

EVOLUȚII ÎN ABORDAREA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Galina BUTA,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Evolutions in healthcare services quality approach

Health services represent a very important area in the services sector. Classified under the generic denomination "health", they participate in the creation of material conditions that, in turn, would lead to a growth in quality of life.

Taking into consideration the importance of health services in society and its contribution to quality of life, we consider of the utmost importance the continuous improvement in the area of medical assistance. This imposes a thorough look at EU exigencies regarding quality in healthcare services. In healthcare services, quality can be viewed as an "umbrella" for improving human recourses' activity and organizations' performance by introducing new methods and techniques that would reduce costs and increase efficiency in order to assure the growth of patient's satisfaction.

Some studies have shown that the simplest way to evaluate the healthcare services quality is to measure the patient's satisfaction, taking into considerations the following elements: technical side of healthcare services, interpersonal side of healthcare services, accessibility, resources availability for healthcare and healthcare continuity.

Healthcare services quality is approached differently, varying according to the actors involved in the health category, whether it is the government, the patients, the physicians or the managers of healthcare organizations.

Key words: *quality, healthcare services, patient's satisfaction, continuous improvement of quality models.*

Резюме

Эволюционный подход к качеству медицинских услуг

Медицинские услуги являются одним из самых значимых секторов в сфере услуг. Объединенные под общим названием „медицинские“, они участвуют в создании материальных условий способствующих повышению качества жизни.

Качество медицинских услуг может быть рассмотрено как „зонтик“ для улучшения деятельности человеческих ресурсов и квалификации организаций, путем внедрения новых методов и подходов для увеличения степени удовлетворенности пациентов, снижения стоимости и увеличения эффективности.

Некоторые исследования показывают, что самый простой путь оценки качества медицинских услуг это оценка уровня удовлетворения пациента, исходя из следующих моментов: техническая сторона, межличностные отношения, доступность, наличие средств для оказания медицинских услуг и их последовательность.

Ключевые слова: *качество; медицинские услуги; удовлетворение пациентов; последовательное улучшение качества; модели качества.*

Introducere

Problema calității serviciilor sanitare are o istorie veche, care ar putea fi exprimată pe scurt astfel: încercarea de îmbunătățire continuă a calității și de minimizare a erorilor [1, 4, 7, 9, 25, 36]. De-a lungul timpului, calitatea serviciilor sanitare a fost definită în variate moduri, evoluând odată cu creșterea numărului de aplicații practice ale diferitelor modalități științifice de abordare a problemelor specifice acestui domeniu [8, 11, 25, 36, 42, 51].

În opinia lui Avedis Donabedian, calitatea îngrijirilor este dependentă de „modalitatea de aplicare a științei și tehnologiei medicale astfel încât să fie maximizate beneficiile îngrijirilor fără a crește riscurile” [3]. Același specialist opinează referitor la calitate că reprezintă „*acel atribut al îngrijirilor de sănătate care are două aspecte: faptul de a face ceea ce trebuie și cum trebuie*”. În consecință, aprecierea calității trebuie obiectivizată asupra evaluării acestor două aspecte la nivelul serviciilor de sănătate, acordându-se atenție atât aspectelor cuantificabile, cât și celor „subiective” (atitudini, relații interpersonale) [3, 5, 7, 8, 14, 16, 22, 28].

De-a lungul timpului au existat diverse abordări ale calității serviciilor sanitare. Încă de la începutul anilor '70 ai sec. XX, lucrările lui Donabedian [4] au influențat paradigma medicală predominantă în definirea și măsurarea calității serviciilor sanitare, prin faptul că au evidențiat *natura duală* a calității acestor servicii: *latura tehnică și latura interpersonală*.

Atât aspectul tehnic, cât și cel interpersonal aparțin în egală măsură științei și artei, fără a fi posibil să se traseze o linie de demarcație foarte clară între aceste două componente de bază ale îngrijirilor de sănătate [7, 9, 10, 14, 31, 32,

43, 47, 52]. Totuși, pacienții apreciază prioritar latura umană sau interpersonală a îngrijirilor, considerând-o drept unul dintre cele mai importante aspecte pe care aceștia le iau în considerație atunci când evaluează calitatea serviciilor medicale [4, 6, 7, 9, 14, 33, 35].

