Санкт-Петербургский государственный университет

На правах рукописи

ГОРЕВА Марианна Александровна

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Специальность 22.00.08 – социология управления

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук

Санкт-Петербург
2006

Работа выполнена на кафедре социального управления и планирования факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета

Научный руководитель: доктор социологических наук, профессор
Александр Федосеевич Борисов

Официальные оппоненты: доктор социологических наук, профессор
Дмитрий Петрович Гавра

кандидат философских наук,
Галина Васильевна Еремичева

Ведущая организация: Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова.

Защита состоится 26 сентября 2006 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.232.13 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 193060, Санкт-Петербург, ул. Смольного, 1/3, 9 подъезд, факультет социологии СПбГУ, ауд.324.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета (Университетская наб., 7/9).

Автореферат разослан «24» августа 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат социологических наук Н. В. Соколов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Становление адресной социальной политики, включающей в себя социальную защиту населения страны, социальную помощь и социальную поддержку отдельных социальных групп, а также реализация приоритетных социальных направлений, в число которых входит развитие отечественного здравоохранения, поддержка материнства и детства, свидетельствуют о формировании положительной динамики социально-экономического развития страны, формируют предпосылки для расширенного воспроизводства населения России, воспроизводства здорового общества.

Здоровье, как ключевое общественное благо, выступает гарантом нормальной жизнедеятельности, функционирования и развития как отдельно взятого индивида, так и населения региона и государства в целом. В этой связи воспроизводство здоровья на макро-, мезо- и микроуровнях является объективной необходимостью. Важным институциональным фактором воспроизводства здоровья выступает здравоохранение. Посредством организации качественного медицинского обслуживания, включающего весь комплекс профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных медицинских услуг, возможно воспроизводство здорового общества.

В связи с модернизацией отечественного здравоохранения особую значимость в последние годы приобретает проблема качества медицинского обслуживания. В условиях развития бюджетно-страховой медицины происходит трансформация не только структуры финансирования здравоохранения, но и принципов взаимодействия участников медицинского обслуживания, изменение их функций. В частности, функции управления медицинским обслуживанием - планирование, организация медицинского обслуживания, контроль за его качеством – перераспределяются между производителями, потребителями и посредниками в системе оказания медицинских услуг: лечебно-профилактическими учреждениями, пациентами, органами управления здравоохранением, страховыми медицинскими организациями, фондами обязательного медицинского страхования и другими участниками. Смена ролевых функций ведет к изменению стандартов поведения всех субъектов здравоохранения, особенно пациентов. В этой связи взаимодействие участников здравоохранения строится по принципу активизации позиции пациента, на основе диалога и договора.

Поиск новых путей совершенствования медицинской деятельности и создания условий для улучшения качества медицинского обслуживания, формирование новых принципов взаимодействия участников здравоохранения и перераспределение их функций, ролевых прав и обязанностей актуализирует проблему управления качеством медицинского обслуживания. Разрабатываемая тема управления качеством медицинского обслуживания обогащает предметную область социологии управления, акцентируя внимание на вопросах управления медицинской организацией, активизации ее социального потенциала, на особенностях социальных взаимодействий, возникающих

по поводу воспроизводства здоровья, на специфику медицинского обслуживания как фактора социальной защищенности.

Степень разработанности темы. Качество медицинского обслуживания представляет собой сложный комплексный феномен, рассмотрению сущности которого посвящены работы представителей разных научных областей. В отечественной литературе данная тематика изучается чаще медиками, экономистами, юристами, нежели социологами. Так, вопросам качества медицинского обслуживания уделяется значительное внимание в работах Л.М. Астафьева, Стародубова В.И., Г.И. Галановой, В.А. Медика, А.М. Осипова, А.В. Тихомирова, В.К. Юрьева, В.В. Власова, Н.Х. Сабитова. Эти авторы анализируют медико-технологические, экономические, правовые основы оказания медицинского обслуживания. Социальным основам качества медицинской помощи посвящены исследования теоретиков общественного здравоохранения – А.В. Решетникова, О.П. Щепина, А.Л. Линденбратена, Ю.П. Лисицына, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцева и другие[1].

Для социологического обоснования сущности качества медицинского обслуживания особую ценность представляют работы классиков социальной научной мысли – Т. Парсонса, Р. Мертона, М. Вебера, Э. Дюркгейма. Рассмотрение медицинского обслуживания в социальном контексте становится возможным при обращении к теории социального воспроизводства В.Я. Ельмеева, О.И. Шкаратана.

