

МЕТОДЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Л. Русинова, Л.В. Панова

ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ*

В развернувшейся в последние годы широкой дискуссии на тему кризиса российского здравоохранения особое внимание привлечено к проблеме доступности медицинской помощи для населения. Неудивительно, что в сложившейся ситуации изучение именно экономических аспектов возможностей получения услуг здравоохранения практически полностью поглотило внимание отечественных исследователей. Между тем, проблема использования медицинских услуг и доступа к ним, нося междисциплинарный характер, выходит далеко за рамки возможностей экономического анализа и требует привлечения концептуальных подходов других общественных дисциплин.

При отсутствии собственных научных традиций в комплексном изучении доступа к услугам здравоохранения в широком социальном контексте, представляется целесообразным обратиться к анализу западных исследований, концептуальные подходы и инструменты измерения которых подтверждены богатым опытом их эмпирической апробации.

Доступность услуг здравоохранения является значимой социальной проблемой для любого общества. Как свидетельствуют данные многочисленных исследований, своевременное предоставление медицинской помощи способствует достижению позитивных сдвигов в состоянии здоровья в каждом конкретном случае заболевания. Роль здравоохранения очевидна также и в обеспечении условий, необходимых для поддержания активного долголетия — посредством предотвращения преждевременной смертности и нетрудоспособности, освобождения от боли и страдания, восстановления функциональной дееспособности. Именно поэтому оценка доступности медицинских услуг и изучение неравенства в возможности получения медицинс-

* Работа выполнена при поддержке RSS/OSSF, Grant RSS № 973/1999.

кой помощи между отдельными группами населения является чрезвычайно значимой исследовательской и общественной проблемой. Анализ литературных источников показывает, что эти вопросы уже давно находятся в центре внимания мирового научного сообщества. Особую актуальность они приобретают в обществах транзитивного типа, переживающих процесс глубокой трансформации всех систем жизнеобеспечения.

В российской науке изучение доступности медицинской помощи не имеет развитых исследовательских традиций. В советские времена идеологические рамки, в которых вынуждены были существовать общественные науки, не давали возможности даже поставить вопрос о наличии социальных неравенств в тех сферах, где было провозглашено равенство, в том числе и в использовании медицинских услуг. В последнее десятилетие появился ряд работ, посвященных анализу отдельных проблем, связанных с доступностью медицинской помощи.

Естественно, что в условиях перехода от бюджетной модели медицины к бюджетно-страховой и общего реформирования системы здравоохранения, осуществлявшихся на фоне глубокого системного кризиса, основное внимание исследователей сосредотачивалось на экономических аспектах возможности получения медицинской помощи. Анализ динамики расходов на медицинское обслуживание населения позволил оценить состояние системы оказания медицинских услуг как кризисное не только в силу постоянного уменьшения общего объема ресурсов, выделяемых на здравоохранение. Наибольшую тревогу вызывал постоянный дисбаланс между размерами финансирования и стоимостью ежегодно утверждаемой «Программы государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью» [1; 2; 3]. В этих условиях, по мнению специалистов, происходила фактическая замена бесплатных медицинских услуг платными, широко распространялась система теневой оплаты [4]. Общий вывод исследований, посвященных анализу макроэкономической ситуации в системе здравоохранения, состоял в том, что в результате проводимых реформ медицинская помощь стала менее доступной [3; 5]. Изучение же реальных расходов семей на медицинские услуги и лекарства подтвердило, что получение необходимой медицинской помощи находится в непосредственной зависимости от возможности прямых доплат из средств пациента.

В настоящее время личные расходы населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение оцениваются в размере 55–60%, при этом доля расходов на медицинскую и лекарственную помощь в семейном бюджете тем больше, чем ниже совокупный доход семьи [6, с. 47; 7]. Иначе говоря, делается вывод о том, что в нынешних условиях доступ даже к самой необходимой медицинской помощи находится в зависимости от соплатежей населения, которые в свою очередь носят ярко выраженный регрессивный характер [3; 5].

По данным общероссийского исследования, проведенного Бостонским университетом и Институтом социальных исследований в 1997 г., люди с низким уровнем доходов в 2 раза чаще вынуждены отказываться от медицинских обследований и в 5 раз чаще — от госпитализации в связи с нехваткой денег, чем представители высокодоходных домохозяйств [7, с. 107]. По результатам исследования, проведенного в Петербурге в 1998 г. под руководством одного из авторов статьи, около трети респондентов отметили, что в течение последнего года им «постоянно приходилось отказываться от лечения, восстановления здоровья из-за недостатка средств», по-

давяющее большинство из них относилось к низко доходным группам [8, р. 237].

Следует отметить и выявленные в российских исследованиях принципиальные различия в финансировании ведомственных медицинских учреждений и учреждений бюджетно-страховой медицины, предназначенных для обслуживания основной части населения. Так, сумма расходов по Территориальной программе государственных гарантий Санкт-Петербурга в 2000 г. составляла 4,3 млрд. руб., в то же время затраты на лечение сотрудников аппарата Управления делами Президента — 137 млрд. руб. [9, с. 305; 5, с. 56]

Несомненно, финансовые основания чрезвычайно значимы в формировании того или иного уровня доступности услуг здравоохранения, — и точки зрения возможностей самой системы здравоохранения выполнять возложенные на нее функции, и с точки зрения способности потребителя медицинских услуг нести на себе часть бремени необходимых затрат на медицинское обслуживание. Однако, как свидетельствуют данные многочисленных западных исследований, помимо этих принципиальных условий обеспечения доступа к медицинской помощи, существуют и другие факторы, оказывающие существенное воздействие на использование медицинских услуг. Это и характеристики самой системы здравоохранения, в которых отражаются принципы ее организации и функционирования; это и то многообразие переменных, под воздействием которых принимаются значимые в данном контексте решения профессионалами-медиками и пациентами, формируется их поведение в процессе взаимодействия. Таким образом, проблема использования медицинских услуг и доступа к ним носит междисциплинарный характер, выходит за рамки возможностей экономического анализа и требует привлечения теоретических и концептуальных подходов других общественных дисциплин.

