УДК 616-058 : 616-082

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ТРАКТОВКЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИОЛОГИИ

Гоголева Е.А.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина

ГБУЗ СО ДКБВЛ «Научно-практический центр «Бонум»

В статье представлен анализ поведенческой, организационной и системной концепций доступности медицинских услуг населению, развиваемых в современной социологической науке Выявлены основные общественные изменения и тенденции в системе здравоохранения, повлиявшие на изменение понятия, и критерии, отвечающие сложившимся представлениям о доступности медицинских услуг.
Ключевые слова: медицинская услуга, медицинская помощь, доступность, системный подход.

Evolution of theoretical and methodological approaches to the treatment of access to health services in sociology

Gogoleva E. A.

Ural Federal University
Scientific and Practical Center "Bonum", Ekaterinburg

The articles analyzes behavioral, organizational and system concepts availability of medical services, developed in contemporary social science The basic societal changes and trends in the health care system, to influence change concepts and criteria that meet the established ideas about the availability of health services.
Keywords: medical services, medical care, access, system approach.

Одним из приоритетных направлений политики здравоохранения российского государства в настоящее время является улучшение состояния здоровья населения, в том числе и путем обеспечения доступности медицинской помощи, что должно способствовать повышению качества жизни.

Доступ к услугам здравоохранения является значимой социальной проблемой для любого общества. В Докладе Президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» особо подчеркивается, что ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неминуемо приведет к негативным социально-политическим последствиям, потребует значительных

дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала российского общества [5].

Анализ обозначенной проблемы предполагает уточнение ряда понятий, среди которых для нас наиболее важными выступают «медицинская помощь» и «медицинская услуга».

Как отмечают Е.А. Те и К.В. Штерн, сегодня многие специалисты стараются не употреблять в своей профессиональной речи термин «услуга», особенно это касается сферы здравоохранения. Основной причиной, согласно мнению ряда социологов, является то, что данное понятие ассоциируется со сферой коммерческой деятельности, связанной с систематическим извлечением прибыли, что не является основной целью медицинской системы [11].

Кроме того, в современной литературе отмечается и тот факт, что данный термин имеет весьма размытые границы, понимается учеными и практикующими специалистами по-разному и обладает множеством смысловых оттенков.

В 1990-е годы стали появляться публикации, в которых отмечалось, что разница между медицинской помощью и медицинской услугой в общественном сознании целенаправленно стирается.

Под медицинской помощью понимался определенный процесс производства, включающий в себя три основных составляющих, взаимосвязанных между собой:

- оказываемая медицинская помощь, включающая деятельность медицинских работников;
- условия ее осуществления (лекарственные препараты, здание, медицинское оборудование);
- исходное состояние пациента (тяжесть заболевания, поведенческие реакции, сопутствующая патология).

Медицинская услуга рассматривалась как комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, которые имеют самостоятельное законченное значение и определенную стоимость[6].

В последнее время среди исследователей стала развиваться дискуссия по поводу того, в какой степени могут отождествляться понятия «медицинская услуга» и «медицинская помощь». Одни авторы рассматривают их как синонимичные определения, другие выдвигают гипотезу о том, что в действительности между этими понятиями существует определенная разница.

Анализ различных позиций позволяет утверждать, что под медицинской услугой необходимо рассматривать не только качественную медицинскую помощь, но и целую

систему условий, имеющий определенный затратный характер, при которых эта помощь представляет полезность для пациента.

Отсюда следует, что медицинская услуга – это нематериальный конечный товар, произведенный учреждением здравоохранения, а медицинская помощь – это технологический процесс, лежащий в основе производства данного товара.

Также необходимо отметить, что подавляющее большинство современных источников указывают на тот факт, что медицинская услуга характеризуется несколькими основными критериями, выделенными еще в 80-е годы XX века американским исследователем Л. Берри:

- неосязаемость - особенности медицинских услуг проявляются через их реализацию в самом человеке и имеют в большинстве своем вид нематериальных услуг. Следовательно, неосязаемость услуг проявляется в невозможности продемонстрировать их эффект конкретному пациенту вплоть до непосредственного предоставления;

- неотделимость производства и потребителя - использование значительной части медицинских услуг совпадает с их производством во времени и пространстве, что является неотделимым условием их индивидуального характера. Подобная особенность объясняется тем, что указанные процессы осуществляются при непосредственном взаимодействии субъекта и объекта медицинской деятельности – пациента и врача;

- неоднородность качества - оказание медицинской услуги это творческий процесс, зависящий от множества факторов. В том числе и факторов риска, неопределенностью конечного эффекта и поэтому изначально не может быть однородным. К примеру, во многом качество медицинских услуг зависит от того, в каких условиях их оказывает специалист.