Unele studii au demonstrat că aceste dimensiuni pot fi evaluate și separat, dar concluzia la care au ajuns specialiștii a fost că *modul cel mai simplu și mai puțin costisitor de evaluare a calității serviciilor de sănătate este măsurarea satisfacției pacienților* [3, 8, 11, 13, 18, 34, 43]. Această afirmație se înscrie în spiritual definiției celei mai acceptate a calității, aplicabile tuturor serviciilor: *calitatea reprezintă satisfacerea necesităților clientului*.

Ulterior, cercetătorii din domeniul sanitar au ajuns la un consens cu privire la modul de definire a calității îngrijirilor medicale, afirmând că pentru a dezvolta o definiție utilă este necesară *enumerarea tuturor elementelor implicate în obținerea satisfacției pacientului (figura 1)* [3, 4, 6, 8, 9, 23, 28, 29, 31, 32, 33, 36, 37].

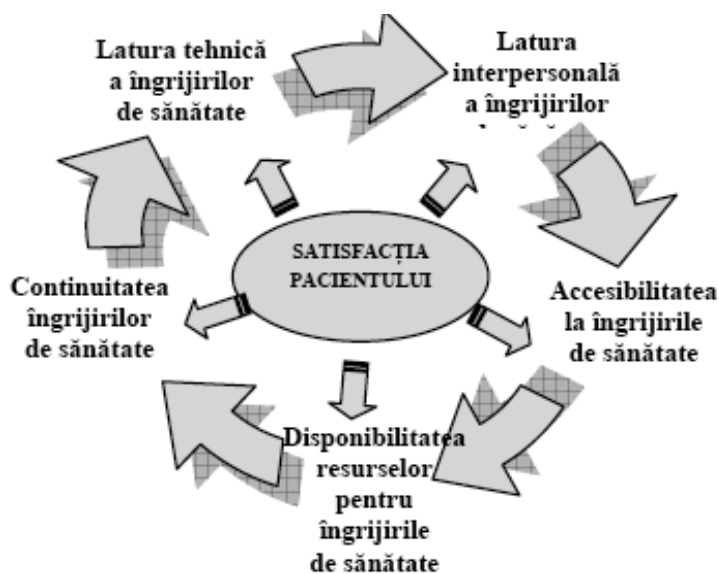


Figura 1. Elementele implicate în realizarea satisfacției pacientului.

- *Latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* se referă la acuratețea proceselor de diagnostic și de tratament, iar calitatea este evaluată prin comparație cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat (benchmarking) [12, 13, 16, 25, 26].
- *Latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate și de relațiile sociale și psihologice stabilite între pacient și furnizorul de servicii sanitare, precum și de explicațiile cu privire la boală și tratament și informațiile primite de furnizor de la pacientul său [4, 6, 12, 13, 25, 26, 27, 32, 33, 34].
- *Accesibilitatea îngrijirilor de sănătate* se referă la timpul de așteptare a pacientului pentru a face o programare [33, 35, 39, 40, 41].

- *Disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile de sănătate* are în vedere numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate [33, 35, 40, 41, 42, 43, 48, 49].
- *Continuitatea îngrijirilor de sănătate* contribuie la obținerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maxime a resurselor [4, 6, 7, 9, 14, 33].

Sintetizând opiniile exprimate de specialiștii din sănătate, putem aprecia că în cazul serviciilor sanitare *calitatea se referă în egală măsură la creșterea satisfacției clientului/utilizatorului, la auditul profesional și la îmbunătățirea eficienței sau reducerea costurilor* [4, 6, 7, 9, 14, 33].