При отсутствии собственных научных традиций в комплексном изучении доступа к услугам здравоохранения в широком социальном контексте, представляется целесообразным обратиться к анализу западных исследований, имеющих давнюю историю, разработанные концептуальные подходы и инструменты измерения которых подтверждены богатым опытом их эмпирической апробации.

Основные теоретические подходы и методологические проблемы

В мировой науке изучение проблемы доступности услуг здравоохранения предполагает анализ широкого круга факторов, где финансовая составляющая — лишь одна из многих переменных. Само же понятие доступности медицинских услуг с течением времени концептуализировалось по-разному под влиянием изменений, происходивших в самой системе здравоохранения.

Первоначально под доступом понималась, главным образом, возможность тех или иных групп населения просто попасть в систему оказания медицинских услуг — реализовать так называемый первичный доступ. При такой постановке проблемы вполне естественно было рассматривать в качестве основного механизма обеспечения равного доступа введение медицинского страхования, при котором облегчалось попадание в систему и получение услуг. Соответственно, и политика в области здравоохранения фокусировала тогда внимание на расширении охвата населения страховкой и адекватном обеспечении медицинского персонала всем необходимым для того, чтобы сократить финансовые и географические барьеры в предоставлении медицинской помощи [10; 11]. Особое внимание уделялось бедному населе-

нию, отдельным демографическим группам, географически изолированному населению и подгруппам, имеющим статус национальных меньшинств [12–14]. Главная посылка состояла в том, что введение медицинского страхования устранил барьеры в получении услуг, связанные с финансовыми или географическими трудностями, и обеспечит равный доступ к ним, что и приведет к одним и тем же уровням использования услуг здравоохранения в разных подгруппах населения [15–17].

Такой подход, сыгравший в свое время прогрессивную роль в облегчении доступа к медицинским услугам социально уязвимых групп населения, остается актуальным и сегодня, поскольку рост стоимости медицинских услуг — ограниченность общественных ресурсов на их реализацию может привести к сокращению ряда социально-медицинских программ, а следовательно, и к негативным изменениям в сложившемся распределении доступа между различными слоями населения [18–20].

В то же время специалисты отмечают, что такое понимание доступности медицинских услуг больше не может быть в полной мере адекватным новым задачам современного здравоохранения. В нынешних условиях доступ рассматривается не просто как реализация возможности осуществления первого контакта с системой, но и как понятие, включающее процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи — от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных сдвигов в состоянии его здоровья. В связи с этим, ставится задача оценки доступа с точки зрения того, что происходит с человеком внутри системы, получает ли он адекватную своим потребностям медицинскую помощь, насколько эта помощь качественна и каковы реальные эффекты от использования медицинских услуг. Новое осмысление понятия доступности услуг здравоохранения актуализировало проблему разработки современных концептуальных подходов к его изучению, поиску адекватных вариантов операционализации и надежных инструментов измерения.

Ключевым концептуальным подходом, до сих пор применяющимся в исследованиях доступа, является так называемая поведенческая модель Рональда М. Андерсена, впервые предложенная в конце 1960-х гг. для изучения использования медицинских услуг, выявления основных факторов, объясняющих это использование, а также оценки уровня доступности медицинской помощи для населения [21].

Не представляя собой какого-то конкретного набора переменных, модель скорее рассматривается как некая аналитическая система, которая с течением времени, развитием здравоохранения и связанной с этим эволюцией взглядов на понятие «доступ» сама претерпевала изменения, дорабатывалась, подвергалась новой интерпретации. Неизменным оставался лишь основной теоретический подход, в рамках которого использование услуг здравоохранения рассматривается как результат действия трех основных групп факторов.

Первая группа — факторы предрасположенности (*predisposing factors*) — представлена переменными, характеризующими самих потребителей медицинских услуг. Демографические характеристики (пол, возраст) рассматриваются как биологические основания для использования определенных видов и объемов медицинской помощи. Социально-структурные параметры (образование, профессия) определяют способность людей справиться с возникающими проблемами, связанными со здоровьем, и их умение распоряжаться имеющимися для этого ресурсами. Здесь же рассматриваются и условия профессиональной деятельности индивидов, поскольку

ку они могут оказывать влияние на здоровье и соответственно, на потребность в медицинской помощи. И наконец, в число факторов predisposition включается система представлений людей о здоровье, т.е. их ценности, аттитюды, а также знания о возможностях медицины и современного здравоохранения, которые могут повлиять на осознание ими потребности в медицинской помощи и на сам процесс использования медицинских услуг.

Вторая группа факторов (*enabling factors*) объединяет те условия, при которых становится возможным само использование услуг. В первоначальном варианте модели речь шла, главным образом, об индивидуальных и общественных ресурсах, обеспечивающих доступ к системе здравоохранения. Индивидуальные возможности использования медицинской помощи определялись наличием страховки, способностью оплатить услуги из собственных средств, а также временными затратами на получение медицинских услуг (время в пути до источника медицинской помощи и время ожидания приема). Общественные ресурсы оценивались через обеспеченность медицинской инфраструктурой района проживания потребителя или места его работы.

И, наконец, в третьей группе факторов (*need*) отражено еще одно принципиально важное основание для принятия человеком решений, связанных с использованием услуг здравоохранения — выраженность его потребности в медицинской помощи, измеряемая, как правило, с помощью профессиональной, врачебной оценки состояния здоровья и переменных, характеризующих восприятие, осознание индивидом потребности в медицинской помощи. В число показателей, отражающих ощущения человека, обычно включаются: осознаваемый статус здоровья, оцениваемая индивидом способность к функционированию по ключевым видам деятельности, уровень беспокойства по поводу различных болезненных симптомов. Очевидно, что их роль в использовании медицинских услуг в значительной мере зависит от социально-статусных характеристик потребителя и общей системы его взглядов на здоровье.

Оценка потребностей с использованием врачебной экспертизы («оцениваемая потребность») и индикаторов восприятия самим индивидом собственного здоровья («осознаваемая потребность») полезна, по крайней мере, в двух аспектах. Анализ взаимосвязи характеристик, отражающих отношение к здоровью и болезни, с использованием медицинской помощи дает возможность лучше понять, в каких ситуациях человек считает необходимым прибегнуть к медицинской помощи и непосредственно обращается в систему здравоохранения. Врачебная же оценка потребности оказывается более тесно связанной с тем объемом и типом услуг, которые потребляются индивидом, уже вступившим в контакт с провайдером.