- несохраняемость - услуги здравоохранения не могут накапливаться, сохраняться в течение определенного периода времени. В отличие от медицинских и лекарственных препаратов, медицинские услуги неотделимы от того, кто их поставляет, они не подлежат хранению и накоплению с целью последующей реализации.

Таким образом, медицинские услуги представляют собой деятельность медицинских работников, имеющую своим результатом полезный эффект восстановления, поддержания и укрепления здоровья. Они носят профессиональный характер, обусловлены взаимным согласием получателя и поставщика (пациента-врача) и имеют определенную возмездность. Под которой следует понимать не структуру «платность-бесплатность», а то, что любая профессиональная деятельность всегда оказывается на возмездной основе.

Уже в определении самой медицинской услуги с представление о ее доступности для индивида и потребность в определении ее критериев.

Изучение доступности медицинских услуг в мировой социологической науке ведется уже на протяжении более чем полувека.

В обыденном понимании отношение населения к доступности медицинской помощи сегодня зависит от нескольких показателей: финансового положения пациента или его родителей, состояния здоровья, наличия заболеваний и возраста.

Другие исследователи прибавляют к этим показателям также наличие или отсутствие необходимых специалистов и удаленность места жительства от медицинского учреждения[1].

Становится понятно, что доступность представляет собой сложное структурное образование, определяемое целой совокупностью факторов.

Теоретико-методологические подходы в определении доступности медицинских услуг для пациента сегодня условно разделяются на 2 группы: субъективистские концепции и объективистские методологические подходы. В первой группе основное внимание авторами уделяется поведению конкретного потребителя услуг, которое зависит от его индивидуальных характеристик. В рамках вторых моделей рассматриваются условия и барьеры экономической, политической, организационной сфер жизнедеятельности, влияющих на уровень доступности определенной системы здравоохранения.

Представление о доступности различных общественных групп и отдельных людей к медицинским услугам эволюционировало от простого понимания в качестве доступа к первичной медицинской помощи до современной социологической категории.

Это послужило основой для широкого развития системы медицинского страхования населения, при котором попадание потребителя в систему услуг и их получение становилось значительно легче.

Но с развитием социологических подходов к интерпретации здоровья, прав человека на охрану своего здоровья менялся взгляд и на доступность услуг.

В шестидесятые годы XX века ключевым подходом к исследованию проблем доступности медицинских услуг становится поведенческая модель Рональда М. Андерсена. В её основе лежит выявление основных факторов, объясняющих использование медицинских услуг людьми, и оценка уровня доступности этих услуг.

Авторы концепции исходили из того, что для понимания, каким образом необходимо измерять и объяснять доступность, нужно изначально выявить, какие факторы оказывают влияние на то, чтобы человек стал ими пользоваться.

В основе изучения было выделено 3 группы факторов:

- факторы предиспозиции: демографические характеристики индивида (пол, возраст, образование, профессия); условия трудовой деятельности, которые оказывают существенное влияние на здоровье; и ценностные представления человека о здоровье (знания о возможностях медицины и о процессе использования медицинских услуг для укрепления своего здоровья).

- условия, при которых человек прибегает к применению услуг: индивидуальные и общественные ресурсы, обеспечивающие доступ к услугам здравоохранения, способность оплатить услуги из собственных средств, временные затраты на получение услуги, и параллельно с этим – обеспеченность региона проживания человека медицинской инфраструктурой.

- выраженность потребностей в медицинской помощи с помощью профессиональной оценки здоровья, т.е. насколько человеку важно получить квалифицированную медицинскую помощь и насколько он обеспокоен состоянием своего здоровья.