Calitatea poate fi privită ca o „umbrelă” pentru îmbunătățirea activității personalului și, deci, creșterea performanțelor organizației, prin introducerea de noi metode și tehnici care au ca scop creșterea satisfacției pacienților și a eficienței serviciilor [13, 14, 15, 21, 24, 34, 37, 49]. Calitatea serviciilor de sănătate este obținută numai în condițiile în care acestea întrunesc simultan anumite caracteristici, după cum urmează:

- *accesibilitatea* – ușurința cu care pacienții pot obține îngrijirea de care au nevoie, în momentul când au nevoie;
- *adecvarea* – corelarea îngrijirii acordate cu starea pacientului;
- *echitatea* – asigurarea cu servicii medicale de bază a tuturor indivizilor;
- *eficiența* – gradul în care îngrijirea medicală primită are efectul dorit, cu un minim de efort și de cheltuieli;
- *eficacitatea* – corectitudinea acordării îngrijirii și lipsa de erori, în funcție de nivelul de cunoștințe și de tehnologia existentă;
- *continuitatea* – măsura în care serviciile de sănătate de care au nevoie pacienții sunt coordonate între medici/organizații de la diferite niveluri de îngrijire;
- *implicarea pacienților în adoptarea deciziilor medicale* – gradul în care pacienții (sau familiile lor) sunt implicați în procesul de luare a deciziilor în legătură cu propriile probleme de sănătate și gradul în care aceștia sunt satisfăcuți de îngrijirea care le-a fost acordată;
- *siguranța mediului de îngrijire* – lipsa de pericole în mediul în care se acordă îngrijirea;
- *orarul furnizorilor de îngrijiri de sănătate* – gradul în care îngrijirea este acordată pacienților în momentul în care este necesară.

O problemă în abordarea integrată a calității serviciilor sanitare este faptul că profesioniștii din sănătate și celelalte părți interesate au viziuni diferite asupra sensului acestei noțiuni [24, 25, 27, 28, 29, 39, 40, 46, 47, 52]. O definiție pertinentă a calității serviciilor de sănătate trebuie să ne ghideze asupra a ceea ce trebuie măsurat. Această definiție trebuie să integreze valorile promovate de specialiștii din sistem și să exprime, de asemenea, și orientarea către pacient [3, 4, 7, 8, 9, 13, 17, 23, 26, 27].

O definiție care atinge acest deziderat include o abordare tridimensională a calității: din perspectiva pacientului, a specialiștilor și a managementului calității (figura 2) [4].

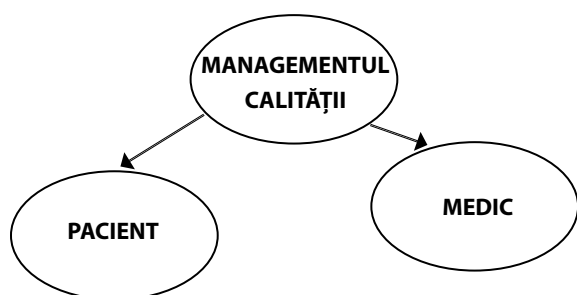


Figura 2. Modelul tridimensional al calității serviciilor sanitare.

- Calitatea din perspectiva pacientului reprezintă ceea ce acesta dorește de la îngrijirea acordată de un furnizor de servicii sanitare;
- Calitatea din perspectiva specialiștilor din sănătate se referă la procesele care au ca rezultat satisfacerea nevoilor pacienților;
- Calitatea din perspectiva managementului calității înseamnă utilizarea eficientă a resurselor pentru asigurarea satisfacției pacienților fără erori sau întârzieri.

O definiție mai largă a calității îngrijirilor de sănătate ține cont de abordările diferite ale tuturor actorilor implicați în serviciile sanitare: guvernul, pacienții, profesioniștii, conducerea organizațiilor sanitare (figura 3) [4].

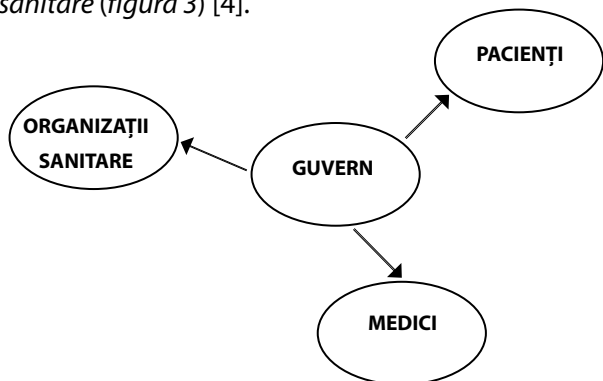


Figura 3. Modelul multidimensional al calității serviciilor sanitare.

