

Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи государственным служащим

С.П. Миронов¹, А.Т. Арутюнов¹, А.М. Мкртумян², П.С. Турзин²

¹Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

²ФГУ «Учебный научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Резюме

В связи с большой актуальностью необходимости развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, высоко значимой проблемой является повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим.

Рассмотрены основные дефиниции: качество медицинской помощи, качество жизни, качество жизни, обусловленное здоровьем, качество здоровья и другие.

Приведены результаты анализа медико-социальных особенностей организации и развития отечественной и зарубежных систем здравоохранения, определены основные медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения ряда зарубежных стран.

Рассмотрены предложения по модернизации механизмов функционирования системы отечественного здравоохранения, в том числе по её реструктуризации, в основе которой лежит перераспределение ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи.

Представляется, что наиболее результативным представляется дальнейшее развитие полииерархической многоэтапной системы оказания медицинской помощи государственным служащим.

Сформулированы основные принципы развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактическом учреждении, что позволит повысить оперативность управления системой оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, исключить в ней элементы дублирования и параллелизма и сконцентрировать основные усилия и средства на приоритетных направлениях ее дальнейшего развития и в целом значительно увеличить её качество и доступность.

Ключевые слова: оказание медицинской помощи, лечебно-профилактические и санаторно-курортные учреждения, система здравоохранения.

Modern approaches to an improvement of quality of medical care to the state civil officials

S.P. Mironov¹, A.T. Arutyunov¹, A.M. Mkrtumyan², P.S. Turzin²

¹Main Medical Administration of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

²“Training scientific medical center” of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Summary

In the article the basic definitions are discussed: the quality of medical care, the quality of life, the quality of health. The basic principles of the development of the system of medical care to the state civil officials are formulated.

The keywords: medical services, therapeutic-prophylactic, health care organizations, the system of public health

Coordinates for contact with authors: unc@pmc.ru

В своем выступлении на совещании по развитию здравоохранения, состоявшемся в городе Клин Московской области 14 июля 2008 года, Президент Российской Федерации Д.А. Медведев отметил, что «Уровень и качество нашего здравоохранения должны служить главной цели — реальному укреплению здоровья наших граждан. А именно: увеличению продолжительности жизни, снижению инвалидности и смертности, в том числе по наиболее опасным для нашей страны заболеваниям, я имею в виду сердечно-сосудистые, онкологические».

При реализации основных положений национального проекта «Здоровье» особую актуальность приобретает развитие системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации. В связи с этим высоко значимой проблемой является повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим.

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Это понятие неразрывно связано с такими близкими категориями как: качество жизни, качество жизни, обусловленное здоровьем, качество здоровья [21, 24].

Под качеством жизни подразумевается категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации. Наряду с этим, существует определение ВОЗ (1999 г.): «Качество жизни — это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляют возможности для достижения благополучия и самореализации». То есть, качество жизни рассматривается в виде совокупности жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность его жизнью, социальными отношениями и окружающей средой. Оно

включает совокупность показателей и факторов, обеспечивающих возможность для человека ценить свою жизнь и устанавливающих соответствие ее основных параметров (в том числе и прежде всего — системы здравоохранения, медицинского обслуживания) его биожизненным, материальным, духовным и социокультурным потребностям.

Выделяют качество жизни, обусловленное здоровьем — как совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни в период развития заболевания и его лечения с оценкой физического состояния, психологического, социального и духовного благополучия, включая социальные отношения и функциональные способности.

Также конкретизируют качество здоровья — как наличие некоей совокупности свойств организма, характеризующей такими показателями, как, например, благоприятная наследственность, хорошее самочувствие, трудоспособность без ограничений, высокая работоспособность, высокая адаптивность, психическая уравновешенность и пр. Чем выше качество здоровья, тем полнее перечень этих показателей и выше уровень значения каждого из них.

В лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, наряду с развитием медико-технической базы и внедрением инновационных медицинских технологий диагностики, лечения и реабилитации постоянно осуществляется разработка новых организационных и технологических направлений повышения качества оказания медицинской помощи пациентам [4, 9–11].