Данный подход являлся ключевым на протяжении последних десятилетий в понимании и анализе доступности медицинских услуг. Те инструменты, которые были предложены Р.М. Андерсеном, являются универсальными в трактовке понимания «доступ».

Но критики поведенческой концепции говорили о том, что она позволяет оценить лишь возможности первичного доступа к медицинским услугам в зависимости от основных факторов, определяющих поведение индивида в сфере потребления медицинской помощи.

Это послужило основой для дальнейшего развития поведенческой модели, за счет включения показателей, характеризующих среду, в которой происходит получение медицинских услуг. В результате чего в систему факторов, детерминирующих доступность, были включены переменные, характеризующие саму систему здравоохранения как на глобальном (государственном) уровне, так и на уровне конкретного учреждения (частота обращения за услугой, место расположения учреждения).

Отсюда, основным результатом развития поведенческой концепции можно считать переход к пониманию доступности не только как возможности, зависящей от самого потребителя, но как системы детерминант экономической, социальной, политической сферы по отношению к системе здравоохранения, определяющих ее функционирование и влияющих и на самого пациента [10].

Эволюция подхода происходила под прямым влиянием новых общественных тенденций, предъявляющих другие требования к системе здравоохранения, помимо оказания просто помощи. Стали развиваться наукоемкие технологии, повлиявшие на развитие системы высокотехнологичных медицинских услуг, стали расти требования населения к медицинской помощи (как под влиянием образовательных инноваций, так и в связи с увеличением числа новообразования и патологических изменений в здоровье).

В современных исследованиях под доступностью понимается уже не только возможность получения помощи, а эффективность всего процесса и основные полученные изменения.

В существовавших трансформирующихся условиях стал происходить переход от поведенческой модели доступности к модели контекстуальной или организационной. Данная модель рассматривает доступность медицинских услуг с точки зрения анализа двух факторов: факторов системы здравоохранения и внешней среды, ее окружающей, – на уровне общества и в районе проживания индивида и факторов, зависящих от поставщика услуг – конкретного специалиста.

В первую группу среди показателей внешней среды обычно включают экономическое состояние региона проживания индивида, уровень благополучия населения и его отдельных групп, существующие в обществе нормы и другие факторы, которые могут зависеть от конкретного объекта изучения.

При оценке показателей системы здравоохранения в контекстуальной модели впервые было обращено внимание на такие показатели доступности как медицинская инфраструктура и обеспеченность медицинскими кадрами.

Помимо переменных внешней среды предоставления медицинских услуг потребителю, в число важнейших контекстных факторов авторы включают характеристики самих профессионалов-врачей и параметры взаимодействия с пациентами.

В последние годы изучение личности врача, получившее развитие еще в работах Т.Парсонса, становится особенно актуальным. Здесь рассматриваются факторы, отражающие желание и готовность пациента обращаться за медицинской помощью именно к этому специалисту; удобство получения услуги; необходимость доплат за услуги (несмотря на то, что стоимость и расценки зависят от медицинского учреждения, о необходимости проведения дополнительных услуг пациенту и соответствующих затрат, которые ему предстоит понести, сообщает врач); значимым становится и предыдущий опыт обращения за медицинскими услугами.

Кроме того, согласно исследованиям Н.Л. Русиновой и Л.В. Пановой, характеристики специалиста оказывают прямое влияние на использование услуг здравоохранения и, следовательно, на их доступность. В частности, результатами ряда исследований подтвержден факт, что различия в уровне применения медицинских услуг в значительной мере зависят от того, как именно врач принимает важные для лечения заболевания решения, привлекает ли пациента к совместной выработке стратегии. Помимо этого влияние оказывают и такие факторы, как пол специалиста и уровень его профессиональной подготовки.

Таким образом, доступность услуг учреждений института здравоохранения определяется не просто наличием ресурсов для удовлетворения потребности в сохранении и укреплении здоровья, но и сложным взаимодействием показателей личностного и системного (средового) уровней, которые влияют на изменение статуса здоровья индивида и общества в целом.

В результате развития подходов к пониманию доступности медицинского обслуживания, современные социологи, занимающиеся изучением данного вопроса, останавливаются на системной концепции, интегрирующей в себе субъективистские и объективистские социологические традиции, позволяющие показать, каким образом институциональные ограничения определяют возможности пациента осуществлять продуктивное взаимодействие с медицинскими учреждениями.