Punctele de vedere privind calitatea serviciilor sanitare ale fiecărei categorii de actori implicați în aceste servicii sunt următoarele [4, 6, 13, 18, 21, 24, 27, 32, 37]:

- Din punctul de vedere al guvernului sau al terților plătitori, calitatea este asociată cu eficiența și cu utilizarea adecvată a resurselor. Această viziune pare a fi îmbrățișată în ansamblul ei și de managerii unităților sanitare, conferindu-le o imagine de competență și excelență.

- Profesioniștii din sănătate (personalul medical) sunt o grupă mai puțin omogenă decât finanțatorii. Medicii, fiind foarte implicați în definirea și evaluarea calității îngrijirilor de sănătate, pun accentul pe competența profesională, pe mijloacele fizice adaptate proceselor (dotările tehnice) și consecințele acestor procese asupra sănătății pacienților. Se remarcă tendința acestora de a acorda o importanță mai mare competenței tehnice și de a neglija rolul relațiilor interpersonale, relații pe care le-am putea numi generic *competență interpersonală* [6, 8, 9, 13, 21, 20, 26, 28, 34, 35, 43, 44].

- Pacienții, în calitate de consumatori de servicii de sănătate, având cunoștințe limitate despre actul medical, consideră calitatea ca obținerea unei mai bune sănătăți și a satisfacției, o viziune total diferită față de cea a profesioniștilor sau a guvernului [4, 6, 13, 27, 28]. Studii efectuate de specialiștii în sănătate au relevat faptul că pentru pacienți calitatea are, în primul rând, o dimensiune dată de relațiile interpersonale, și apoi de competența profesională. Consumatorii nefiind un grup omogen, modul în care ei emit judecăți asupra calității variază în funcție de caracteristicile personale și de concordanța serviciilor furnizate cu cele așteptate.

- Unitățile sanitare, prin modul de organizare și funcționare, influențează nivelul de calitate al serviciilor pe care le furnizează. Nu trebuie însă omisă nici componenta economică, care influențează conduita managerilor unităților sanitare, obligați să răspundă constrângerilor financiare [6, 8, 9, 13, 21, 20, 26, 28, 34, 35, 43, 44].

În ultimele două decenii s-a constatat o modificare a rolurilor diferitelor grupuri de „actori” în asigurarea calității. Din partea puterilor publice, diminuarea resurselor conduce la găsirea de noi mijloace, cum ar fi eficiența și distribuția rațională a fondurilor. De asemenea, în managementul calității este întărit rolul consumatorilor prin: reprezentarea în consiliile de administrație, realizarea de anchete de satisfacție, dezvoltarea de mecanisme de asigurare a satisfacției.

În serviciile sanitare este necesar să fie dezvoltată excelența tehnică și „umanizarea” actului medical, în „spiritul calității”.

MODELUL PROFESIONAL	MODELUL BIROCRATIC	MODELUL INDUSTRIAL
<p>AUTONIMIA PROFESIONALĂ Profioniștii au o autonomie foarte mare.</p> <p>FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE Este asigurată doar de pacient.</p> <p>MODALITATEA DE ABORDARE A CALITĂȚII Calitatea este „afacerea profesiilor medicale”. Calitatea este deci condiționată doar de nivelul cunoștințelor medicilor și de performanțele atinse la nivelul tehnologiei.</p> <p>METODELE DE CONTROL AL CALITĂȚII Controlul profesional al activității medicale constituie o garanție a bunelor practici. Metodele de control al calității sunt evaluarea actului medical și auditul medical.</p> <p>INSTRUMENTE CU CARE SE OPEREAZĂ ÎN DOMENIUL CALITĂȚII</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardele și procedurile; • certificarea profioniștilor; • garanții asupra formării profesionale a medicilor. 	<p>AUTONIMIA PROFESIONALĂ Autonomia profesională este mult mai redusă.</p> <p>FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE Controlul asupra modului de finanțare este exercitat de mecanismele exterioare – puterile publice, terții plători, organizațiile profesionale.</p> <p>MODALITATEA DE ABORDARE A CALITĂȚII Calitatea este răspunsul la constrângerile administrative și la reglementările externe: acreditare, program de calitate, programe de investiții.</p> <p>METODELE DE CONTROL AL CALITĂȚII Modele de control al calității: evaluarea externă pe criterii și norme explicite, introducerea asigurării calității, descoperirea noncalității și corectarea greșelilor.</p> <p>INSTRUMENTE CU CARE SE OPEREAZĂ ÎN DOMENIUL CALITĂȚII</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardele și procedurile; • evaluarea metodelor de diagnostic și tratament; • analize prospective; • acreditarea instituțiilor. 	<p>AUTONIMIA PROFESIONALĂ Profioniștii își desfășoară activitatea pe o piață concurențială.</p> <p>FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE Finanțarea se realizează din contribuțiile pacienților.</p> <p>MODALITATEA DE ABORDARE A CALITĂȚII Calitatea se raportează la nevoile și așteptările consumatorilor, înscriindu-se în procesul de management al organizației.</p> <p>METODELE DE CONTROL AL CALITĂȚII Asigurarea calității are la bază conceptele integrate de asigurare a calității promovate în literatura de specialitate, îndeosebi principiile managementului total al calității.</p> <p>INSTRUMENTE CU CARE SE OPEREAZĂ ÎN DOMENIUL CALITĂȚII</p> <ul style="list-style-type: none"> • sistemele de informații și procese care permit promovarea gradului de excelență; • identificarea problemelor; • analiza cauzelor neconformităților; • identificarea remediilor și adoptarea de măsuri corective; • implementarea și controlul soluțiilor.