При этом учитываются результаты анализа медико-социальных особенностей организации и развития отечественной и зарубежных систем здравоохранения. Были определены следующие основные медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения зарубежных стран [8, 14, 16].

Для австрийской модели здравоохранения характерно: амбулаторная помощь; стационарная помощь по трехуровневому принципу: больницы общин (с отделениями хирургии, терапии, педиатрии, гинекологии и родильным), земельные больницы и университетские клиники.

Для английской модели здравоохранения присуще: центры первичной медицинской помощи (врачи общей практики), дневные стационары; стационарная медицинская помощь: районные больницы общего профиля, региональные и межрегиональные клинические больницы; больницы с высокоспециализированной медицинской помощью; региональные центры борьбы с хронической усталостью.

Для германской модели здравоохранения свойственно: амбулаторная помощь (врачи общей практики), центры дневной хирургии; стационары «скорой медицинской помощи», лечебные учреждения для хронических больных, больницы общего профиля, университетские специализированные клиники.

Для датской модели здравоохранения характерно: амбулаторная помощь; стационарная помощь; «ясли дневного пребывания» для пожилых людей.

Для канадской модели здравоохранения присуще: первичная медицинская помощь, стационарная помощь (специализированные больницы, больницы по уходу, больницы долечивания и восстановительного лечения, центры реабилитации, дома сестринского ухода).

Для норвежской модели здравоохранения свойственно: амбулаторная помощь (врачи общей практики), дневные стационары, дневные центры хирургии; стационарная и

специализированная медицинская помощь: больницы общего типа, специализированные университетские клиники, дома сестринского ухода.

Для швейцарской модели здравоохранения характерно: амбулатории и поликлиники; стационарная помощь (больницы общего типа, крупные многопрофильные клиники); интернаты для оказания долгосрочной медицинской помощи (лечения хронических заболеваний); служба патронажных сестер, служба сестринского обслуживания на дому; центры здоровой жизни, ориентированные на профилактику болезней и укрепление здоровья, службы планирования семьи, охраны женского здоровья; центры психотерапевтической помощи.

Для голландской модели здравоохранения присуще так называемая «трансмуральная» помощь (называемая в Англии — объединенной помощью, а в США — интегрированной) помощью, целью которой является обеспечение для многих групп пациентов, в том числе с тяжелыми и длительными заболеваниями, непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи — от дома к больнице и затем снова до дома.

В целом прагматический подход к организационной системе здравоохранения зарубежных стран проявляется в выраженном моральном и экономическом приоритете профилактики по сравнению с лечением, общей практики в сравнении со специализированной медициной, домашнего ухода и амбулаторной помощи в сравнении с больничной.

В последнее время в США разрабатывается корпоративная стратегия в области здравоохранения, основанная на переосмыслении существующей системы здравоохранения и стремлении обеспечить высокое качество медицинской помощи, не повышая при этом стоимость [13]. В данной стратегии релевантным направлением считается медицинское состояние, наблюдение за которым осуществляется на протяжении всего ее цикла (например, закупорка сердечных сосудов), а не специализация (кардиохирургия, кардиология, ангиография или анестезиология). Ценностная цепочка оказания медицинской помощи при этом представляет собой систематическую схему для описания и анализа процессов оказания медицинской помощи при конкретных медицинских состояниях. При этом подчеркивается, что медицинские организации должны основываться на ценности для пациента, а не на выгоде для врача. Врачи должны сосредоточиться на медицинских состояниях, а не стремиться оказывать все услуги в рамках своей специализации. Основой основ создания ценности для пациента являются профессиональные знания врача, его опыт и объем деятельности в сфере конкретных медицинских состояний. Врачи должны определить медицинские состояния, в лечении которых они смогут обеспечить наивысшее качество, а не пытаться делать все понемногу. Отмечается, что ценность медицинской помощи возрастает максимально, если она представляется интегрированной командой, а не отдельными специалистами. А каждый врач должен отвечать за улучшение своего участка в процессе оказания медицинской помощи.