Системный подход основывается на том, что в доступе к медицинским услугам существует социальное неравенство, которое является результатом воздействия особых механизмов института здравоохранения, представляющих собой совокупность взаимозависимых факторов, определяющих и одновременно ограничивающих доступ к медицинским услугам для социальных групп или вовсе препятствующих их получению.

Авторы выделяют три базовых компонента: экономический, организационно-управленческий и социокультурный, каждый из которых обладает собственной спецификой воздействия на институциональном и на индивидуальном уровнях.

Действие механизма на уровне индивида определяется его социальным статусом и особенностями поведения в сфере сохранения собственного здоровья. На уровне институтов он представлен существующими нормами и условиями политики в сфере здравоохранения и отдельного медицинского учреждения, его отдельных структурных компонентов.

На сегодняшний день в рамках системного подхода в изучении проблемы обеспечения доступности медицинских услуг для населения экспертами выделяются следующие уровни:

1) *социоцентрический* определяет справедливое регулирование доступа к инфраструктурам медицинских организаций различных групп населения, принимающих медицинскую помощь как всеобщее общественное благо и означает ее доступность как соответствие ожиданий граждан фактическим возможностям инфраструктур учреждений медицинского обслуживания (количество койко-мест, дополнительные программы и услуги, формы предоставления помощи (амбулаторная и стационарная), престиж той или иной больницы);

2) *антропоцентрический* трактует доступность медицинских услуг как соответствие возможностей человека требованиям институтов здравоохранения (возможность оплатить необходимые услуги, самостоятельно записаться на прием);

3) подход к трактовке доступности с точки зрения *саморазвития и самореализации личности* означает понимание доступности медицинской помощи как возможности человека включиться в систему при сложившихся внешних (объективных) и внутренних (субъективных) условиях.

Если возвращаться к пониманию доступности с рассмотренных выше трех позиций, то особую актуальность приобретает теория саморазвития и самореализации индивида (самосохранительной активности), в основе которой лежит признание сознательной деятельности личности в качестве главного условия доступа к услугам здравоохранения. Отсюда, доступность зависит не только от внешних факторов, но и от того, посчитает ли сам человек необходимым вступить во взаимодействие именно с этим медицинским учреждением или организацией.

В итоге, можно сделать вывод, что доступность медицинских услуг представляет собой активное взаимодействие различных показателей, процесс взаимодействия потребителей медицинской помощи и системы здравоохранения в постоянно изменяющемся социальном контексте.

Следовательно, современный взгляд на понимание доступности услуг включает в себя ряд аспектов, среди которых ведущими можно обозначить: зависимость медицинской помощи от экономических, социальных, организационных и социокультурных факторов; наличие набора услуг, в полной мере отвечающих запросам пациентов и позволяющих делать собственный выбор; эффективность и результативность услуг; комплексный подход в оценке применения медицинских услуг, основывающийся на анализе как

потребностей отдельного пациента, так и исследующий условия жизни различных социальных групп.

Доступ к здоровью и здравоохранению в российском обществе далеко на одинаков для различных групп и слоев населения. Не менее важным аспектом изучения доступности, является и типологизация факторов современной среды, от которых она зависит. Исследователями, в частности, Гареевой И.А., фиксируются довольно распространенные социальные противоречия: социальные барьеры в доступе к медицинской помощи, низкая информированность населения о состоянии своего здоровья, неадекватное ценностное отношение к здоровью [4].

Подобных трактовок в актуальных социологических исследованиях выделяется целый блок, но мы определили несколько ведущих критериев:

1. Территориальное расположение. В данном случае понимается транспортная и пешеходная доступности объекта здравоохранения. Характеризуя транспортную доступность, как правило, учитывают наличие остановок маршрутов рейсового общественного транспорта; количество и периодичность рейсов маршрутов транспорта и маршрутных такси к объекту, в т.ч. бесплатных; стоянки такси; удобство транспортных развязок; наличие стоянок для личного автотранспорта.

