

DOI: 10.12731/wsd-2017-2-200-213

УДК 614

## ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Худоногов И.Ю., Липилкин П.В., Ким В.В.*

**Цель.** Изучение влияния непосредственной коммуникации пациента с врачом на различные информационно-когнитивные индикаторы качества медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Обследовано 100 пациентов (44 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 18 до 72 лет. Социологическое обследование включало признаки, характеризующие толерантность пациентов к ущемлению прав, их лидерские качества, мотивационно-ценностную сферу, уровень личной ответственности за собственное здоровье и жизнь, познавательную активность и др. Выделялось два статуса пациентов – наличие (51 респондент – 1-я группа) или отсутствие (49 респондентов – 2-я группа) личного знакомства пациента с врачом.

**Результаты.** По данным проведенного исследования личное знакомство пациента с врачом усиливает комплаентность в 2,2 раза ( $p < 0,001$ ); углубляет понимание собственной медицинской некомпетентности в 3,8 раза ( $p = 0,05$ ); усиливает желание получить дополнительные медицинские данные о своем здоровье в 7,7 раз ( $p < 0,05$ ); повышает интегральный показатель качества медицинской помощи практически двукратно.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что изучение качества медицинской помощи в сфере информационно-когнитивных взаимодействий является наиболее перспективным направлением развития дисциплины общественное здоровье и здравоохранение.

**Ключевые слова:** информационно-когнитивная эффективность; медицинская услуга; доверие; социальные взаимодействия; социальная сетевая конструкция; качество медицинской помощи; информационно-когнитивное пространство.

## INFORMATION-COGNITIVE EFFECTIVENESS OF PHYSICIAN AS AN INDICATOR OF HEALTH CARE QUALITY

*Khudonogov I. Yu., Lipilkin P.V., Kim V.V.*

***The purpose of the study.*** Studying the influence of the patient's direct communication with the doctor on various information-cognitive indicators of the quality of care.

***Materials and methods.*** The authors examined 100 patients (44 men and 56 women) aged 18 to 72 years. The sociological survey included signs: patients' tolerance of infringement of rights, their leadership qualities, motivation and value sphere, level of personal responsibility for their own health and life, cognitive activity, etc. Two patients' statuses were singled out: 51 respondents (1st group) were personally familiar with the attending physician, 49 respondents (2nd group) had no personal acquaintance with the attending physician.

***Results.*** According to the study, the patient's personal acquaintance with a doctor enhances compliance 2.2 times ( $p < 0.001$ ); Deepens the understanding of own medical incompetence by 3.8 times ( $p = 0.05$ ); Increases the desire to get additional medical data about your health in 7.7 times ( $p < 0.05$ ); Increases the integral indicator of the quality of care almost doubled.

***Conclusion.*** The results of the conducted research allow drawing a winding up that the study of the quality of medical care in the field of information-cognitive interactions is the most promising direction of development of the discipline of public health and health care.

***Keywords:*** information-cognitive effectiveness; medical service; trust; social interaction; social network structure; quality of medical care; the information-cognitive space.

### Введение

Современная робототехника активно ставит и успешно решает задачи, связанные с интерпретацией информационных потоков, поступающих с некоторого числа датчиков в центр обработки информации. При этом распознавание объектов является жизненно важной составляющей функционирования любых информационных систем [13, с. 25]. К подобным системам, безусловно, относится и человек, который осуществ-

влет когнитивную оценку поступающей информации практически постоянно, и оценка эта определяет всю последующую поведенческую активность. Однако в отличие от роботов человеческая эволюция шла по пути избирательного предпочтения субъективной информации, поступающей из опосредованных источников, от так называемых агентов влияния или акторов [11, с. 14], которые сознательно или по искреннему заблуждению могли генерировать объективные или искаженные данные о реальном объекте или процессе. К ним можно отнести шаманов, жрецов, священников, ученых, деятелей культуры, педагогов, политиков, авторов СМИ и т.п. На этом базисе собственно и построена социализация человечества, использующая единственный информационный канал – социальное взаимодействие (СВ). С учетом стабильности СВ можно представить в виде определенного числа нитей, объединяющих членов общества между собой. По аналогии с интернетом СВ можно представить в виде некоторой социальной сети (СС) [7, с. 52–54]. В описываемой СС каждая нить по носителю является информационной, а по своей природе – когнитивной, т.е. позволяющей распознать и оценить некоторый реальный объект (до непосредственного столкновения) и выработать стратегию поведения по отношению к нему. С учетом наличия вертикальных и горизонтальных социальных связей пространственная конфигурация СС может быть двух- или трехмерной [16, с. 642]. Сами СВ внутри СС сравнимы с такими представлениями как множество электрических искр, пробегających непрерывно в обе стороны между одними другим контакторами [8, с. 37].

