на медицинские услуги позволяют определить, на какие группы пациентов они рассчитаны и ориентироваться в ценовом отношении на них при оказании тех или иных видов медицинских услуг. Немаловажное значение при выборе медицинского сервиса имеют географические признаки: величина района, плотность населения, численность населения, удаленность медицинского учреждения от центра города (транспорта), транспортная сеть района, где находится медицинское учреждение. При этом численность и плотность населения позволяют определить число потенциальных пациентов [19].

Для медицинских услуг применяются следующие цены:

- Монопольная цена устанавливается произвольно производителем (при стратегии высоких цен).

- Номинальная цена публикуется в прейскурантах, справочниках, биржевых котировках.

- Розничная цена – цена, по которой ведется продажа единичными экземплярами. Розничная цена основана на сумме издержек производства плюс прибыль производственных и сбытовых организаций, плюс налог с оборота.

- Рыночная цена – цена, по которой ведется купля-продажа на данном рынке. Рыночная цена практически равна розничной.

- Скользящая цена – устанавливается в зависимости от некоторых условий (нередко равняется рыночной на данную дату, связывается с курсом валют).

- Твердая цена – устанавливается в договоре купли-продажи, не подлежит изменению [32].

По мнению П.В. Прошина, спрос во взаимодействующих силах конкурентного рынка выполняет ведущую роль. Цена спроса задает мотив для формирования предложения. Под ценой спроса понимается такая предельная максимальная цена, которую пациенты готовы заплатить за медицинскую услугу. Выше ее рыночная цена подняться не может – у пациентов больше нет денег для оплаты. Со стороны производителей медицинских услуг исходят так называемые цены предложения. Имеются в виду такие предельные минимальные цены, по которым производители готовы оказывать медицинские услуги пациентам постольку, поскольку это окупит их затраты и принесет прибыль. Конфликт цены спроса и цены предложения – не экономический. Это конфликт социально-нравственный, профессиональный и даже клинический. Потребитель медицинской услуги манифестирует себя не как ее покупатель, а как человек страдающий, которому общество обязано оказать данную услугу, иначе оно его, этого конкретного человека, потеряет [26].

Н.Н. Пилипцевич говорит о том, что, несмотря на то, что большинство пациентов стационара считают стоимость платных услуг дороговатой, более четверти пользуются этими услугами. Однако при оказании платных услуг часто нарушаются правила их оказания – пациенты недостаточно полно информируются о платных услугах, крайне редко с ними заключается письменный договор, оплату пациенты, как правило, осуществляют «в карман» врачу без выдачи соответствующего документа. Несоблюдение правил предоставления платных услуг, незаконное

взимание денежных средств, завышение тарифов, недостаточная информированность граждан о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы госгарантий является одной из причин недовольства населения качеством медицинской помощи и часто приводит к жалобам населения [24].

Н.Ф. Кадыров говорит о важности платных услуг как дополнительного источника для поддержания материально-технической базы учреждений здравоохранения, повышения уровня оплаты труда медицинского персонала и улучшения возможностей оказания медицинской помощи населению. Одновременно признается, что оказание бюджетными учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг неизбежно порождает целый ряд проблем, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, с соблюдением финансовой дисциплины и т.д. Это предполагает необходимость совершенствования государственного регулирования порядка предоставления платных медицинских услуг [8].

Согласно исследованию Н.Ф. Кадырова, женщины по сравнению с мужчинами относятся к предоставлению платных медицинских услуг крайне положительно, что свидетельствует о том, что они являются наиболее частыми реальными или потенциальными клиентами данных учреждений в надежде если не исправить, то хотя бы приостановить какой-либо нежелательный процесс в организме [9].

Анализ, проведенный Е.В. Островской и В.А. Фетисовым, показал, что потребителями платных услуг чаще становятся жители в возрасте до 30-39 лет, с высоким уровнем образования и доходов, женщины, лица с хроническими заболеваниями. На сегодняшний день поликлиники являются основными учреждениями, предоставляющими населению услуги первичной медицинской помощи, в том числе платные. При обращении за платными амбулаторно-поликлиническими услугами в государственные или муниципальные учреждения каждый второй житель сталкивался с определенным «давлением» и «невозможностью выбора», что, по-видимому, свидетельствует о низкой доступности бесплатных амбулаторно-поликлинических услуг. Выявленные факты диктуют необходимость принятия мер по улучшению качества и стиля обслуживания, установлению стандартов контроля и ограничений при параллельном существовании частного и государственного секторов в практике оказания первичной помощи [21].