Сравнение структур систем общественного здравоохранения России и стран Запада по ряду показателей (количество средств, тратящихся на стационарную помощь, уровень госпитализации, средняя продолжительность пребывания в стационаре (дни), число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием количество врачей, работающих в участковых

службах количество врачей, работающих в стационарах соотношение «врач-медсестра») [8, 14, 16] представлено в таблице.

Общепризнанно, что ни одна страна пока не создала целостную систему здравоохранения, которая бы полностью удовлетворяла население и правительство. Развивая национальные системы здравоохранения, зарубежные страны постоянно ищут новые подходы и идеи для дальнейшего повышения качества медицинской помощи.

В нашей стране предлагается следующая модернизация экономических механизмов функционирования здравоохранения: – постепенный переход от сметного и бюджетно-страхового финансирования медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», к преимущественно одноканальному финансированию по страховому принципу с оплатой всех расходов на основе стандартов оказания медицинской помощи [17].

Следует отметить, что среди основных задач деятельности Минздравсоцразвития России на 2007 год и на пе-

риод до 2009 года в области здравоохранения было предусмотрено [25]:

- продолжить создание персонифицированного учета медицинской помощи населению Российской Федерации, включив в этот процесс стационарное звено;

- осуществить перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышения уровня оплаты труда;

- внедрить стандарты оказания медицинской помощи и унифицированные методы финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам оказания медицинской помощи;

- создать преимущественно одноканальную систему финансирования здравоохранения;

- привести существующую материально-техническую базу медицинских учреждений в соответствии с табелем оснащения;

- вывести часть объемов стационарной медицинской помощи и медицинских кадров в амбулаторно-

Сравнение структуры систем общественного здравоохранения России и зарубежных стран

Показатели	Количество средств, тратящихся на стационарную помощь (%)	Уровень госпитализации (%)	Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дни)
Россия	60 [11]	22,8 [11]	14,7 [11] 17 [5]
Зарубежные страны	36,1–41,5 [11]	В среднем по ЕС – 18,5 [11]	В среднем по ЕС – 9,5 [11] 8–13 [5]

Показатели	Число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием	Количество врачей, работающих в участковых службах (%)	Количество врачей, работающих в стационарах (%)	Соотношение «врач-медсестра»
Россия	607 тыс. врачей (42,5 на 10 000 чел.) [13] (47 на 10 000 чел.) [5] 1,4 млн. специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (96,9 на 10000 чел.) [13]	менее 25 [11]	75 [5]	1:2,5 [13]
Зарубежные страны	16 врачей на 10 000 населения 50 медицинских сестер на 10 000 населения [4]	45–55 [11]	менее 50 [5]	1:4 и более [13] 1:3,6 (Голландия), (1:1,31) Великобритания (1:1,38) Финляндия 1:4,5 (Норвегия) [4]

поликлинические учреждения;

- внедрить элементы частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Наряду с этим отмечается, что на этапе модернизации в ряду приоритетных задач остается реструктуризация системы здравоохранения, в основе которой лежит перераспределение ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи [1, 7, 8, 15].

Содержанием реструктуризации является:

- оптимизация предоставляемой населению медицинской помощи по видам и дифференциация ее по интенсивности лечебно-диагностического процесса;

- реорганизация сети и профилизация учреждений здравоохранения с учетом их лечебно-диагностических возможностей, эффективности, ресурсного и финансового обеспечения;

- переход на дифференцированную многоуровневую систему медицинского обеспечения, включая развитие межрайонных центров специализированной помощи;

- внедрение института врача общей практики/семейного врача;

- перегруппировка ресурсов внутри этапов, между ними и уровнями медицинской помощи с целью обеспечения наиболее эффективных и наименее ресурсозатратных организационных технологий с учетом региональной ситуации со здоровьем населения, возможностей здравоохранения, экономических, социальных, географических и других особенностей административных территорий.

Реструктуризация позволяет:

- повысить медико-социальную и экономическую эффективность использования ресурсов здравоохранения;

- перераспределить часть объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический;

- шире использовать стационарзамещающие технологии с организацией медицинского обслуживания больных средним медицинским персоналом на дому, в стационарах одного дня, в дневных стационарах, в специализированных центрах (больницах) для долечивания и реабилитации и пр.;

- повысить уровень и качество первичной медико-социальной помощи;

- внедрить общеврачебную (семейную) практику и сформировать сеть самостоятельных общих врачебных практик;

- сократить число обращений больных с хронической патологией на станции скорой медицинской помощи;

- оптимизировать специализированную медицинскую помощь.