Задаваемые авторами поведенческой модели теоретические рамки в изучении использования услуг здравоохранения вот уже более 30 лет определяют основной методологический подход к анализу проблем доступности медицинской помощи. Именно богатство интерпретационных возможностей модели Андерсена обусловило тот факт, что до сих пор исследователи, занимающиеся осмыслением понятия «доступ» и поиском инструментов его измерения, продолжают рассуждать в рамках предложенной им концепции, дорабатывая модель и наполняя ее новым содержанием.

Первоначально, в рамках прежнего понимания доступности медицинских услуг, модель использовалась, главным образом, для анализа возможностей первичного

доступа к системе здравоохранения различных групп населения в зависимости от основных факторов, определяющих поведение индивида в сфере потребления медицинской помощи. Использование услуг описывалось с помощью весьма общих грубых индикаторов, а именно, контакта с врачом в течение года (при наличии потребности) и наличием постоянного источника медицинской помощи — недостаточных для того, чтобы оценить качество оказываемых услуг и их результативность, однако дающих основания для оценки первичного доступа к системе здравоохранения.

Анализ данных массовых опросов населения, часто проводившихся по общенациональным выборкам, убедительно продемонстрировал существенные вариации в потреблении услуг здравоохранения индивидами, принадлежащими к различным социально-статусным группам населения, что в сопоставлении с оценкой состояния их здоровья выявило несправедливый характер распределения доступа к медицинским услугам. Особенно важным результатом этих исследований считалось привлечение внимания к рискам неадекватного доступа к необходимым услугам социально уязвимых групп [22–24].

Следует отметить и отдельные попытки российских исследователей сопоставить некоторые показатели доступа (частота обращения) с социально-структурными и демографическими характеристиками пациентов [25]. Однако их анализ был скорее направлен на описание социального портрета потребителя медицинских услуг, чем на оценку факторов, влияющих на доступность.

Дальнейшее развитие методологии в изучении доступа проходило в рамках усложнения поведенческой модели. Модель расширялась за счет включения переменных, характеризующих среду, в которой происходило получение медицинских услуг. И действительно, в первоначальном варианте поведенческой модели переменные среды (контекста) практически не нашли своего отражения, в ней был представлен лишь ограниченный круг индикаторов, характеризующих возможность получения медицинской помощи по месту проживания [21]. Впоследствии, в 1970-х гг., осознание важности влияния на использование медицинских услуг таких факторов, как политика здравоохранения, ресурсы системы, организация медицинской помощи, привело к включению в поведенческую модель, в качестве самостоятельного смыслового блока, переменных, характеризующих систему здравоохранения [26]. На этом же этапе эволюции поведенческой модели в нее были добавлены более развернутые характеристики использования медицинских услуг — такие, как тип и место получаемой услуги, причины и частота обращений.

Третий этап совершенствования модели ознаменован включением характеристик внешней по отношению к системе здравоохранения среды — экономических, политических и социальных детерминант, определяющих функционирование системы здравоохранения и влияющих на поведение потребителей медицинских услуг [27].

Расширение концептуальных рамок в анализе проблем доступа произошло под влиянием четко обозначившихся новых тенденций общественного развития, предъявивших свои требования к системе здравоохранения.

Прежде всего, в связи с удорожанием медицинских услуг в результате распространения ресурсоемких медицинских технологий и ростом претензий населения к качеству медицинской помощи, значительно возросли расходы на медицинское обслуживание и, соответственно, усилилось финансовое давление на общественные фонды.

Существенное воздействие на систему здравоохранения стали оказывать и демографические процессы, и прежде всего, увеличение доли пожилого населения, презентующего специфические потребности в медицинском обслуживании. Все большее распространение хронических заболеваний также потребовало значительной переориентации политики здравоохранения и определенных структурных изменений, в частности, расширения специализированных услуг, предоставляемых на постоянной основе. Новые требования к системе оказания медицинской помощи возникают и в связи с изменениями отношения граждан к здоровью — отмечается более высокий уровень осознания личной ответственности за его поддержание, стремление к большему участию в принятии значимых для лечения заболеваний решений. Фиксируется также и возрастание давления (организационного, финансового, правового) на провайдера медицинских услуг, прежде всего, на врача, что оказывает существенное воздействие на его поведение в процессе предоставления услуг и взаимодействия с потребителем.

Под влиянием происходящих в обществе процессов фокус внимания политиков здравоохранения, так же, как и исследователей, занимающихся анализом проблем доступности медицинской помощи, перемещается с рассмотрения использования услуг в качестве основного инструмента измерения доступа, на изучение эффективности всего процесса функционирования здравоохранения с учетом полученных от лечения заболеваний результатов. Таким образом, в поле зрения исследователей доступа оказывается набор переменных, характеризующих как самого потребителя медицинских услуг и его поведение во взаимодействии с системой здравоохранения, так и ту среду (контекст), в которой это взаимодействие реализуется.

Поскольку «разрешающих способностей» поведенческой модели, концентрирующей внимание, в основном, на человеке и не отражающей всю сложность структуры современной системы оказания медицинских услуг, оказалось недостаточно для анализа проблемы на эмпирическом уровне, потребовалась разработка самостоятельного методологического подхода, обычно определяемого как контекстуальный или организационный.

Сегодня понятие среды (контекста), в котором осуществляется использование услуг здравоохранения, имеет довольно сложную структуру. Чаще всего выделяют два блока контекстуальных факторов. В первый включаются параметры, описывающие систему здравоохранения — на уровне общества в целом и в районе проживания индивида; а также внешнюю относительно системы здравоохранения среду. Во второй — переменные, связанные с провайдером [28].