На выбор медицинских услуг в значимой степени влияет доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров [22]. Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях разных стран, регламентируется национальными нормативно-правовыми актами (НПА), определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевре-

менное получение медицинской помощи, уровне общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека [41].

Согласно исследованиям Н.В. Бондаренко, сохранение финансируемой государством системы бесплатного оказания медицинской помощи выступает общественным императивом. От этой системы население ожидает обеспечения равного доступа к медицинской помощи. Развитие платных форм медицинского обслуживания предстает как допустимое постольку, поскольку оно не будет угрожать принципу равенства возможностей получения бесплатного лечения [3].

А.Г. Фоменко указывает на то, что основная проблема, волнующая пациентов в настоящее время, – длительное ожидание консультаций специалистов, медицинских процедур и стационарного лечения, зачастую намного превышающее приемлемые сроки. В большинстве стран опроса (за исключением Германии и Швейцарии) в случаях, не требующих экстренной помощи, пациентам предлагают подождать дни, недели и месяцы до предоставления необходимых услуг. Большие нарекания и недовольство вызывает ожидание непосредственно у кабинета врача, длящееся иногда до нескольких часов [33].

Большое значение для потребителей имеет своевременность получения помощи. Главным считается своевременное получение помощи, адекватной потребности, и дающей наилучшие из возможных результатов для здоровья, при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета, и тем более являться причиной отказа от лечения [12]. По данным западных исследователей, фактор качественного первичного обслуживания объясняет 50% вариаций в госпитализациях, которые можно было бы избежать в случае предоставления своевременной амбулаторной помощи [37].

Особое значение при выборе медицинского сервиса играет первый контакт с учреждениями системы здравоохранения и врачами. Хотя формально проблемы первого контакта не входят в определение функционального предназначения медицинской помощи, тем не менее от того, насколько тяжело/легко попасть к врачу, насколько первое обращение будет продуктивным, зависит, практически, вся стратегия последующего лечения, будет ли она оптимальной или ошибочной, высоко- или низкочувствительной во временном и финансовом аспектах. В число переменных, описывающих первый контакт, включается возможность получения медицинской помощи в общевыходные дни и вечернее, ночное время, временные затраты на получение талона на первичный прием, время, затрачиваемое на ожидание приема [29].

Наличие постоянного врача является одним из важнейших факторов выбора медицинского сервиса, так как только достаточно длительное общение с пациентом дает возможность хорошего знания не только его заболеваний, но и личностных особенностей, возможностей семьи оказывать поддержку заболевшему. Можно сказать, что это важнейшая предпосылка для установления взаимопонимания между врачом и пациентом, формирования доверия к врачу, и выработки правильной стратегии лечения заболевания [30].

На выбор медицинских услуг значительно влияет корпоративная культура – единая система ценностей, норм и правил деятельности, которой должны придерживаться работники. Сюда входят требования к поведению сотрудников, их внешнему виду, необходимые официальность и вежливость в отношении подчиненных и пациентов [23]. По R.V Saltman, организационная культура задает некоторую систему координат, которая объясняет, почему организация функционирует именно таким, а не иным образом. Организационная культура позволяет в значительной мере сгладить проблему согласования индивидуальных целей с общей целью организации, формируя общее культурное пространство, включающее ценности, нормы и поведенческие модели, разделяемые всеми работниками [40].

Для каждой медицинской организации важно, чтобы те обещания клиентам о качестве, сервисе, надежности, удобстве своих услуг и пр., которые она провозглашает в своей рекламной кампании, соответствовали тому, что пациент реально получает. А это главным образом зависит от людей – от каждого конкретного сотрудника, работающего с ним, от тех ценностей, которых он придерживается в обслуживании пациентов, от понимания своей роли. Чтобы культура сервиса организации была на высоте, поведение всех сотрудников должно соответствовать провозглашенным корпоративным ценностям организации. Поскольку все люди изначально разные, с разными ценностями, с разными понятиями качества сервиса, понимания значения клиента, своей роли, то этим процессом нужно управлять [28].

Анализ зарубежного опыта [35, 36, 38, 39] свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно-обоснованного механизма, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств. За последние 10-15 лет в экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовая база и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины.