Необходимость повышения качества оказания медицинской помощи государственным служащим на всех её этапах обусловлена, прежде всего, высоким уровнем профессионального стресса, характерного для управленческой деятельности. По результатам собственных исследований и исследований ряда специалистов по психическому здоровью известно, что значительная часть управленцев страдает от сильного или умеренного профессионального стресса [2, 5, 11, 20, 23]. Кратковременное или длительное воздействие этих изолированных или сочетанных неблагоприятных факторов профессионального стресса в процессе управленческой деятельности способно привести к изменению адаптационных возможностей, снижению умственной и физической работоспособности, состоянию утомления, переутомления и хронической усталости человека.

Снижение уровня воздействия этих и других основных социоприродных факторов риска (высокое кровяное давление, вредные привычки (табак, алкоголь), неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, повышенное содержание холестерина в крови, ожирение и т.д., с которыми по данным отчета ВОЗ за 2003 год связаны 40 % всех преждевременных смертей в мире) будет, несомненно, способствовать сохранению здоровья и продлению активного долголетия государственных служащих [6].

Разработанный перспективный комплекс мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи лечебно-профилактическими учреждениями Кремлевской медицины предусматривает внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оздоровления.

Наиболее результативным представляется дальнейшее развитие полииерархической многоэтапной системы оказания медицинской помощи государственным служащим, позволяющей эффективно реализовать [1, 4, 11, 12]:

- централизацию организационного управления структурой системы медицинского обеспечения государственных служащих;
- преемственность основных этапов медицинского обеспечения (поликлиника — больница — реабилитационный центр — санаторий);
- комплексность проводимых профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных мероприятий;
- проведение мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики;
- проведение первичного и повторных диспансерных обследований;
- оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- использование стационарзамещающих технологий;
- стандартизацию оказания медицинских услуг;
- укрепление материально-технической базы;
- медико-экономический подход для обоснования путей развития первичной и высокотехнологичной медицинской помощи.

К основным принципам развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактическом учреждении следует отнести:

- повышение уровня оказания медицинской помощи (уровня подготовки и квалификации врачебного, среднего и младшего медицинского персонала; имеющейся материально-технической базы; оказания высокотехнологичной медицинской помощи; комфорта и т.д.);
- повышение ответственности врачей за сохранение и улучшение здоровья прикрепленного контингента;
- укрепление профессионального здоровья и продление профессионального долголетия государственных служащих;
- учет психофизиологических особенностей должностных категорий государственных служащих;
- учет возрастного фактора прикрепленного контингента.

Это позволит повысить оперативность управления системой оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, исключить в ней элементы дублирования и параллелизма и сконцентрировать основные усилия и средства на приоритетных направлениях ее дальнейшего развития и в целом значительно увеличить её качество и доступность.

В последнее время к весьма эффективным направлениям повышения качества оказания медицинской по-

мощи в многопрофильных поликлинических лечебно-профилактических учреждений относят развитие существующих и создание новых отделений диагностики, хирургических стационаров одного дня, восстановительной медицины и реабилитации, гериатрии, оздоровительных, сестринского ухода и других, что позволит снять нагрузку со стационарных лечебно-профилактических учреждений.

Целесообразно создание кабинетов психофизиологической разгрузки, предназначенных для борьбы как со стрессом, так и с хронической усталостью, хорошо зарекомендовавших себя при восстановлении и реабилитации лиц опасных профессий [18, 19, 22]. В этих кабинетах возможно эффективное осуществление как экспресс-диагностики функционального состояния пациента, так и экстренного системного восстановления его соматического и психического здоровья посредством применения инновационных оздоровительных, восстановительных, реабилитационных, физиотерапевтических, бальнеологических и других немедикаментозных процедур. Функционирование подобных кабинетов позволит не только обеспечить пациентов полноценным набором высококвалифицированных диагностических, профилактических и оздоровительно-восстановительных медицинских услуг в целях сохранения их профессионального здоровья, борьбы с хронической усталостью, повышения работоспособности и продления профессионального долголетия, но и даст значительный социально-экономический эффект.