Важнейшими параметрами внешней среды, которые, как считается, могут оказать влияние на поведение и потребителей медицинских услуг, и профессионалов-медиков, признаются: экономический климат, уровень благосостояния населения и его отдельных групп, приоритетные цели развития, выраженность стресса и насилия, доминирующие нормы в обществе. Важно отметить, что этот набор показателей отнюдь не является раз и навсегда заданным, впрочем, так же, как и любой из тех, которыми представлены основные смысловые блоки поведенческой модели. Он может претерпевать существенные изменения в зависимости от предметной области изучения или конкретной исследовательской задачи. Так, например, в исследованиях, посвященных проблемам доступности медицинских услуг для оп-

ределенных подгрупп населения со специфическими потребностями в медицинской помощи (лица с определенными формами онкологических заболеваний, хронические наркоманы, больные СПИДом, страдающие алкоголизмом), в набор переменных макроуровня дополнительно включаются и такие показатели, как наличие соответствующих профилю заболевания медицинских технологий или социальные нормы, регулирующие отношение к изучаемой проблеме [29].

Среди показателей, характеризующих саму систему оказания услуг, обычно выделяется политика в сфере здравоохранения, ресурсное обеспечение, особенности финансирования, т.е. все то, что, формируясь на уровне общества в целом, влияет на доступность и приемлемость для населения медицинской помощи. Анализ в поселенческом аспекте предполагает изучение медицинской инфраструктуры — наличие медицинских учреждений, а также обеспеченность медицинскими кадрами в месте проживания изучаемой когорты населения. Надо сказать, что, несмотря на то, что этот уровень анализа является традиционным для теоретического построения поведенческой модели — он присутствует и в первоначальном ее варианте как важная составная часть смыслового блока «*enabling factors*» — изучение этих переменных в исследованиях неравенств доступа к медицинским услугам остается весьма актуальным, поскольку до недавнего времени эти факторы не попадали в поле зрения специалистов, занятых эмпирическими исследованиями.

Помимо переменных, описывающих непосредственно ту среду, в которой происходит потребление медицинских услуг, в числе важнейших контекстных факторов рассматриваются также характеристики профессионалов-медиков и параметры их взаимодействия с пациентами. Провайдер медицинских услуг, прежде всего, врач, привлекает в последние годы особое внимание исследователей, поскольку сегодня не вызывает сомнения тот факт, что без учета характеристик профессионала-медика и особенностей его поведения во взаимоотношении с пациентом анализ факторов, влияющих на использование медицинских услуг, неполон. Выделяются в связи с этим две группы факторов: (1) определенные элементы predisposition потребителя и имеющихся условий для обращения к провайдеру, формирующиеся в результате взаимодействия с ним, и (2) характеристики медицинского персонала, оказывающие прямое влияние на использование услуг [28]. В первом случае речь идет о таких значимых факторах, отражающих желание и готовность пациента обратиться в систему здравоохранения, как наличие постоянного источника помощи, удобство получения услуги, необходимость доплат за услуги, предыдущий опыт использования. Результаты исследований подтверждают важность этих переменных с точки зрения их влияния на то, обращается ли индивид в систему здравоохранения в принципе. Так, ряд исследований доказал, например, что показатель прошлого опыта является мощным предиктором текущего использования и что включение его в число анализируемых факторов, влияющих на потребление медицинской помощи, позволяет повысить уровень объяснения вариаций зависимой переменной [30].

Все большее развитие получают и исследования, посвященные анализу второй группы факторов, а именно, прямого влияния характеристик провайдера (уровня подготовленности, пола, возраста, специализации врача и др.) на использование услуг здравоохранения [31; 32]. Считается, что эти факторы оказывают большое влияние на то, какой именно объем услуг потребляется. Доказано, в частности, что

такие характеристики провайдера, как уровень подготовленности или пол, оказывают существенное воздействие на использование пациентами медицинских услуг с профилактической целью [33]. Подтвержден результатами исследований и тот факт, что различия в уровнях использования услуг здравоохранения в значительной мере могут объясняться также тем, как именно врач принимает значимые для лечения заболеваний решения, привлекает ли пациента к выработке совместного решения или действует автономно [34; 35]. Вообще, влияние характеристик провайдера на использование медицинских услуг признается наименее изученным. Концептуальные рамки, в пределах которых будет проводиться исследование роли характеристик провайдера и взаимодействий между провайдером и пациентом в использовании услуг здравоохранения, требуют еще своего прояснения.

В целом же проблема выработки комплексного методологического подхода к изучению доступа к услугам здравоохранения с учетом влияния того контекста, в котором происходит использование медицинских услуг, и по сей день остается актуальной и требующей дальнейших исследований. Так, оценивая использование контекстуального подхода в эмпирических исследованиях, ряд аналитиков отмечает, что чаще всего работа ведется в рамках одной из составляющих модели. Изучается влияние либо внешней среды, либо системы здравоохранения, либо взаимосвязанных переменных, характеризующих провайдера и потребителя.

Основную проблему в разработке интегрированной контекстуальной модели и ее операционализации обычно связывают с недостаточным развитием баз данных и сложностью техники аналитической работы. В частности, отмечается, что в информационных базах, включающих данные по использованию медицинских услуг и самооценке доступа, как правило, отсутствуют переменные, позволяющие судить о факторах внешней среды, нет данных, характеризующих провайдера и т.д. Достаточно затрудненной оказывается и аналитическая работа, поскольку факторы внешней среды относятся к макропроцессам и измерение ведется на макроуровне, другие же переменные, например, характеристики провайдеров и потребителей относятся к индивидуальному уровню. Кроме того, отмечается и наличие обратных связей между отдельными переменными. Все это требует использования сложной техники анализа с применением контекстных, многоуровневых и иерархических моделей [28].

Таким образом, идентификация контекстных факторов и измерение их влияния на процесс использования медицинских услуг является сложной методологической проблемой. Решение ее, помимо своей научной значимости, представляет и огромный практический интерес — прежде всего, для разработчиков политики здравоохранения, заинтересованных, в частности, в оценке самостоятельной роли потребителя, провайдера и непосредственно среды, в которой они взаимодействуют, в формировании тех или иных уровней использования услуг здравоохранения.

Еще одна важная методологическая проблема, возникающая с новой концептуализацией доступа — это поиск путей измерения доступности медицинских услуг на основе оценки результатов их использования.

Если первоначально для изучения неравенств в первичном доступе к системе здравоохранения достаточно было зафиксировать сам факт обращения за медицинской помощью и основное внимание уделялось изучению детерминант использования (в рамках поведенческой модели), то с переходом к расширительному пониманию доступа — как оценки возможности получения пациентом всего комплекса

необходимых ему услуг — стало важным оценивать и эффекты, достигаемые вследствие обращения в систему здравоохранения. Необходимость в оценке результатов оказания медицинской помощи обуславливалась и переориентацией политики здравоохранения со все более широкого охвата населения страховочными сетками на поиск путей повышения эффективности функционирования системы здравоохранения.