Если принимать в расчет социальный, экономический и информационный аспекты функционирования системы охраны здоровья граждан, то в указанных контекстах здравоохранение может быть представлено в качестве социальной сетевой конструкции (ССК), которая выражает всю медицинскую деятельность (МД), прежде всего производство медицинских услуг (МУ), через СВ. Несмотря на то, что МУ с точки зрения экспертов в области оценки качества медицинской помощи (КМП) имеют значительную вариабельность характеристик [12, с. 13] (один и тот же врач по-разному в зависимости от обстоятельств может помочь одному и тому же пациенту [5, с. 42]), итоговое представление, которое формируется у потребителя МУ, с оценочной точки зрения может быть классифицировано как негативное, нейтральное, или позитивное. При этом именно высококачественные МУ соответствуют позитивным оценкам, что и обеспечивает медицинской организации устойчивое положение на

рынке, повышает ее конкурентоспособность, степень удовлетворенности потребителей МУ и их лояльность к медработникам [9, с. 356].

Таким образом, возникает необходимость расширить перечень уже известных видов эффективности здравоохранения за счет включения информационно-когнитивной эффективности (ИКЭ), которая напрямую характеризует удовлетворенность пациентов КМП. То есть, ИКЭ определяется нами как создание дополнительной прибыли медицинской организации (МО), связанной с обращением новых пациентов, привлеченных позитивным информационным полем (положительной аурой) вокруг осуществляемой МД. Иными словами, ИКЭ – это рост доверия пациентов, который способствует расширению клиентской базы производителя МУ. С другой стороны, ИКЭ может рассматриваться по отношению к отдельно взятому пациенту как амплитуда изменения определенных характеристик личности. Основным инструментом указанных изменений является СВ с врачом при оказании МУ.

В соответствии с гипотезой нашего исследования ИКЭ МД опосредуется позитивной когнитивной информацией (ПКИ) о МУ, распознавание которой формирует самосохранительные решения, связанные с определенной МО. При этом информация, которая позволяет судить о тех или иных качествах объекта оценки [2, с. 44] (например, ПКИ) способна переходить из раздела спонтанных оценочных суждений (побочного продукта МД, которым пациенты делятся друг с другом) в раздел самостоятельных информационных продуктов (товаров), подлежащих обмену [4, с. 14–15], имеющих некоторую потребительскую стоимость и распространяемых внутри медицинской ССК. Следует отметить двойственный характер ПКИ. С одной стороны, она чрезвычайно востребована пациентом, желающим получить МУ высокого качества, т.е. является для него жизненно важной, а с другой, может рассматриваться как своеобразная валюта [3, с. 109–111], которой каждый пациент расплачивается с МО, не подозревая об этом, во время общения с другими пациентами. При этом необходимо учитывать ролевую визуализацию информационного процесса и рационально понимать и использовать объектность пациента (пациентов) и субъектность МО. В конечном итоге именно уровень доверия, который возник у одного потребителя МУ и характеризует МД конкретного врача в конкретной МО, передается другому (потенциальному) пациенту, и тот принимает решение, исходя из полученной информации.

В стандартной ситуации, при появлении у человека признаков заболевания, он принимает решение об обращении в МО за помощью. Возника-