В конечном итоге системная стандартизация в сфере здравоохранения направлена на создание и совершенствование нормативного регулирования отрасли, обеспечивающего доступность и гарантию высокого качества медицинской помощи по следующим основным направлениям стандартизации:

- медицинские технологии;
- санитарно-гигиенические технологии;
- образовательные стандарты;
- организационные и управленческие технологии;
- информационные технологии;
- технологии, регламентирующие вопросы метрологии и медицинской техники [5].

Таким образом, выбор медицинского сервиса определяет совокупность следующих факторов: осведомленность потребителя о рынке медицинского сервиса, наличие опыта лечения в определенном медицинском учреждении у пациента или его знакомых, доступность медицинской помощи, нали-

чие комплексных, интегрированных и доступных медицинских услуг, своевременность получения помощи, успешный первый контакт с учреждением

Литература

1. Абашин, Н. Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи / Н. Н. Абашин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1998. – № 5. – С. 31-33.
2. Алиев, А. Ф. К вопросу об интегральном критерии общественного здоровья / А. Ф. Алиев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2001. – № 4. – С. 20-22.
3. Бондаренко, Н. В. Представления населения о равенстве доступа к медицинскому обслуживанию / Н. В. Бондаренко, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин // Вестник общественного мнения. – 2007. – № 6. – С. 36-44.
4. Боярский, А. П. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи / А. П. Боярский, Т. В. Чернова // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – № 7. – С. 5-7.
5. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
6. Васнецова, О.А. Введение в медицинский и фармацевтический маркетинг / О. А. Васнецова // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 3. – С. 23-26.
7. Голухов, Г. Н. Маркетинговое исследование рынка платных медицинских услуг / Г. Н. Голухов, Д. В. Рейхарт, Ю. В. Шиленко // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 4. – С. 42.
8. Кадыров, Ф. Н. О некоторых подходах к проблеме государственного регулирования предоставления платных медицинских услуг населению / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 8. – С. 50-55.
9. Кадыров, Ф. Н. Платные медицинские услуги / Ф. Н. Кадыров. – М.: Грантъ, 2000. – 380 с.
10. Капцов, В. А. Труд и здоровье медицинских работников как проблема медицины труда / В. А. Капцов // Медицинская помощь. – 2000. – № 2. – С. 30-32.
11. Котова, Г.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г. Н. Котова, Е. В. Нечаев, П. А. Гучек // Здравоохранение РФ. – 2001. – № 4. – С. 22-26.
12. Куприянова, В. И. Результаты изучения затрат личных средств граждан на стационарное лечение / В. И. Куприянова // Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р. Коха и И. И. Мечникова. – Новосибирск, 2010. – С. 52-54.
13. Кутумова, О. Ю. Социологический опрос как составляющая научного обоснования стратегий охраны здоровья населения региона / О. Ю. Кутумова // Вестник Межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири». – 2001. – № 2. – С. 16-17.
14. Кучеренко, В. З. Становление и развитие социальной медицины, организации и экономики здравоохранения в России / В. З. Кучеренко, В. В. Гришина. – М.: Владос, 2012. – 160 с.
15. Линдербретен, А. Л. Вопросы организации материального стимулирования в условиях добровольного выбора врача пациентом / А. Л. Линдербретен, А. Е. Третьяков, А. Г. Роговина, В. П. Голодненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С. 30-32.

ями системы здравоохранения и врачами, наличие постоянного врача, стоимость оказания услуг, наличие культуры в учреждениях здравоохранения.