В силу этих обстоятельств и концептуальные рамки модели Андерсена расширялись за счет включения в сферу анализа проблем доступа результатов (эффектов) от использования медицинских услуг. Так, уже на определенном этапе развития поведенческой модели (вторая и третья модификации) с этой целью были введены прямые, четкие индикаторы получаемых вследствие использования услуг здравоохранения результатов — а именно, удовлетворенность потребителя и изменения в статусе здоровья пациента [27].

Вместе с тем, следует отметить, что сама по себе возможность ставить перед собой задачу измерения доступа к услугам здравоохранения с учетом эффектов медицинского вмешательства появилась только с разработкой надежных инструментов оценки собственно здоровья человека и, соответственно, тех его сдвигов, которые могли бы рассматриваться как следствие использования услуг здравоохранения. Примечательно, что мощным стимулом к поиску такого инструмента для измерения важнейших характеристик здоровья, в свою очередь, послужили именно практические соображения, т.е. попытка оценить результативность медицинского вмешательства.

Так, с начала 1980-х гг., когда под конечной целью медицинского обслуживания стало пониматься достижение более насыщенной жизни пациента, поддержание его способности к функционированию и общего благополучия, открылись новые перспективы в измерении здоровья как сложного многовариантного феномена, что до сих пор представляло серьезную методологическую проблему [36; 37; 38; 39; 40]. В частности, именно с признанием центральной роли пациента в оценке эффективности функционирования системы медицинских услуг стало понятно, что сам пациент является лучшим источником информации, касающейся использования услуг здравоохранения [41]. Поэтому в исследованиях, получивших особое распространение в последней четверти XX столетия, в качестве инструмента в оценке изменений в статусе здоровья среди населения стали использовать измерительные шкалы, построенные на основе данных массовых опросов [42; 43; 44; 45]. Применявшиеся в этих исследованиях методики основывались на концепции множественности измерений здоровья, в которых находят отражение важнейшие характеристики как физического, так и психического состояния, а также различные манифестации функционирования и благополучия индивида [46]. По общему мнению специалистов, такой подход к оценке здоровья обеспечил возможность глубже понять существующие среди населения различия в статусе физического и психического здоровья, а также оценить тот эффект, который оказывает лечение на общий статус здоровья.

Именно этот концептуальный подход к оценке результатов использования медицинских услуг в аспекте изменения состояния здоровья пациента получил наибольшее распространение в последнее время при проведении эмпирических исследований. Методики оценки функционального статуса и благополучия человека

широко используются в западных исследованиях при измерении результатов оказания медицинской помощи отдельным специфическим подгруппам населения — хроническим больным, инвалидам, а также помощи по отдельным видам медицинских услуг, например, в случаях стационарного лечения [47; 48; 49]. Следует отметить и успешный результат российских исследователей при использовании одной из методик оценки качества жизни пациентов (*MOS SF-36*), страдающих онкологическими заболеваниями [50].

В последние годы все чаще предпринимаются попытки измерить эффект от использования услуг не только через показатели собственно здоровья и непосредственно связанных с состоянием здоровья элементов качества жизни, но и путем оценки изменения таких статусных характеристик индивида, как материальное положение и профессиональная деятельность, в результате ограничения доступа к услугам здравоохранения. Понятно, что уровень материальной обеспеченности пациента и его семьи в случае болезни может ухудшаться в силу целого ряда причин, например, вследствие значительных затрат собственных средств на лечение или уменьшения заработка при большой продолжительности заболевания. Ограниченные возможности получения медицинской помощи часто отражаются и на профессиональной деятельности — перерывы в работе, вынужденная смена профессии. Затрудненный доступ к системе здравоохранения может привести также к увеличению нагрузки по лечению и уходу за больным на членов его семьи, близких, что в свою очередь может отразиться и на их возможностях выполнять привычные ролевые функции. Отдельные эмпирические исследования подтвердили наличие таких связей [51].

Таким образом, очевидно, что в исследовании использования услуг здравоохранения, так же, как и в изучении доступа к ним, делается все больший акцент на анализе последствий обращения за медицинской помощью, и в частности, результатов, влияющих на здоровье индивидов. Применение методик, дающих возможность оценить изменения в здоровье в широком его понимании, включающем важные аспекты качества жизни, свидетельствуют о стремлении рассматривать в качестве центрального результата (цели) предоставления медицинских услуг поддержание общего благополучия человека.

Именно такая идеология закладывается и в формулировку Всемирной организацией здравоохранения основных принципов функционирования систем оказания медицинских услуг населению, независимо от реализуемых в тех или иных странах форм организации или характера финансирования медицинской помощи [52]. Согласно концепции ВОЗ, деятельность системы оказания медицинских услуг признается эффективной, если она достигает трех главных целей своего функционирования: улучшение здоровья нации, соответствие деятельности системы легитимным ожиданиям населения, соблюдение принципов справедливости в распределении ресурсов системы и получении медицинской помощи. Предложенная Всемирной организацией здравоохранения методика оценки достижения сформулированных целей включает довольно широкий набор индикаторов.

Так, достижение первой цели — улучшение здоровья — оценивается не только по показателям смертности, ожидаемой продолжительности жизни, но, что чрезвычайно важно, и с позиций оценки качества жизни. Для измерения одного из аспектов качества жизни вводится показатель продолжительности жизни, свободной от нетрудоспособности.

В формулировке второй цели — соответствие легитимным ожиданиям населения — очевидно стремление ВОЗ ставить в центр внимания системы здравоохранения не болезнь, а человека со всеми его правами, проблемами, ожиданиями. Оценка степени достижения этой цели осуществляется в двух аспектах: соблюдение общих прав человека в процессе его взаимодействия с системой здравоохранения и восприимчивости системы к ожиданиям, запросам клиента относительно условий предоставления медицинской помощи.