ет некоторая альтернатива выбора: либо обратиться к врачу, который уже известен как специалист на протяжении значительного времени (т.е. можно говорить о личном знакомстве), или по совету людей из ближнего круга (родных, друзей и т.п.), по их рекомендации посетить другого врача. В контексте нашей работы мы не упоминаем интернет, поскольку виртуальные рекомендации не имеют той степени доверия, которая возникает при непосредственном общении. Надежным основанием для репутации каждого врача как специалиста высокого уровня является его непосредственная индивидуальная лечебная практика, формирующая позитивное информационное поле – ПККИ. ПККИ воздействует на пациентов и отражается в рамках соответствующих индивидуальных оценочных критериев. Далее ПККИ может символизироваться и обобществляться, т.е. распространяться за пределы одной личности, или конвертироваться в отзывы-рекомендации от конкретного пациента на конкретного врача. В итоге потенциальный пациент получает достаточный объем входящей информации (отзывов-рекомендаций). Усвоенная характеристика качества МУ, предоставляемой данным врачом, либо способствует повышению стремления посетить упомянутого специалиста (укрепляет доверие на долгосрочную перспективу), либо напротив, дискредитирует его. Следует учитывать случаи, при которых информация о враче полностью отсутствует. При этом за точку отсчета (условный ноль) потенциальный пациент принимает свой предыдущий опыт, который соответствует иному (чаще нейтральному) уровню доверия (УД), а конкретное СВ с незнакомым ему врачом, как собственно и сам результат лечения будут формировать новую субъективную оценку КМП, состоящую из позитивной или негативной когнитивной информации. С методической точки зрения большой интерес может представлять изучение УД как фактора потребительской оценки КМП. Также заслуживают пристального внимания такие оценочные критерии, как способ посещения врача (живая очередь или предварительная запись на определенное время приема), длительность ожидания МУ и др. До настоящего времени недостаточно ясен сам механизм, обеспечивающий благотворное влияние на оценку КМП высокого УД, и функция коллективного интеллекта [10, с. 117], представляющая из себя надежную опору для врача и состоящая из повторных (вылеченных) пациентов. Очевидно, что обмен информационными ресурсами в процессе лечения позволяет достигать в противостоянии с болезнью положительного результата значительно чаще и быстрее. Анализируя предпочтения первичных пациентов, можно заметить интересную тенденцию

– их выбор врача, как правило, основывается на удовлетворённости КМП других пациентов. В данном случае надежда на полную удовлетворённость ожидаемым результатом и готовность терпеть некоторые недостатки медицинской помощи обусловлены высоким УД. Вышесказанное позволяет утверждать, что доктор, вызывающий доверие и обеспечивающий в среде пациентов устойчивые ожидания высокого КМП, является актором самосохранения как процесса. Следовательно, немаловажную роль в предпочтении определенного доктора будут играть мотивы аффилиации [6, с. 26], [14, с. 68], [15, с. 39–44]. При этом самоценность общения, или его здоровьесберегающие функции не входили в ядро работы. Нас интересовали технические аспекты процесса СВ пациентов и врачей в когнитивно-информационном пространстве (КИП). Причем основное внимание было уделено дифференциальной диагностике стратегий поведения пациентов при отсутствии или наличии у них общего с врачом КИП. Следует заметить, что на сегодняшний день проблема недостаточной коммуникации врача с пациентом в Российской Федерации стоит достаточно остро, особенно это относится к врачам, работающим в системе ОМС. Они вынуждены ограничивать свое СВ с пациентом в строгом соответствии с действующим нормативом времени обслуживания. Весь информационный и медицинский процесс коммуникации субъекта-врача с объектом-пациентом должен укладываться в 15–20 минут. Более того, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи не включает МУ информационного характера как таковые. Можно говорить об общемировой тенденции, выражающейся в предпочтении формального общения («ничего личного»). Стала ощутимой реальностью угроза распространения деперсонализованного межличностного общения и в медицине. Из под СВ пациента и врача выбивается основа, включающая непосредственную коммуникацию, т.к. процесс производства МУ в современной медицинской среде считается настолько высокотехнологичным, что более удобно рассматривать пациента в качестве сырья, ресурса или еще чего-то неодушевленного или находящегося под наркозом. Однако независимо от нашего желания качество медицинских услуг отражается в КИП напрямую, и пациенты путём простого общения друг с другом достаточно быстро узнают подробные характеристики МД. Актуальность настоящего исследования заключается в разработке альтернативных подходов к оценке КМП. Существующие оценочные системы выражают концепцию Аведиса Донабедиана [17, с. 1743–1748], [18, с. 153–166], благодаря которой вот уже более 40 лет

в здравоохранении мониторируются признаки, отражающие конкретное время, пространство, медицинских работников, отделение или учреждение посредством соответствующих показателей. При этом ИКП (аура МП), генерируемое постоянно самим процессом оказания МУ, остается в тени. Также игнорируется пока среди организаторов здравоохранения и распространение информации, ассоциированной с МП, как между врачами и пациентами, так и между повторными и первичными пациентами (т.е. в популяции). Не удивительно, что в сложившейся ситуации остаются недоступными внятные объяснения различных предпочтений и особенностей выбора пациентом конкретного самосохранительного решения.