Literatura

1. Abashin, N. N. Udovletvorennost' pacienta kak pokazatel' kachestva medicinskoj pomoshhi / N. N. Abashin // Problemy' social'noj gigieny' i istoriya mediciny'. – 1998. – № 5. – S. 31-33.
2. Aliev, A. F. K voprosu ob integral'nom kriterii obshhestvennogo zdorov'ya / A. F. Aliev // Problemy' social'noj gigieny', zdavooxraneniya i istoriya mediciny'. – 2001. – № 4. – S. 20-22.
3. Bondarenko, N. V. Predstavleniya naseleniya o ravenstve dostupa k medicinskomu obsluzhivaniyu / N. V. Bondarenko, M. D. Krasil'nikova, S. V. Shishkin // Vestnik obshhestvennogo mneniya. – 2007. – № 6. – S. 36-44.
4. Boyarskij, A. P. Obshhestvennoe mnenie o sostoyanii individual'nogo zdorov'ya i kachestve medicinskoj pomoshhi / A. P. Boyarskij, T. V. Chernova // Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii. – 1993. – № 7. – S. 5-7.
5. Vasil'eva, O. S. Psixologiya zdorov'ya cheloveka: e'talony', predstavleniya, ustanovki: uchebnoe posobie dlya studentov vy'sshix uchebny'x zavedenij / O. S. Vasil'eva, F. R. Filatov. – M.: Akademiya, 2001. – 352 s.
6. Vasnecova, O.A. Vvedenie v medicinskij i farmaceuticheskij marketing / O. A. Vasnecova // E'konomika zdavooxraneniya. – 1996. – № 3. – S. 23-26.
7. Goluxov, G. N. Marketingovoe issledovanie ry'nka platny'x medicinskix uslug / G. N. Goluxov, D. V. Rejxart, Yu. V. Shilenko // E'konomika zdavooxraneniya. – 1996. – № 4. – S. 42.
8. Kady'rov, F. N. O nekotory'x podxodax k probleme gosudarstvennogo regulirovaniya predostavleniya platny'x medicinskix uslug naseleniyu / N. F. Kady'rov // Menedzher zdavooxraneniya. – 2005. – № 8. – S. 50-55.
9. Kady'rov, F. N. Platny'e medicinskie uslugi / F. N. Kady'rov. – M.: Grant', 2000. – 380 s.
10. Kapcov, V. A. Trud i zdorov'e medicinskix rabotnikov kak problema mediciny' truda / V. A. Kapcov // Medicinskaya pomoshh'. – 2000. – № 2. – S. 30-32.
11. Kotova, G.N. Sociologicheskaya ocenka kachestva medicinskoj pomoshhi / G. N. Kotova, E. V. Nechaev, P. A. Guchek // Zdravooxranenie RF. – 2001. – № 4. – S. 22-26.
12. Kupriyanova, V. I. Rezul'taty' izucheniya zatrat lichny'x sredstv grazhdan na stacionarnoe lechenie / V.I.Kupriyanova//Novy'egorizonty':innovaciiisotrudnichestvo v medicine i zdavooxranenii. Materialy' IX rossijsko-nemeckoj nauchno-prakticheskoy konferencii Foruma im. R. Koха i I. I. Mechnikova. – Novosibirsk, 2010. – S. 52-54.
13. Kutumova, O. Yu. Sociologicheskij opros kak sostavlyayushhaya nauchnogo obosnovaniya strategij oxrany' zdorov'ya naseleniya regiona / O. Yu. Kutumova // Vestnik Mezhhregional'noj associacii «Zdravooxranenie Sibiri». – 2001. – № 2. – S. 16-17.
14. Kucherenko, V. Z. Stanovlenie i razvitie social'noj mediciny', organizacii i e'konomiki zdavooxraneniya v Rossii / V. Z. Kucherenko, V. V. Grishina. – M.: Vlados, 2012. – 160 s.
15. Linderbraten, A. L. Voprosy' organizacii material'nogo stimulirovaniya v usloviyax dobrovol'nogo vy'bora vracha pacientom / A. L. Linderbraten, A. E. Tret'yakov, A.G.Rogovina, V.P.Golodnenko//Problemy' social'noj gigieny', zdavooxraneniya i istorii mediciny'. – 2009. – № 1. – S. 30-32.
16. Lisicy'n, Yu. P. K voprosu o medicinskoj sociologii / Yu. P. Lisicy'n, L. P. Semenova //