Основные характеристики соблюдения прав человека в данном контексте включают: уважение человеческого достоинства; соблюдение конфиденциальности медицинской информации и права человека самому определять, кто может получить сведения о его здоровье; обеспечение автономности индивида в его взаимодействии с системой оказания медицинских услуг, и в частности, его права на участие в принятии решения относительно способов лечения.

Степень восприимчивости системы здравоохранения к ожиданиям клиента оценивается по следующим ключевым параметрам: уровень комфортности в получении услуг; своевременность медицинской помощи — как в случаях острой потребности в ней, так и в ситуациях, когда допустим разумный срок ожидания; и, наконец, возможность реализации права пациента на выбор медицинского учреждения и провайдера.

Взгляд на систему здравоохранения не только как на совокупность медицинских учреждений, оказывающих необходимую помощь в случае болезни, но и как на общественный институт, участвующий в формировании социального климата и в решении проблем социальных неравенств, предопределил постановку третьей цели ее функционирования — соблюдение принципа справедливости при взимании средств с населения для формирования финансовых ресурсов здравоохранения и при получении медицинских услуг. Приемлемым и желаемым признается такое распределение финансовых нагрузок на доходы населения, при котором суммарная величина средств, взимаемых с населения на поддержание системы и непосредственно расходованных пациентом в виде прямой оплаты медицинских услуг из собственного кармана, не должна ложиться непосильным бременем на бюджет семьи, индивида и подрывать основы их материального благополучия. Эти расходы должны быть по силам семьям с любым уровнем дохода и не приводить к отказу от медицинской помощи по финансовым соображениям. Основным механизмом реализации такого принципа считается более широкое распространение предварительных (до наступления ситуации риска для здоровья), длительных финансовых отчислений от доходов населения через систему налогообложения или социального страхования, поскольку прямые расходы на оплату медицинских услуг, как правило, носят регрессивный характер. По мнению специалистов, наибольшее приближение к равенству в доступности медицинской помощи возможно лишь при формировании ресурсов системы здравоохранения на основе предварительной оплаты с использованием прогрессивных или нейтральных систем налогообложения или социального страхования.

В опубликованном ВОЗ в июне 2000 г. списке стран, ранжированных по степени достижения основных целей функционирования систем здравоохранения, Россия занимает 130-е место, оставляя далеко впереди себя не только высокоразвитые страны Запада, но и бывших партнеров по социалистическому лагерю и даже некоторых представителей бывших союзных республик [52].

Основные методы сбора информации и измерения доступа

Традиционно исследования доступа опирались на массовые опросы населения — именно они на протяжении долгого времени были особенно распространены в качестве основного метода сбора информации и измерения доступности медицинских услуг. В фокусе внимания специалистов при проведении таких опросов находится изучение различий в использовании населением медицинских услуг, что с учетом оценки потребностей в этих услугах различных групп, выделяемых по социально-статусным характеристикам (доход, образование, возраст, принадлежность к национальным меньшинствам) позволяет выявить неравенство в распределении доступа [17; 53; 54; 55; 56]. Одним из важных результатов при проведении таких опросов — особенно значимым для обоснования национальной политики здравоохранения — является идентификация групп, характеризующихся ограниченным доступом к услугам здравоохранения, что рассматривается как следствие скорее невыгодности (уязвимости) их социального положения, нежели статуса здоровья.

Поведенческая модель, в рамках которой Проводятся эти опросы, дает хорошую возможность достаточно полно изучить характеристики индивидов, определяющих их социальную позицию в обществе, взгляды (ожидания) в отношении доступности услуг здравоохранения, и, наконец, их поведение в процессе использования медицинской помощи. Потребность в медицинских услугах определяется в таких исследованиях, как уже отмечалось, через оценку здоровья, измеряемого различными способами, — используются, например, показатели общего или осознаваемого статуса здоровья, функционирования индивида по ключевым видам деятельности, симптоматике заболеваний и т.д. Что касается методов измерения самого доступа, в массовых опросах респондентам задаются относительно стандартные вопросы, охватывающие следующие темы: обычный источник помощи; задержка в получении медицинских услуг; барьеры на пути получения услуг; использование услуг врачей, занятых в сфере оказания амбулаторной помощи и стационарах; использование профилактических услуг; удовлетворенность полученной помощью.

Большинство опросов продолжают и по сей день полагаться именно на эти, ставшие уже традиционными, измерения доступа, однако в некоторых из них предпринимаются попытки более углубленного изучения отдельных аспектов доступности медицинской помощи, затрагиваются новые области исследования и, соответственно, вводятся дополнительные переменные. Анализируются, например, природа или последствия барьеров к доступу, удовлетворенность провайдерами медицинских услуг, информированность потребителей по вопросам получения доступа к услугам и некоторые другие темы [51]. Вместе с тем, более широкий подход к изучению доступа, включающий анализ влияния характеристик самой системы здравоохранения, процесса оказания услуг, взаимодействия потребителя с системой, на доступность медицинской помощи обнаруживает ограниченность возможностей массового опроса и требует использования иных методов получения информации. Так, в анкеты включается лишь очень ограниченный круг вопросов о системе здравоохранения и взаимодействии пациента с провайдером. Очевидно, и это было подтверждено рядом исследований, что респонденты плохо знают многие аспекты функционирования системы. Еще менее надежными считаются полученные от населения сведения о процессе получения медицинской помощи. Так, в частности, точность данных о визите к врачу, особенно к специалисту, зависит от многих обстоятельств,

в том числе, от знания опрашиваемым медицинской терминологии, длительности и качества взаимодействия с провайдером, времени, которое прошло с момента визита до интервью [57]. Большие возможности в изучении факторов среды (или контекста), влияющих на использование услуг, а также взаимодействия пациента с системой здравоохранения, по мнению специалистов, открываются с привлечением в качестве источника информации провайдеров медицинских услуг. Наиболее важным обстоятельством, заставляющим использовать опросы профессионалов-медиков, является необходимость изучения того, как структурные изменения системы здравоохранения, введение новых схем управления и способов финансирования медицинских учреждений, реализация специализированных социально-медицинских программ отражаются на деятельности врача и, в частности, на взаимодействии с другими врачами и пациентами [28]. Например, в нашей бюджетно-страховой медицине, с широким распространением государственных специализированных центров медицинской помощи, важно изучить, как меняются функции специалистов районных амбулаторно-поликлинических учреждений, в состоянии ли врачи поликлиники выполнять роль координаторов всего курса лечебной помощи пациенту и т.д. В целом, как отмечают специалисты, изменение в поведении врача является значимой переменной в использовании услуг, в свою очередь зависящей от преобразований, происходящих на макроуровне — в стратегии, политике развития сферы здравоохранения, структуре системы, предоставляющей медицинскую помощь [58].