### **Цель работы**

Все вышесказанное определило цель нашего исследования, которая сводилась к изучению влияния непосредственной коммуникации пациента с врачом (ИКЭ врача) на различные информационно-когнитивные индикаторы КМП.

### **Материалы и методы исследования**

Первичный материал был получен в результате социологического опроса взрослых жителей г. Ростова-на-Дону. Анкетирование проводилось в 2016 г. Рандомизированная выборка включала 100 респондентов. Возраст 44 мужчин и 56 женщин находился в пределах от 18 до 72 лет. Выборка группировалась по критерию наличия (51 респондент – 1-я группа) или отсутствия (49 респондентов – 2-я группа) личного знакомства пациента с врачом, который предоставлял ему МУ. Группы сравнивались с использованием признаков, характеризующих толерантность пациентов к ущемлению прав, их лидерские качества, мотивационно-ценностную сферу, уровень личной ответственности за собственное здоровье и жизнь, познавательную активность и др. Если ответ на вопрос анкеты был положительным (пациент соглашался с предлагаемым высказыванием), то цифровое выражение индикатора приравнивалось к единице. Несогласие пациента (отрицательный ответ) приравнивалось к нулю. Степень доверия по каждому индикатору соответствовала сумме всех единиц внутри группы и выражалась в %.

Статистическая обработка данных выполнялась с применением стандартного пакета программ Microsoft Office (статистического приложения Excel 2010). Достоверность различий между сравниваемыми группами рассчитывалась с использованием критерия Стьюдента для независимых групп (выборок). Кроме того, авторами был охарактеризован интеграль-

ный показатель качества (ИПК) медицинской помощи, соответствующий арифметической сумме единиц (положительных упоминаний) на 100 опрошенных по всем задействованным индикаторам.

### Результаты исследования и их обсуждение

Работа предполагала апробацию 96 индикаторов, однако достоверных групповых различий по большинству из них выявлено не было. Тем не менее, 8 индикаторов (таблица) позволили отобразить статистически значимые ( $t \geq 2$ ) отличия в степени выраженности признаков, наблюдавшихся в группах сравнения (знакомых с врачом лично или нет).

Таблица 1.

#### Информационно-когнитивная эффективность деятельности врача как интегральный индикатор качества медицинской помощи

| Информационно-когнитивные индикаторы КМП (в %)   | 1-я группа |         | 2-я группа |         | Показатель наглядности (кол-во раз) | t-критерий Стьюдента |
|--|------------|---------|------------|---------|-------------------------------------|----------------------|
|  | P          | $\pm m$ | P          | $\pm m$ |                                     |                      |
| Считают, что нужно обращаться к врачам по причине низкой собственной компетенции (когнитивный мотив)   | 15,7       | 5,0     | 4,1        | 2,8     | 3,8                                 | 2                    |
| Считают, что кроме назначенных обследований необходимо потребовать направление на дополнительные и консультироваться не только с лечащим врачом, но и с узкими специалистами (познавательная активность) | 15,7       | 5,0     | 2,0        | 2,0     | 7,7                                 | 2,5                  |
| Считают, что нужно обращаться к врачам по причине высокой личной ответственности за свое здоровье (осознание личной ответственности)   | 72,5       | 5,7     | 36,7       | 6,2     | 2,0                                 | 4,3                  |
| Считают, что состояние здоровья зависит, прежде всего, от самого человека, его образа жизни и заботы о себе (мотив лидерства)  | 74,5       | 4,9     | 49,0       | 5,7     | 1,5                                 | 3,4                  |

Окончание табл. 1.