Как отмечает в ряде своих исследований Э. Наберушкина, доступность социального пространства для инвалидов зависит от возможности свободно использовать городскую инфраструктуру, пользоваться реабилитационными приспособлениями для обеспечения самостоятельности и независимости [8].

Сегодня доступ среды предполагает равноправное участие людей с ограниченными возможностями во всех сферах жизнедеятельности общества, в том числе и в сфере здравоохранения.

Однако согласно последним исследованиям транспортной доступности для инвалидов в российских условиях, оказывается, что она находится лишь на стадии формирования. Если в развитых зарубежных странах уже достаточно давно применяется специализированный транспорт для медицинского обслуживания, образования, досуга, используется низкопольный общественный транспорт, то в России, и в частности, в городе Екатеринбурге, лишь в ноябре 2012 года был запущен в тестовом режиме первый низкопольный трамвай.

2. Цена или стоимость выступают ключевым фактором для многих услуг. Особую актуальность ценовая доступность принимает при определении условий обеспеченности населения социальными услугами и благами. Важность здравоохранения населения

обусловливает выбор ценовой доступности в качестве объекта регулирования как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ.

Параллельно с данной проблемой возникает проблема финансовых возможностей потребителя. Уровень доходов напрямую влияет на возможности пациента, в частности, если речь идет о платных медицинских услугах. Например, если за базовый набор услуг родители готовы заплатить определенную часть семейного бюджета (чем ниже доход семьи, тем меньший процент родители готовы потратить), то, что касается дополнительных услуг, которые способствуют эффективному восстановительному лечению ребенка, то здесь возникают противоречия - не все родители хотят и могут получать дополнительную медицинскую помощь, причиной вновь является финансовое благополучие семьи.

Согласно определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги является характерной для всех домохозяйств, независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения.

По данным социологического опроса, проведенного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в 2008 году, средний уровень доступности медицинской помощи в целом по нашей стране составляет ¾ от максимально возможного значения – 33 балла из 45.

3. Время. Современный темп жизни диктует новые условия для организации домашнего хозяйства и его ведения. В крупных городах, где пробки на дорогах, рабочий график достаточно насыщен, актуализируется проблема недостаточности дневного времени для удовлетворения насущных нужд населения. В городах с небольшим населением и сельской местности многие жители имеют собственное хозяйство, оставить которое представляет определенную трудность и требует времени.

4. Организация. Представляет собой правильное распределение внутренней среды организации и планирование маршрутов для потоков посетителей, которые планируются с целью избежать излишнего скопления людей.

Разработка определенных правил обслуживания в больнице позволяет повысить доступность для определенных категорий пациентов или ускорить процесс обслуживания для всех. Так, например, многие крупные лечебно-профилактические учреждения практикуют обслуживание пациентов, направляемых по программам диспансеризации без очереди.

Сочетание форм обслуживания в порядке «живой очереди» или по «предварительной записи» также позволяет повысить удобство сервиса для потребителя.

5. Информация. Названный критерий доступности призван облегчить процесс информационного поиска пациентом:

- разработку листовок и стендов с указанием важной информации для потребителя;
- разработку и поддержку понятного потребителю сайта с качественным интерфейсом, обеспечение сайта интерактивными возможностями (например, калькулятором для расчета стоимости услуг);
- работу многоканального бесплатного телефона для консультаций.

Таким образом, проблема доступности услуг медицинских учреждений разным социальным группам анализируется в современной научной литературе с точки зрения нескольких позиций, уделяющих внимание ряду аспектов ее проявления. Представить данные позиции можно в виде иерархии: от более общего понимания к более углубленному.

Во-первых, доступность – возможность тех или иных групп населения просто попасть в систему оказания медицинских услуг. Такое понимание обычно рассматривается как первичный доступ к медицинским услугам.

Проблема неравенства может проявиться уже на данном этапе, когда, к примеру, семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями, в силу различного рода причин не может обратиться в медицинское учреждение. Сюда может быть отнесена слабая информированность, отсутствие материальной и экономической возможности попасть в учреждение.

Во-вторых, доступность как возможность гражданина получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью. Реализация данной возможности определяется различными факторами – экономическими, территориальными, культурными и другими. Следует особо обратить внимание на такие факторы, как отсутствие финансовых барьеров в получении медицинской помощи, наличие адекватного предложения и отсутствие дискриминации по социальным и социально-демографическим характеристикам.