Массовые опросы населения признаются малопригодными и для изучения доступа, включающего результаты использования медицинских услуг. Для этих целей более адекватным считается опрос групп населения со специфическими потребностями в медицинской помощи, выделяемых обычно либо по диагнозу, либо по возрастному признаку (дети, пожилые люди). Очевидно, что при этом требуется внесение существенных изменений в методический инструментарий. Для того чтобы опросы дали информацию о доступе таких категорий граждан к необходимым им медицинским услугам, необходимо, чтобы они включали в себя не только обоснованные и клинически значимые измерения диагноза или состояния, но и специфические для определенных состояний индикаторы использования услуг, которые бы давали возможность оценить, хорош доступ или плох [59]. Те же индикаторы доступа, которые приемлемы для здоровых индивидов и обычно используются в реализациях модели Андерсена (использование услуг в соответствии с потребностью), оказываются в данном случае не информативными. Действительно, такие традиционные показатели, как «посетил ли врача в течение года», число визитов и наличие постоянного источника услуги, представляются явно недостаточными для того, чтобы выявить различия в доступе как между группами со специфическими потребностями и всеми остальными, так и внутри групп, характеризующихся наличием серьезных проблем со здоровьем. Следует отметить, что большее внимание к лицам, обладающим специфическими потребностями, и, соответственно, нуждающимся в специализированных услугах, — а это прежде всего люди, страдающие хроническими заболеваниями и инвалиды, объясняется также тем обстоятельством, что лечение этих групп обходится значительно дороже и именно они «в большей степени по сравнению со здоровыми людьми выигрывают или проигрывают вследствие изменений в системе здравоохранения» [60; 61].

Разумеется, сбор информации с использованием массовых опросов остается широко используемой и информативной для определенных исследовательских задач

практикой при изучении доступности услуг здравоохранения. Вместе с тем, приведенные соображения подтверждают вывод большинства аналитиков, заключающийся в том, что метод массового опроса в настоящее время не вполне адекватен тем новым задачам в исследовании доступа, которые актуализируются новыми тенденциями современного здравоохранения, усложнением его структуры и изменением характера взаимодействия с потребителями медицинских услуг. Ограниченность возможностей традиционных массовых опросов в операционализации современного расширительного подхода к измерению доступа требует существенного изменения содержания опросов, а также усиливает необходимость связывания опросов потребителей с другими базами данных, в частности, с опросами провайдеров. Это дает гораздо больше возможностей в осмыслении того, как процессы, происходящие в меняющейся организационной и финансовой ситуации в здравоохранении, влияют на доступ к услугам внутри системы, как индивиды взаимодействуют с системой и каковы эффекты, оказываемые на здоровье пациентов.

Литература

1. Шишкин С.В. Проблемы и возможные сценарии развития системы медицинского страхования // *Здравоохранение*. 1999. № 5.
2. Шишкин С.В. Дилеммы реформы здравоохранения // *Вопросы экономики*. 1998. № 3.
3. Дмитриев М. Социальная сфера в условиях финансового кризиса: проблемы адаптации // *Вопросы экономики*. 1999. № 2.
4. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Издат-центр, 1998.
5. Канаева О.А. Здравоохранение России: есть ли выход из кризиса? // *Вестник СПбГУ*. Сер 6. 2000. Вып. 3(№ 21).
6. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // *Экономика здравоохранения*. 2000. № 5–6.
7. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства // *Вопросы экономики*. 1998. № 10.
8. Brown J., Rusinova N. Negotiating the Post-Soviet Medical Marketplace: Growing Gaps in the Safety Net // *Russia's Torn Safety Nets: Health and Social Welfare During the Transition* / Eds. M.G. Field, J.L. Twigg. St. Martin's Press, 2000.
9. Десятилетие экономических реформ в Санкт-Петербурге / Под общ. ред. С.А. Васильева. СПб.: ГП МЦСЭИ «Леонтьевский центр», 2001.
10. Rowland D. Health Care of the Poor: The Contribution of Social Insurance // *Medical Care and Health Care of the Poor* / Eds. D. Rogers, E. Ginzberg. N.Y.: Westview Press, 1993.
11. Grumbach K., Vranizan K., Bindman A. Physician Supply and Access to Care in Urban Communities // *Health Affairs*. 1997. Vol. 16. No. 1.
12. Davis K., Rowland D. Uninsured and Underserved: Inequities in Health Care in the U.S. // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1983. Vol. 61. No. 2 (spring).
13. Rowland D., Lyons B. Triple Jeopardy: Rural, Poor, and Uninsured // *Health Services Research*. 1989. Vol. 23. No. 6.
14. The Robert Wood Johnson Foundation. Access to Health Care: Key Indicators for Policy. Princeton, N.Y.: The Robert Wood Johnson Foundation, 1993.
15. Aday L.A. At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.
16. Davis K., Gold M., Makuc D. Access to Health Care for the Poor. Does the Gap Remain? // *Annual Review of Public Health*. 1981. No. 2.
17. Kleinman J., Gold M., Makuc D. Use of Ambulatory Medical Care by the Poor: Another Look at Equity // *Medical Care*. 1981. Vol. 19.