|   |              |             |            |             |            |            |
|---|--------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| Считают необходимым прохожде-<br>ние всех назначенных врачом об-<br>следований, строго придерживают-<br>ся рекомендаций (комплаентность)                      | 58,8         | 6,5         | 26,5       | 5,9         | 2,2        | 3,7        |
| Считают, что здоровье дороже все-<br>го (признание высшей ценностью<br>здоровья)  | 60,8         | 5,9         | 34,7       | 5,8         | 1,8        | 3,2        |
| Считают, что жизненная страте-<br>гия должна быть направлена на<br>укрепление здоровья и продление<br>жизни (приоритет здоровья как<br>основной цели в жизни) | 51,0         | 6,7         | 20,4       | 5,5         | 2,5        | 3,5        |
| Считают, что их права никак не<br>ущемляются при продолжительном<br>ожидании оказания медицинской<br>услуги (терпимость к издержкам<br>медицинской помощи)    | 47,1         | 5,7         | 30,6       | 5,3         | 1,5        | 2,1        |
| <b>Итого (ИПК – уровень доверия)</b>  | <b>396,1</b> | <b>16,2</b> | <b>204</b> | <b>14,5</b> | <b>1,9</b> | <b>8,9</b> |

Полученные данные позволяют утверждать, что предлагаемый авторами восьмиступенчатый ИПК наиболее эффективен при оценке УД, характеризующего потребительскую оценку КМП. Максимальная достоверность различий между сравниваемыми группами ( $t=8,9$ ;  $p<0,001$ ) свидетельствует о высокой чувствительности ИПК по сравнению с каждым из 8 индикаторов, взятым по отдельности. Следующей особенностью ИПК можно считать его прогностическое значение, которое становится очевидным, если интерполировать внедрение межличностной коммуникации в работу врачей, до этого предпочитавших формальное общение. В этом случае ИПК повышается практически вдвое.

Анализ структурных составляющих ИПК свидетельствует о важном профилактическом значении индивидуального коммуникативного опыта, полученного пациентом при общении с врачом. Так, например, у респондентов 1-й группы была обнаружена значительная когнитивная само-сохранительная мотивация (СМ), которая базировалась на понимании собственной некомпетентности (выраженной в 3,8 раза ( $p=0,05$ ) более интенсивно, чем во 2-й группе), и желание узнать о своем здоровье дополнительные медицинские данные (более мощное, чем во 2-й группе в 7,7 раз ( $p<0,05$ )). Вызывает интерес то обстоятельство, что качественная

МП в результате повышения доверия может мотивировать пациентов к самосохранению не только в когнитивной сфере, но и в сфере личной ответственности (в 2 раза ( $p < 0,001$ )) за свое здоровье, а также в части усиления готовности к проявлению (в 1,5 раза ( $p < 0,01$ )) лидерских качеств. Кроме того, при измерении такой характеристики КМП как комплаентность было установлено, что в условиях повышенного доверия последняя увеличивается в 2,2 раза ( $p < 0,001$ ). Ценность здоровья возрастает (в 1,8 раза ( $p < 0,01$ )) у пациентов 1-й группы с той же степенью достоверности, и здоровьесберегающая жизненная стратегия становится преобладающей (в 2,5 раз чаще ( $p < 0,001$ )) по сравнению с пациентами 2-й группы. В то же время необходимость длительного ожидания в очереди при оказании МП на фоне предварительного личностного контакта врача и пациента сопровождается повышенной толерантностью в 1-й группе в 2,1 раза чаще ( $p < 0,05$ ), чем во 2-й.

Подробное изучение информационно-когнитивной деятельности врача позволило обнаружить интересную особенность межличностной коммуникации с пациентом. При регулярном выполнении такой коммуникации, отмечаются изменения не только мотивационной сферы, самосохранительной активности, жизненной стратегии пациентов и системы ценностей, но также повышается субъективная оценка КМП, причем еще до того момента, как эта помощь получена. Иными словами, высокое доверие к лечащему врачу формирует у пациентов (1-я группа) акцептор результата действия (АРД), описанный П.К. Анохиным [1, с. 231–232] при обозначении психофизиологического аппарата предвидения. АРД, таким образом, использует предшествующий опыт в качестве основы, обеспечивающей опережающее генерирование удовлетворенности результатом ожидаемого лечения и толерантности к возможным осложнениям, включающим как некоторые сервисные, так и технологические дефекты МУ.

### Заключение

1) Уровень доверия пациента к лечащему врачу может быть отображен системой структурированных индикаторов информационно-когнитивной природы и измерен в качестве основной количественной характеристики КМП.