Позитивным явлением в развитии поликлинических услуг может быть создание оздоровительно-реабилитационного отделения (профилактория), предназначенного для обслуживания практически здоровых лиц и больных, нуждающихся в профилактических и оздоровительно-реабилитационных мероприятиях, на основе единой технологической базы реабилитационно-восстановительной медицины и высокого качества сервиса.

Весьма эффективные результаты достигаются вследствие развития в поликлинических лечебно-профилактических учреждениях системы медико-просветительной работы посредством создания и функционирования различных форм индивидуального и группового профилактического консультирования — школ пациентов (для обучения больных артериальной гипертонией, сахарным диабетом и другими распространенными заболеваниями), подготовки и издания рекомендаций как для больных, так и здоровых пациентов, способствующих повышению их информированности в вопросах профилактики и гигиены и увеличению мотивации в соблюдении рационального режима труда и отдыха, а также ведения здорового образа жизни.

Оказание стационарной медицинской помощи в больницах Управления делами Президента Российской Федерации, осуществляемое в соответствии с мировыми стандартами качества лечения с использованием современного медицинского оборудования и инновационных и технологий, должно и впредь характеризоваться успешной диагностикой заболеваний на их ранних стадиях, минимизацией числа осложнений после серьезных операций, эффективной реабилитацией и скорейшим возвращением пролеченных пациентов к полноценной жизни.

На санаторно-курортном этапе оказания медицинской помощи при реализации профилактического и реабилитационного направлений медицинской помощи целесообразно и в дальнейшем активно внедрять новые подходы и методы восстановительной медицины и курортологии.

Все эти преобразования не будут максимально эффективны для совершенствования системы укрепления, сохранения и улучшения здоровья государственных служащих без дальнейшего развития:

- Системы профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации медицинских кадров.
- Системы менеджмента качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях.
- Системы информационного обеспечения функционирования лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений.
- Системы научно-прикладных исследований, разработки и внедрения высокотехнологичных профилактических, диагностических, лечебных и оздоровительно-реабилитационных методов и технологий и т.д.

В целях укрепления здоровья государственных служащих и продления их профессионального долголетия, была разработана Концепция «Сохранение и улучшение здоровья государственных служащих» [3]. Необходимость разработки данной Концепции была предопределена высокой актуальностью, важностью и значимостью проблемы укрепления, сохранения и улучшения здоровья работающих государственных служащих как одного из приоритетных факторов совершенствования государственного управления, национальной безопасности и общественного здравоохранения. Настоящая Концепция определяет ближайшую и долгосрочную стратегию развития профилактического звена системы медицинского обеспечения деятельности государственных служащих на основе отечественного и зарубежного опыта в области профилактической медицины, профессиональной медицины и медицины, основанной на доказательствах.

Новые организационно-методические мероприятия, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим, следует выполнять в «пилотном» варианте в базовых по данной специализации лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях с последующим их распространением в остальные аналогичные медицинские учреждения.

Эффективная реализация приоритетных направлений развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим будет, безусловно, способствовать дальнейшему повышению её качества в целях сохранения, укрепления и улучшения здоровья прикрепленного контингента.

Литература

1. Актуальные проблемы реформирования системы здравоохранения и пути их решения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 3 (66). — С. 3–7. — Источник: <http://president.kremlin.ru>
2. Арутюнов А.Т., Белоусова Т.Е., Решетняк В.К., Турзин П.С. Инновационная медицинская технология профилактики и коррекции психоэмоционального стресса // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2004. — № 4. — С. 64–68.
3. Арутюнов А.Т., Турзин П.С. К вопросу о сохранении и улучшении профессионального здоровья государственных служащих // Медицина труда и промышленная экология. — 2006. — № 5. — С. 1–7.
4. Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Приоритетные