Notă: adaptare după P. Armean – *Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calității*, în revista „Management în sănătate”, publicație INCDS, nr. 3, București, 2002.

Figura 4. *Tabloul sinoptic al modelelor conceptuale de sisteme sanitare.*

Deoarece calitatea a devenit o măsură a performanței și pentru unitățile sanitare, preocupările acestora pentru introducerea de programe de evaluare a calității au devenit tot mai evidente. Cercetătorii din domeniul îmbunătățirii calității, după examinarea organizațiilor sanitare despre care se consideră că acordă îngrijiri de o calitate excelentă, au identificat șase componente esențiale, comune acestor instituții, implicate în obținerea performanțelor [4, 6, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48, 53]:

- existența managerilor vizionari;
- orientarea către clienți;
- rezolvarea problemelor prin munca în echipă;
- implicarea medicilor și a personalului medical în problemele referitoare la calitate;
- utilizarea unui model de proces recunoscut;
- alinierea departamentelor la anumite criterii cum ar fi: declarația de viziune, așteptările clienților etc.

În funcție de modul de abordare a conceptului de calitate, au fost conturate trei modele conceptuale de sisteme sanitare: *modelul profesional*, *modelul birocratic* și *modelul industrial* (figura 4).

Modelul profesional. A apărut ca un mijloc de a deține controlul profesional (pentru medici) și apoi

de a-și asuma responsabilitatea pentru calitatea îngrijirilor [4, 6, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43, 46, 47]. Celelalte două modele, birocratic și industrial, reprezintă scheme rivale pentru producția și finanțarea serviciilor de sănătate, dar conțin prevederi clare cu privire la managementul calității îngrijirilor de sănătate. În practică nu poate fi regăsit un model în stare pură, ci numai combinații ale celor trei modele conceptuale.

Profioniștii au o autonomie foarte ridicată. Finanțarea serviciilor medicale este asigurată doar de pacient. Calitatea este „afacerea profesiilor medicale”, fiind deci condiționată doar de nivelul cunoștințelor medicilor și de performanțele atinse la nivelul tehnologiei [5, 14, 24, 25, 27, 32, 34, 40, 41].

Controlul profesional al activității medicale constituie o garanție a bunelor practici. Metodele de control al calității sunt evaluarea actului medical și auditul medical. Instrumentele cu care se operează în domeniul calității sunt:

- standardele și procedurile;
- certificarea profioniștilor;
- garanții asupra formării profesionale a medicilor [4].

Modelul birocratic. Autonomia profesională este mult mai redusă. Controlul asupra modului

de finanțare este exercitat de mecanismele exterioare – puterile publice, terții plători, organizațiile profesionale. Calitatea este un răspuns la constrângerile administrative și la reglementările externe: acreditare, program de calitate, programe de investiții [4, 6, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43, 46, 47]. Metodele de control al calității sunt: evaluarea externă pe criterii și norme explicite, introducerea asigurării calității, descoperirea noncalității și corectarea greșelilor.