2) Уровень доверия, мониторируемый в рамках предлагаемой системы индикаторов и выражаемый при помощи интегрального показателя качества, с учетом величины t-критерия Стьюдента является в 1,7 раза более чувствительной характеристикой КМП, чем ближайший по степени

значимости индикатор осознания личной ответственности, и может быть использован в качестве социологического инструментария, обеспечивающего достоверный контроль и оперативное управление медперсоналом в целях повышения информационной эффективности медицинской организации.

3) Лечащие врачи, регулярно формирующие у пациентов (1-я группа) позитивный акцептор результата действия (медицинского вмешательства) с помощью межличностного общения (непосредственной коммуникации) повышают (доверие) КМП в 1,9 раза, при его измерении с помощью ИПК в системе информационно-когнитивных индикаторов.

### *Список литературы*

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., Медицина, 1975. С. 231–232.
2. Баранова Н.А., Федоров Г.О. Информационное пространство современного общества и проблемы информационной безопасности // Социальные отношения: Научный журнал. Выпуск 3 (10). 2014. С. 41–45.
3. Козачок В.И., Власова С.А. Информация и ее значение в процессе развития современного общества // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 2. С. 109–115.
4. Крапивенский А.С. Информация как товар в XXI веке: анализ угроз безопасности национальным рынкам // Securitatea informationala 2010, conferinta internationala. Молдова, Кишинев: ASEM, 2010. С. 14–17.
5. Кудинова Н.А., Хлынин С.В., Худоногов И.Ю. Критерии оценки качества стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования // DentalForum. 2016. № 4 (63). С. 42.
6. Кудинова Н.А., Худоногов И.Ю. Аксиологический подход к мотивационному моделированию самосохранительного поведения в стоматологической сфере // DentalForum. 2013. № 5 (51). С. 26.
7. Мальцева Д.В. Истоки концепции социальных сетей в социологии // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2012. № 2 (82). С. 52–58.
8. Сорокин П.А. Человек. Цивилизация. Общество. М.: Политиздат, 1992. С. 37.
9. Тайгибова Т.Т. Стратегическое планирование развития качества управления учреждениями сферы медицинских услуг: методический подход к управлению качеством медицинских услуг // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 15. С. 356–360. URL: <http://e-koncept.ru/2016/86973.htm>.

10. Тимченко Н.С. Сетевой анализ современного здравоохранения: методология и эмпирический опыт (на примере исследования системы здравоохранения Алтайского края) // Известия Алтайского Государственного Университета. 2008. С. 116–120.
11. Тиховодова А.В. Типология акторов глобального гражданского общества // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. 2016. № 6. С. 14–17.
12. Тультаев Т.А. Маркетинг услуг: Учебник. М.: НИЦ Инфра-М, 2012. 208 с.
13. Хачумов В.М. Распознавание образов и когнитивная графика. В сборнике: Системы проектирования, технологической подготовки производства и управления этапами жизненного цикла промышленного продукта (CAD/CAM/PDM – 2009) // Труды 9-й международной конференции. Под редакцией Е.И. Артамонова. 2009. С. 25–30.
14. Худоногов И.Ю., Жувакина А.В. Информационное моделирование общественного здоровья при помощи регистрации опредмеченных потребностей в групповых мотивационных матрицах // Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2016. № 56. С. 63–71.
15. Худоногов И.Ю., Тегза В.Ю., Баканев О.Ю., Корин В.В., Сапожников К.В., Колояров С.Н. О мотивационных критериях качества медицинской помощи // Экономика, менеджмент и маркетинг в военном и гражданском здравоохранении. Материалы Всероссийской конференции. 2014. С. 39–44.
16. Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю., Якименко Л.А., Тимченко А.С. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий // В мире научных открытий. 2015. № 2–1. С. 639–653.
17. Donabedian A. The Quality of Care – How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(20): 1743–1748.
18. Donabedian A. Milbank. Mem. Fund. 1996. Vol. 44, pp. 153–166.

### References

1. Anokhin P.K. *Ocherki po fiziologii funktsional'nykh system* [Essays on the Physiology of Functional Systems]. М., Meditsina, 1975, pp. 231–232.
2. Baranova N.A., Fedorov G.O. *Sotsial'nye otnosheniya*. № 3 (10). 2014. С. 41–45.
3. Kozachok V.I., Vlasova S.A. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennyye nauki*. 2014. № 2, pp. 109–115.
4. Krapivenskiy A.S. *Securitatea informatională 2010, conferința internațională*. Moldova, Kishinev: ASEM, 2010, pp. 14–17.