- направления развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим // Сборник трудов научной конференции «Актуальные вопросы амбулаторно-поликлинической практики», посвященной 25-летию ФГУ «Поликлиника № 3». — М., 2006. — С. 41–45.
5. Бодров В.А., Обознов А.А., Турзин П.С. Информационный стресс // Психологический журнал. — 1998. — Т. 19. — № 5. — С. 38–54.
6. ВОЗ: Отчет «Здоровье человечества за 2003 год» // By Mednovosti.ru. — 3 с. — <http://www.chtfoms.ru/popups/articleswindow>
7. Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 1 (64). — С. 6–7 (По материалам статьи Кравченко Е.В., Ржаницына Л.С. Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России // Аналитический вестник № 229 «Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»).
8. Комаров Ю.М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. Доклад Российской медицинской ассоциации Y (XXI) Всероссийскому Пироговскому съезду врачей. Москва, 15–16 апреля 2004 г. — СПб: Изд-во «Медицинская пресса», 2004. — 192 с.
9. Медицинские технологии Кремлевской медицины / Авт.-сост.: А.Т. Арутюнов, М.Н. Окоёмов, П.С. Турзин / Под ред. С.П. Миронова. — М.: ПРИНТ-АТЕЛЬЕ, 2008. — 96 с.
10. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Государственный служащий: профессиональное здоровье и долголетие. — М.: ЗАО «Принт-Ателье», 2006. — 352 с.
11. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Факторы риска заболеваний человека и их профилактика. — М.: «Принт-Ателье», 2008. — 272 с.
12. Партия «Единая Россия» о модернизации системы медицинского здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 1 (64). — С. 10–16 (По материалам YII съезда Всероссийской политической партии «Единая Россия»). — Источник: <http://www.edinros.ru/news.html?id=116972>
13. Портер М., Тайсберг Э.О. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. — Киев: Изд-во А. Капусты (подразделение «Агентства стандарт»), 2007. — 620 с.
14. Райс Д.А. Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. — М.: Изд-во «Остожье», 1996. — 272 с.
15. Реструктуризация системы здравоохранения: проблемы и пути их решения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 5 (68). — С. 11–14. — Источник: <http://www.kremlin.ru>
16. Совершенствование управления в здравоохранении стран центральной и восточной Европы / Под общ. ред. Райса Д.А. — М.: Изд-во «Остожье», 1996. — 192 с.
17. Состояние и пути повышения доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2006. — № 12 (63). — С. 17–41 (По материалам доклада «О повышении доступности и качества медицинской помощи» к заседанию президиума Государственного совета (11.10.2006). — Источник: <http://www.kremlin.ru>
18. Ступаков Г.П., Турзин П.С. Медицинские аспекты продления профессионального долголетия // Авиакосмическая и экологическая медицина. — 1997. — № 3. — С. 4–7.
19. Турзин П.С., Евдокимов А.В., Нехорошев В.П. Влияние индивидуально-адаптивной психофизиологической коррекции на работоспособность оператора // Физиология человека, 1996. — Т. 22, № 2. — С. 112–117.
20. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. От стресса и депрессии к качеству жизни. — М.: «Научная книга», 2009. — 126 с.
21. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Турзин П.С., Городецкий И.Г., Рысакова С.Л. Качество жизни: здоровье и среда обитания. — М.: ИЦ МАТИ, 2006. — 302 с.
22. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Шерешков Г.М., Турзин П.С. Введение в авиационную медицину. — М. — Воронеж: Воронежский государственный университет, 2002. — 350 с.
23. Ушаков И.Б., Молчанов К.И., Турзин П.С., Рысакова С.Л. Руководитель — успех и здоровье. — М. УФСНП, 2001. — 192 с.
24. Ушаков И.Б., Турзин П.С., Агаджанян Н.А., Попов В.И., Чубирко М.И., Фаустов А.С. Экология человека и профилактическая медицина: Мегатезаурус — Большой словарь-справочник — М.—Воронеж: ИПФ «Воронеж», 2001. — 488 с.
25. Цели и задачи деятельности Минздравсоцразвития России на 2007 год и на период до 2009 года в области здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 4 (67). — С. 4–20 (По материалам доклада о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как объекта бюджетного планирования на 2007 год и на период до 2009 года). — Источник: http://www.mzsrff.ru/pr_min/591.html