Instrumente cu care se operează în domeniul calității:

- standardele și procedurile;
- evaluarea metodelor de diagnostic și tratament;
- analizele prospective;
- acreditarea instituțiilor.

Modelul industrial. Profesioniștii își desfășoară activitatea pe o piață concurențială. Finanțarea se realizează din contribuțiile pacienților. Calitatea se raportează la nevoile și așteptările consumatorilor, înscriindu-se în procesul de management al organizației [5, 14, 24, 25, 27, 32, 34, 40, 41].

Asigurarea calității are la bază conceptele integratoare de asigurare a calității promovate în literatura de specialitate, îndeosebi principiile managementului total al calității [4, 6, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 43, 46, 47, 48, 53].

Instrumentele cu care se operează în domeniul calității sunt:

- sistemele de informații și procesele care permit promovarea gradului de excelență;
- identificarea problemelor;
- analiza cauzelor neconformităților;
- identificarea remediilor și adoptarea de măsuri corective;
- implementarea și controlul soluțiilor.

Concluzii

În prezent, în sistemul sanitar este din ce în ce mai accentuată preocuparea pentru introducerea de noi practici și noi proceduri, care au ca scop creșterea satisfacției pacienților, scăderea costurilor, deci îmbunătățirea calității și creșterea eficienței.

Bibliografie

1. Adirondack Sandy., *Managementul pur și simplu?*, București, Editura Fundației pentru Dezvoltarea Societății Civile, 1999
2. Albu N., Albu C., *Instrumente de management al performanței*, vol. II, *Control de gestiune*, București, Ed. Economică, 2003, 272 p.
3. Androniceanu A., *Noutăți în managementul public*, București, Editura ASE, 2003, 396 p.
4. Armean P., *Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calității*, în revista *Management în sănătate*, publicația a INCDS, nr. 3, București, 2002.
5. Bărbulescu C., *Pilotajul performant al întreprinderii*, București, Ed. Economică, 2000, 384 p.
6. Bewick D., Roessner J., Blanton A., *Curing the health care – New Strategies for Quality Improvement*, London, 2001.
7. Burduș E., *Management comparat*, București, Ed. Economică, 1997, 318 p.
8. Burduș E., Căprărescu Gh., Androniceanu A., Miles M., *Managementul schimbării organizaționale*, București, Ed. Economică, 2003, 573 p.
9. Cole G. A., *Management: teorie și practică*, Chișinău, Ed. Știința, 2004, 443 p.
10. Cornescu V., Mihăilescu I., Stanciu S., *Managementul organizației*, București, Ed. All Beck, 2003, 282 p.
11. Corte E., Weinert F., *International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology*, New York, 1996.
12. Didier Noyé, *Pour satisfaire nos clients. 12 leçons sur la qualité des services*, Paris, 2003
13. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, 2006, 862 p.
14. Fournies F. F., *Psihologia angajaților*, București, Ed. Teora, 2001, 149 p.
15. French R., Russ V., *Relații de grup: management și organizare*, Chișinău, Ed. TEHNICA-INFO, 2004, 302 p.
16. Fromentin D., Brun J., Lenglard J., *Santé et assurance qualité. Vers l'accréditation*, Paris, Ed. Berger-Levrault, 1998.
17. Hersey P., Blanchard K.H., Johnson D.E., *Management of Organizational Behavior: utilizing human resources*, New Jersey, Prentice Hall, 1996.
18. Holland Ph., *Strategic management*, New York, McGraw-Hill Company, 1986.
19. Inamori K., *Oameni & Profit: o filozofie economică pentru sec. XXI*, București, Ed. Economică, 1998, 223 p.
20. Istocescu A., *Managementul organizației, o abordare contextualizată: studii de caz*, București: Ed. ASE, 2004, 277 p.
21. Kelly D. L., *Applying Quality Management in Healthcare: A Process for Improvement*, Chicago, Washington, DC Health Administration Press, 2003.
22. Mathis R., Jackson J., *Personnel/Human Resources Management*, West Publishing Company, 1991.
23. Nica E., *Managementul performanței: perspectivă umană*, București, Ed. Economică, 2006, 270 p.
24. Nicolescu O., *Management comparat: Uniunea Europeană, Statele Unite ale Americii și Japonia*. București, Ed. Economică, 2001, 446 p.
25. Olaru Marieta., *Managementul calității*, București, Ed. Economică, 1995.
26. Opincaru C., Călătescu Em.-M., Imbri Em., *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*, București, Editura C.N.I. Corești, 2005.
27. Pănișoară Georgeta, Pănișoară I., *Managementul resurselor umane: ghid practic*, ed. a 2-a, Iași, Ed. Polirom, 2007.
28. Prodan A., *Managementul de succes: motivație și comportament*, Iași, Ed. Polirom, 1999, 188 p.
29. Russu Raisa, *Profesionalismul – condiția de ascensiune a performanței*, în *Buletinul Academiei*, 2009.
30. Rusu C., *Managementul schimbării*, București, Ed. Economică, 2003, 456 p.