5. Kudinova N.A., Khlynin S.V., Khudonogov I.Yu. *DentalForum*. 2016. № 4 (63). P. 42.
6. Kudinova N.A., Khudonogov I.Yu. *DentalForum*. 2013. № 5 (51). P. 26.
7. Mal'tseva D.V. *Vestnik RGGU. Seriya: Filosofiya. Sotsiologiya. Iskusstvovedenie*. 2012. № 2 (82), pp. 52–58.
8. Sorokin P.A. *Chelovek. Tsivilizatsiya. Obshchestvo* [Human. Civilization. Society]. M.: Politizdat, 1992. S. 37.
9. Taygibova T.T. *Kontsept*. 2016. V. 15, pp. 356–360. <http://e-koncept.ru/2016/86973.htm>.
10. Timchenko N.S. *Izvestiya Altayskogo Gosudarstvennogo Universiteta*. 2008, pp. 116–120.
11. Tikhovodova A.V. *Vestnik Vyatskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta*. 2016. № 6, pp. 14–17.
12. Tul'taev T.A. *Marketing uslug* [Marketing services]. M.: NITs Infra-M, 2012. 208 p.
13. Khachumov V.M. *Raspoznavanie obrazov i kognitivnaya grafika. V sbornike: Sistemy proektirovaniya, tekhnologicheskoy podgotovki proizvodstva i upravleniya etapami zhiznennogo tsikla promyshlennogo produkta (CAD/CAM/PDM – 2009). Trudy 9-y mezhdunarodnoy konferentsii* [Image recognition and cognitive graphics. In the collection: Systems of designing, technological preparation of manufacture and management of stages of a life cycle of an industrial product (CAD / CAM / PDM – 2009). Proceedings of the 9th international conference]. E.I. Artamonov (ed.). 2009, pp. 25–30.
14. Khudonogov I.Yu., Zhuvakina A.V. *Sborniki konferentsiy NITs Sotsiosfera*. 2016. № 56, pp. 63–71.
15. Khudonogov I.Yu., Tegza V.Yu., Bakanev O.Yu., Korin V.V., Sapozhnikov K.V., Koloyarov S.N. *Ekonomika, menedzhment i marketing v voennom i grazhdanskom zdravookhranении. Materialy Vserossiyskoy konferentsii* [Economics, management and marketing in military and civil health. Materials of the All-Russian Conference]. 2014, pp. 39–44.
16. Ellanskiy Yu.G., Khudonogov I.Yu., Yakimenko L.A., Timchenko A.S. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2015. № 2-1, pp. 639–653.
17. Donabedian A. The Quality of Care – How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(20): 1743–1748.
18. Donabedian A. *Milbank Mem. Fund*. 1996. Vol. 44, pp. 153–166.

#### ДАнные ОБ АВТОРАХ

**Худоногов Игорь Юрьевич**, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины

*Ростовский государственный медицинский университет Минз-  
драва России  
пер. Нахичеванский 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Российская Фе-  
дерация  
fix1@ya.ru*

**Липилкин Павел Викторович**, студент 5 курса медико-профилактиче-  
ского факультета  
*Ростовский государственный медицинский университет Минз-  
драва России  
пер. Нахичеванский 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Российская Фе-  
дерация*

**Ким Вячеслав Владиславович**, студент 5 курса медико-профилактиче-  
ского факультета  
*Ростовский государственный медицинский университет Минз-  
драва России  
пер. Нахичеванский 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Российская Фе-  
дерация*

#### **DATA ABOUT AUTHORS**

**Khudonogov Igor Yurievich**, Candidate of Medical Sciences, Senior Lec-  
turer, Chair of Public Health and Health with a course in the history of  
medicine  
*Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
29, Nakhichevansky Per., Rostov-on-Don, 344022, Russian Federa-  
tion  
fix1@ya.ru*

**Lipilkin Pavel Viktorovich**, 5th year student of the Faculty of Medicine and  
Prevention  
*Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
29, Nakhichevansky Per., Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation*

**Kim Vyacheslav Vladislavovich**, 5th year student of the Faculty of Medicine  
and Prevention  
*Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
29, Nakhichevansky Per., Rostov-on-Don, 344022, Russian Federation*