Наконец, доступность – это не просто реализация возможности попасть на прием к специалисту, но и процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи – от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных изменений в состоянии его здоровья [7].

Отсюда возникает проблема неравенства в получении медицинской помощи населением России, в частности детьми с ограниченными возможностями, семьи которых зачастую оказываются не в самом благополучном материальном положении. Нередко сам факт наличия заболевания заведомо снижает степень удовлетворенности медицинским обслуживанием. Удаленность медицинских учреждений от места проживания потенциальных пациентов также влияет на удовлетворенность медицинской помощью.

Все перечисленные факторы приобретают особое значение при анализе такой социально уязвимой группы населения как дети с ограниченными возможностями. Доступность в отношении этой категории предполагает анализ положения семе, в которых воспитываются дети.

Здесь необходимо принимать во внимание, что доступность зависит от ряда характеристик данной группы семей, куда можно отнести материальное и финансовое положение, тип семьи, занятость родителей и другие.

Удовлетворенность семей, воспитывающих детей-инвалидов, медицинским обслуживанием определяется самим фактом заболевания ребенка и его тяжестью, социально-психологическим климатом в семье и так далее. Важным фактором, влияющим на доступность, является характеристика самих медицинских услуг.

Доступность медицинских услуг обусловлена не только возможностью посещения врача и приобретения необходимого лекарственного средства, но и возможностью проведения диагностических процедур, получения скорой медицинской и стационарной помощи. Кроме того, детям-инвалидам часто требуется специализированная высокотехнологичная помощь, которая не входит в перечень услуг, предоставляемых бесплатно. Родители же этих детей не всегда могут позволить себе оплатить дополнительные услуги, что существенно препятствует доступу к качественным услугам медицинской помощи.

Список литературы

1. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) / Н.Л. Антонова // SPERO. - 2007. - №7. – С. 192.
2. Вапнярская О.И. Подходы к обеспечению доступности услуг в регионе / О.И. Вапнярская, Е.В. Поворина // Сервис в России и за рубежом, №1 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://old.rguts.ru/electronic_journal/number16/contents (дата обращения: 05.07.2012 г.).
3. Вялых Н.А. Механизмы социальной дифференциации в сфере доступа к услугам здравоохранения: автореф. дис…канд.соц.наук/ Н.А. Вялых; Ростов-на-Дону: [б.и.], 2012 – 38 с.

4. Гареева И.А. Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации // И.А. Гареева/ Власть и управление на востоке России – 2012. - №1(58).
5. Доклад президиума Государственного совета «О повышении доступности и качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.sartfoms.ru/normativ/gossovet.htm (дата обращения: 05.02.2011 г.).
6. Красильников А.В. Социологические опросы пациентов как критерий оценки качества медицинской услуги / А.В. Красильников. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://oncologic.narod.ru/journals/sovr-onc-7-1-2005/s-opros.html (дата обращения: 04.10.2010 г.)
7. Миронов А.А. Стандарты медицинского обслуживания и оценка его качества / А.А. Миронов, А.М. Таранов, А.А. Чейда. М.: «Наука», 1994.
8. Наберушкина Э.К. Доступность городской среды для инвалидов// Э.К. Наберушкина/ Социологические исследования. – 2010.- №9.- С.58-65.
9. Рожкова Е.В. Медицинские услуги: понятие и особенности// Е.В. Рожкова/ Современные исследования социальных проблем.- 2011.- № 3.
10. Русинова Н.Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения// Н.Л. Русинова, Л.В. Панова/ Журнал социологии и социальной антропологии. – 2002.- Т. V.- №4.- С. 147-163.
11. Те Е.А. Медицинская услуга с позиции определения понятия медицинской помощи// Е.А. Те, К.В. Штерн/ Медицина в Кузбассе. -2007.- №4.- С. 3-6.

Гоголева Екатерина Александровна - ассистент кафедры социальной работы УрФУ, специалист по социальной работе НПЦ «Бонум», 620000, Екатеринбург, Ленина,51, тел: (343)350-73-81, e-mail: 21120904@mail.ru