16. Лисицын, Ю. П. К вопросу о медицинской социологии / Ю. П. Лисицын, Л. П. Семенова // Советское здравоохранение. – 1983. – № 6. – С. 51-54.
17. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 198 с.
18. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А. Д. Наследов. – СПб: Речь, 2004. – 392 с.
19. Нилов, В. М. Социология здоровья / В. М. Нилов. – Петрозаводск, 2002. – С. 76-80.
20. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. В 2 ч. / И. А. Наумов [и др.]; под ред. И. А. Наумова. – Минск: Выш. шк., 2013. – Ч. 2. – 351 с.
21. Островская, Е. В. Об оценке качества медицинской помощи / Е. В. Островская, В. А. Фетисов // Материалы научно-практической конференции молодых специалистов. – СПб: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – С. 109-113.
22. Петров, А. В. Концепция прав человека в медицине / А. В. Петров, Н. Н. Седова. Часть II. – Волгоград, 2007. – 186 с.
23. Петров, В. И. Практическая биоэтика / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – М.: Триумф, 2002. – 192 с.
24. Пилипцевич, Н. Н. Первичная медико-санитарная помощь в системе медицинского обслуживания населения / Н. Н. Пилипцевич // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2007. – № 2. – С. 4-9.
25. Платонов, К. К. Методические проблемы в медицинской психологии / К. К. Платонов. – М.: Наука, 1997. – 338 с.
26. Прошин, П. В. Отношение пациентов к платным медицинским услугам / П. В. Прошин // автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.52. – Волгоград, 2008. – 36 с.
27. Радчикова, Н. П. Компьютерная обработка психологической информации / Н. П. Радчикова. – М.: БГПУ, 2003. – Ч.1. – 86 с.
28. Решетников, А. В. Социология медицины / А. В. Решетников. – М.: АСТ, 2002. – 209 с.
29. Седова, Н. Н. Социология патернализма и российской медицина / Н. Н. Седова, О. А. Чеботарева // Социология медицины – реформе здравоохранения. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2004. – С. 30-36.
30. Старовойтова, И. М. Врач и врачебная тайна / И. М. Старовойтова // Качество медицинской помощи. – 1999. – № 2. – С. 40-43.
31. Татарников, М. А. Реформы здравоохранения глазами медицинских работников / М. А. Татарников // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 48-50.
32. Тишук, Е. А. Социологическое исследование состояния и перспектив реформирования здравоохранения на региональном уровне / Е. А. Тишук, П. Е. Чесноков // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2014. – № 6. – С. 3-7.
33. Фоменко, А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А. Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – № 11. – С. 8-11.
34. Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care / K. Arrow // American Economic Review. – 1963. – Vol. 53, № 5. – P. 941-973.
35. Coulter, A. The European patient of the future / A. Coulter, H. Magee. – Open University Press. – 2004. – 23 p.
36. Gaynor, M. Antitrust and Competition in Health Care Markets / M. Gaynor, W. Vogt // A. J. Culyer, J. P. Newhouse (eds.) Handbook of Health Economics. N. Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland. – 2000. – P. 30-34.
37. Mossialos, E. Funding health care options for Europe / E. Mossialos. – Open University Press – 2002. – 360 p.
38. Pauly, V. Is medical care different? / V. Pauly // Journal of Health Policies, Policy and Law. – Duke Sovetskoe zdravooxranenie. – 1983. – № 6. – S. 51-54.
17. Medik, V. A. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavooxranenie / V. A. Medik, V. K. Yur'ev. – M.: GE'OTAR-Media, 2012. – 198 s.
18. Nasledov, A. D. Matematicheskie metody' psixologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya danny'x / A. D. Nasledov. – SPb: Rech', 2004. – 392 s.
19. Nilov, V. M. Sociologiya zdorov'ya / V. M. Nilov. – Petrozavodsk, 2002. – S. 76-80.
20. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavooxranenie: uchebnik. V 2 ch. / I. A. Naumov [i dr.]; pod red. I. A. Naumova. – Minsk: Vy'sh. shk., 2013. – Ch. 2. – 351 s.
21. Ostrovskaya, E. V. Ob ocenke kachestva medicinskoj pomoshhi / E. V. Ostrovskaya, V. A. Fetisov // Materialy' nauchno-prakticheskoy konferencii molody'x specialistov. – SPb: Izd-vo NIIX SPbGU, 2000. – S. 109-113.
22. Petrov, A. V. Konceptiya prav cheloveka v medicine / A. V. Petrov, N. N. Sedova. Chast' II. – Volgograd, 2007. – 186 s.
23. Petrov, V. I. Prakticheskaya bio'etika / V. I. Petrov, N. N. Sedova. – M.: Triumf, 2002. – 192 s.
24. Pilipcevich, N. N. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshh' v sisteme medicinskogo obsluzhivaniya naseleniya / N. N. Pilipcevich // Voprosy' organizacii i informatizacii zdavooxraneniya. – 2007. – № 2. – S. 4-9.
25. Platonov, K. K. Metodicheskie problemy' v medicinskoj psixologii / K. K. Platonov. – M.: Nauka, 1997. – 338 s.
26. Proshin, P. V. Otnoshenie pacientov k platny'm medicinskim uslugam / P. V. Proshin // avtoref. diss. kand. med. nauk: 14.00.52. – Volgograd, 2008. – 36 s.
27. Radchikova, N. P. Komp'yuternaya obrabotka psixologicheskoy informacii / N. P. Radchikova. – M.: BGPU, 2003. – Ch.1. – 86 s.
28. Reshetnikov, A. V. Sociologiya mediciny' / A. V. Reshetnikov. – M.: AST, 2002. – 209 s.
29. Sedova, N. N. Sociologiya paternalizma i rossijskaya medicina / N. N. Sedova, O. A. Chebotareva // Sociologiya mediciny' – reforme zdavooxraneniya. – Volgograd: Izd-vo VolGMU, 2004. – S. 30-36.
30. Starovojtova, I. M. Vrach i vrachebnaya tajna / I. M. Starovojtova // Kachestvo medicinskoj pomoshhi. – 1999. – № 2. – S. 40-43.
31. Tatarnikov, M. A. Reformy' zdavooxraneniya glazami medicinskix rabotnikov / M. A. Tatarnikov // Sociologiya mediciny'. – 2002. – № 1. – S. 48-50.
32. Tishuk, E. A. Sociologicheskoe issledovanie sostoyaniya i perspektiv reformirovaniya zdavooxraneniya na regional'nom urovne / E. A. Tishuk, P. E. Chesnokov // Problemy' social'noj gigieny' i istoriya mediciny'. – 2014. – № 6. – S. 3-7.
33. Fomenko, A. G. Udovletvorennost' pacientov kachestvom medicinskoj pomoshhi i ix ozhidaniya otnositel'no perspektiv razvitiya zdavooxraneniya / A. G. Fomenko // Medicinskie novosti. – 2011. – № 11. – S. 8-11.
34. Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care / K. Arrow // American Economic Review. – 1963. – Vol. 53, № 5. – P. 941-973.
35. Coulter, A. The European patient of the future / A. Coulter, H. Magee. – Open University Press. – 2004. – 23 p.
36. Gaynor, M. Antitrust and Competition in Health Care Markets / M. Gaynor, W. Vogt // A. J. Culyer, J. P. Newhouse (eds.) Handbook of Health Economics. N. Y. and Oxford: Elsevier Science, North-Holland. – 2000. – P. 30-34.
37. Mossialos, E. Funding health care options for Europe / E. Mossialos. – Open University Press – 2002. – 360 p.
38. Pauly, V. Is medical care different? / V. Pauly // Journal of Health Policies, Policy and Law. – Duke