18. Donelan K., Blendon R., Hill C., Hoffman C. et al. Whatever Happened to the Health Insurance Crisis: Voices from a National Survey // *Journal of the American Medical Association*. 1996. Vol. 276 (16).
19. Cooper P.F., Schone B.S. More Offers, Fewer Takers for Employment-based Health Insurance: 1987–1996 // *Health Affairs*. 1997. Vol. 16. No. 5.
20. Schoen C., Lyons B., Rowland D., Davis K., Puleo E. Insurance Matters for Low-Income Adults: Results from a Five-State Study // *Health Affairs*. 1997. Vol. 16. No. 5.
21. Andersen R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // *Research Series*. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968.
22. Department of Health Social Security Inequalities in Health (Black Report). Report of a research working group chaired by Sir Douglas Black. London: DHSS, 1980.
23. Whitehead M. et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? // *British Medical Journal*. 1997. Vol. 315.
24. Makinen M., Waters H., Rauch M. et al. Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition // *Bulletin of the World Health Organization*. 2000. Vol. 78.
25. Решетников А.В. Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М.: Финансы и статистика, 1998.
26. Andersen R., Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1973. Vol. 51. No. 1.
27. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? // *Journal of Health and Social Behavior*. 1995. Vol. 36.
28. Phillips K.A., Morrison K.R., Andersen R.M., Aday L.A. Understanding the context of health-care utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization // *Health Services Research*. 1998. Vol. 33. No. 3.
29. Leukefeld C.G. A health use framework for drug-abusing offenders // *American Behavioral Scientist*. 1998. Vol. 41. No. 8.
30. Pottick K., Hansell S., Gutterman E., White H.R. Factors Associated with Inpatient and Outpatient Treatment for Children and Adolescents with Serious Mental Illness // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995. Vol. 34. No. 4.
31. Mirowsky J., Ross C.E. Patient Satisfaction and Visiting the Doctor: A Self-Regulating System // *Social Science and Medicine*. 1983. Vol. 17 (18).
32. Nichol M.B., Stimmel G.L., Lange S.C. Factors Predicting the Use of Multiple Psychotropic Medications // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1995. Vol. 56. No. 2.
33. Lurie N., Slater J., McGovern P., Ekstram J. et al. Preventive Care for Women: Does the Sex of the Physician Matter? // *The New England Journal of Medicine*. 1993. № 329.
34. Katz B.P. Demographic Variation in the Rate of Knee Replacement: A Multi-Year Analysis // *Health Services Research*. 1996. Vol. 31. No. 2.
35. Wennberg J.E., Barnes W.A., Zubkoff M. Professional Uncertainty and the Problem of Supplier Induced Demand // *Social Science and Medicine*. 1982. Vol. 16.
36. McDermott W. Absence of indicators of the influence of its physicians on a society's health: Impact of physician care on society // *American Journal of Medicine*. 1981. Vol. 70.
37. Cluff L.E. Chronic disease, function and the quality of care // *Journal of Chronic Diseases*. 1981. Vol. 34.
38. Ellwood P.M. Outcomes management: A technology of patient experience (Shattuck Lecture) // *New England Journal of Medicine*. 1988. Vol. 318.
39. Schroeder S.A. Outcome assessment 70 years later: Are we ready? // *New England Journal of Medicine*. 1987. Vol. 316.
40. Tarlov A.R. The increasing supply of physicians, the changing structure of the health-services system, and the future practice of medicine (Shattuck Lecture) // *New England Journal of Medicine*. 1983. Vol. 398.

41. Geigle R., Jones S.B. Outcomes measurement: A report from the front // *Inquiry*. 1990. Vol. 27.
42. Berki S.E., Ashcraft M.L. On the analysis of ambulatory utilization: An investigation of the roles of need, access and price as predictors of illness and preventive visits // *Medical Care*. 1979. Vol. 17.
43. Dupuy H.J. The psychological general well-being (PGWB) index // *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* / Eds. N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg, J. Elinson. New York, NY: Le Jacq Publishing Company, 1984.
44. Ware J.E. Scales for measuring general health perceptions // *Health Services Research*. 1976. Vol. 11.
45. Williams J.D., Lindern A.C. A computer program for two-way analysis of variance with multiple covariates (ANCOVA2). Grand Forks: Computer Center, University of North Dakota, 1976.
46. Ware J.E. Standards for validating health measures: Definition and content // *Journal of Chronic Diseases*. 1987. Vol. 40.
47. Hays R.D., Shapiro M.F. An overview of generic health related quality of life measures for HIV research // *Quality of Life Research*. 1991. No. 1.
48. Bayliss M.S., Gandek B., Bungay K.M. et al. A questionnaire to assess the generic and disease-specific health outcomes of patients with chronic hepatitis C // *Quality of Life Research*. 1998. Vol. 7. No. 1.
49. Sculpher M. A cost-utility analysis of abdominal hysterectomy versus transcervical endometrial resection for the surgical treatment of menorrhagia // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1998. Vol. 14. No. 2.
50. Новик А.А., Ионова Т.Н., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999.
51. Eden J. Measuring access to care through population-based surveys: where are we now? (The Measurement of Access — Where Are We Now?) // *Health Services Research*. 1998. Vol. 33. No. 3.
52. The World Health Report, 2000.
53. Andersen R., Kravitz J., Anderson O. *Equity in Health Services: Empirical Analysis in Social Policy*. Cambridge, MA: Ballinger Pub. Co, 1975.
54. Aday L.A., Andersen R.M., Fleming G.V. *Health care in the US: equitable for whom?* Beverly Hills, Calif: Sage Publications, 1980.
55. Aday L.A., Fleming G.V., Andersen R.M. *Access to medical care in the US: who has it, who doesn't*. Chicago, III: Pluribus Press, 1984.
56. Lieu T.A., Newacheck R.W., McManus M.A. Race, Ethnicity, and Access to Ambulatory Care Among U.S. Adolescents // *American Journal of Public Health*. 1993. Vol. 83. No. 7.
57. Sudman S., Bradburn N. Effects of Time and Memory Factors on Response in Surveys // *Journal of the American Statistical Association*. 1972. Vol. 344.
58. Sofaer S. Aging and primary care: an overview of organizational and behavioral issues in the delivery of healthcare service to older Americans // *Health Services Research*. 1998. Vol. 33. No. 2.
59. Kasper J.D. Asking about access: challenges for surveys in a changing healthcare environment. (What Can We Realistically Expect from Surveys? Constraints of Data and Methods) // *Health Services Research*. 1998. Vol. 33. No. 3.
60. Hoffman C., Rice D., Sung H. Person with Chronic Conditions: Their Prevalence and Cost // *Journal of the American Medical Association*. 1996. Vol. 176.
61. Tarlov A.R., Ware J.E., Greenfield S., Nelson E.C., Perrin E., Zubkoff M. The Medical Outcomes Study: An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care // *Journal of the American Medical Association*. 1989. Vol. 262.