31. Sonnentag S., *Psychological Management or Individual Performance*, London, John Wiley&Sons Ltd., 2002.
32. Tulchinsky T.H., Elena A. Varavikova, *Noua Sănătate Publică: introduce în secolul XXI*, Chișinău, Ed. Ulysse, 2003.
33. Vlădescu C. (coord.), *Managementul serviciilor de sănătate*, București, Ed. Expert, 2000.
34. Vlădescu C. (coord.), *Sănătate publică și management sanitar*, București, Ed. Cartea Universitară, 2004.
35. Арутюнов В.В., Волынский И.В., *Управление персоналом*, Ростов-на-Дону, 2004, 448 с.
36. Ахалая О. А., *Совершенствование процедуры оценки персонала в ключевых кадровых ситуациях*. Дис. канд. экон. наук, СПб., 2000, 217 с.
37. Василенко И. С., *Динамика мотивации профессионального самосовершенствования в инновационном процессе*. Дис. канд. социол. Наук, Ростов на Дону, 2003, 191 с.
38. Верховцева Л. Л., *Кадровые процессы в системе общего образования в условиях ее реформирования*. Дис. канд. социол. наук, Москва, 2005, 206 с.
39. Веснин В.Р., *Основы менеджмента*, Москва, Институт международного права и экономики им. Грибоедова, 2004, 480 с.
40. Виханский О.С., Наумов А.И., *Менеджмент*, Москва, 2004, 365 с.
41. Гришанина Н.В., Лопашина Г.С. и др., *Основы менеджмента*, Москва, Изд. Юрайт, 2006, 425 с.
42. Дмитриева Н. Е., *Социально-профессиональная адаптация государственных служащих к изменениям в институте государственной службы*. Дис. канд. социол. наук, Москва, 2003, 168 с.
43. Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И., *Менеджмент в здравоохранении*, Москва, Изд. Форум, 2005.
44. Дятлов В.А., Кибанов А.Я., Пихало В.Т., *Управление персоналом*, Москва, Изд. ПРИОР, 2006, 365 с.
45. Кибанов А.Я., *Основы управления персоналом. Учебник*, Москва, Изд. ИНФРА-М, 2004, 304 с.
46. Кузнецов С. В., *Социальные резервы повышения эффективности трудовой деятельности*. Дис. д-ра экон. наук, СПб., 1996, 296 с.
47. Кузнецова Н. В., *Мотивация труда и формы ее проявления*. Дис. д-ра экон. наук, СПб., 1998, 444 с.
48. *Менеджмент*. Учебник, Под ред. В.В. Томилова, Москва, Изд. Юрайт, 2003, 591 с.
49. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф., *Основы менеджмента*. Москва, Изд. Дело, 1997, 675 с.
50. Мичникова Н.А., *Влияние властных отношений в организации на формирование карьерной стратегии работников: методология социологического анализа*. Дис. канд. социол. наук, Москва, 2004, 153 с.
51. Осипова Н.В., *Система непрерывного профессионального образования государственных служащих в регионе: социологический аспект*. Дис. канд. социол. наук, Пенза, 2004, 143 с.
52. Сотникова С.И., *Основы управления персоналом. Учебно-методический комплекс*. Новосибирск, НГУЭУ, 2004, с. 148.
53. Хисматов Т.Р., *Пути повышения эффективности функционирования трудового коллектива*. Дис. канд. социол. наук, Уфа, 2003, 165 с.

Prezentat la 30.10.2009