37. Mossialos, E. Funding health care options for Europe / E. Mossialos. – Open University Press – 2002. – 360 p.
38. Pauly, V. Is medical care different? / V. Pauly // Journal of Health Policies, Policy and Law. – Duke University Press. – 1988. – Vol. 13, № 2. – P. 229-236.
39. Rothschild, M. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information / M. Rothschild // Quarterly Journal of Economics. – 1976. – Vol. 90, № 5. – P. 629-649.
40. Saltman, R. B. Critical challenges for health care reform in Europe / R. B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides. – Open University Press. – 1998. – 256 p.
41. Stano, M. A Clarification of Theories and Evidence on Supply-Induced Demand for Physician's Services / M. A. Stano // Journal of Human Resources. – 1987. – Vol. 22, №4. – P. 611-620.
- University Press. – 1988. – Vol. 13, № 2. – P. 229-236.
39. Rothschild, M. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information / M. Rothschild // Quarterly Journal of Economics. – 1976. – Vol. 90, № 5. – P. 629-649.
40. Saltman, R. B. Critical challenges for health care reform in Europe / R. B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides. – Open University Press. – 1998. – 256 p.
41. Stano, M. A Clarification of Theories and Evidence on Supply-Induced Demand for Physician's Services / M. A. Stano // Journal of Human Resources. – 1987. – Vol. 22, №4. – P. 611-620.

FEATURES OF ATTITUDE OF THE POPULATION TO MEDICAL SERVICES (LITERATURE REVIEW)

Popova S.A., Tishchenko Ye.M.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

The article contains the literature data synthesis about the factors which determine the choice of medical service among the population. We conducted the analysis of the following aspects of Health Organization: the attitude of the population to medical care consumption, dynamics of demand for various types of medical care, assessment of quality, processability and economic efficiency of medical care. The analysis has revealed that the processes of socio-economic reforming of health care system determined the necessity to optimize demand, supply and consumption of health services, the rational use of available resources and financing.

Key words: choice of medical services, accessibility to medical care, assessment of medical care quality.

Адрес для корреспонденции: e-mail: 6861188@mail.ru

Поступила 17.03.2015