Медицинское обслуживание как фактор воспроизводства здоровья выступает разновидностью социальных услуг. При характеристике социальных оснований медицинского обслуживания и специфике медицинских услуг особое значение представляют работы М. Фуко, К. Хаксевера, Б. Рендера, Р. Рассела, Р. Мердика, И. Иллича, У. Бека, Ж. Фурастье, А. Гартнера, Ф. Ризмана, Д. Белла, Ф. Котлера, а также отечественных исследователей – Г. А. Меньшиковой, К.Н. Хабибуллина, С.А. Мартынчик, М.Б. Худякова, А.В. Решетникова, Е.В. Дмитриевой.

Важное значение при анализе параметров качества медицинского обслуживания имеют работы А. Донабедиана, предложившего классическую «триаду» факторов качества медицинских услуг - условия, процесс и результат. При характеристике качества медицинского обслуживания в системе социального управления методологическое значение имеют работы А.В. Тихо-

---

[1] Более распространенный в медицинской науке термин «медицинская помощь», нежели «медицинское обслуживание» обусловливает и более частое оперирование понятием «качество медицинской помощи», нежели «качество медицинского обслуживания». Более того, термин «медицинское обслуживание» не только редко используется, но и отвергается отдельными исследователями как неадекватный современным условиям. Вместе с тем переход российского общества на принципы рыночной экономики трансформирует представления о здравоохранении как институте социального обслуживания, а не социального вспомоществования. В этой связи адекватной терминологией, отражающей состояние развития современного общества, является – «медицинское обслуживание», «медицинская услуга», «качество медицинского обслуживания». Разведение понятий требует их концептуализации и выявления специфики, которая и представлена в диссертационном исследовании.

нова, А.И. Пригожина, А.Ф. Борисова, Л.Т. Волчковой, В.Н. Мининой, Э.Ф. Бургановой, Е.А. Неретиной, Г.И. Осадчей.

Особый интерес для исследования тематики управления качеством представляют работы зарубежных теоретиков и практиков менеджмента качества Э. Деминга, Дж. Джурана. А. Фейгенбаума. Непосредственно вопросам управления качеством медицинского обслуживания и обоснованию процессного подхода к управлению качеством посвящены работы Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцевой, А.Л. Линденбратена, Г.И. Галановой, Е.В. Мезенцева, С.Л. Петросяна, Ю.В. Павловского, Е.П. Черняева.

Заметим, что имеющаяся литература по вопросам управления качеством медицинского обслуживания акцентирует основное внимание на медико-технологическом аспекте обеспечения качества. При этом малоисследованными остаются социальные аспекты управления качеством медицинского обслуживания. Разрабатываемые в последние годы концептуальные основы управления качеством в здравоохранении не содержат подробного анализа социальных условий и социальных характеристик управления качеством оказания медицинских услуг. Заострение внимания на социальных аспектах управления качеством требует обращения к социологической науке. Заметим, что социологические работы по управлению качеством медицинского обслуживания практически отсутствуют. При этом потребность в социологическом изучении качества в здравоохранении и выявлении социальных основ управления качеством медицинских услуг реально существует. Данная диссертация должна в определенной степени восполнить этот пробел.

Цель диссертационного исследования – раскрыть и проанализировать социальные составляющие управления качеством медицинского обслуживания.

Реализации данной цели подчинены следующие **задачи**:

- проанализировать понятия «медицинская помощь», «медицинское обслуживание», «медицинская услуга», выявить их социальную сущность;
- раскрыть специфику социологического подхода к исследованию медицинского обслуживания;
- обосновать качество медицинского обслуживания с позиции социологии и выявить социологические характеристики качества;
- охарактеризовать качество медицинского обслуживания в системе социального управления;
- выявить специфику социологического анализа управления качеством медицинского обслуживания;
- проанализировать особенности и эволюцию моделей управления качеством медицинского обслуживания;
- исследовать специфику управления качеством медицинского обслуживания в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях г. Ижевска и обозначить направления совершенствования их деятельности по управлению качеством.

Объектом исследования является качество медицинского обслуживания как социальный феномен.

Предметом исследования выступают социальные детерминанты управления качеством медицинского обслуживания.

Теоретическую и методологическую базу работы составили классические труды по теоретической социологии, социологии управления, социологии здоровья, медицинской социологии, менеджмента качества. Методологическую основу работы составила ролевая теория Т. Парсонса. В работе использованы следующие методы: метод сравнительного анализа, логические методы (синтеза и анализа, индукции и дедукции), а также методы прикладной социологии (метод анкетирования, глубинного интервью).

Информационной базой диссертационного исследования послужили данные республиканской статистики, материалы социологических исследований, проведенных автором на базе муниципальных лечебно-профилактических учреждений г. Ижевска, нормативные документы в области охраны здоровья граждан.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Медицинское обслуживание как особый вид социальных взаимоотношений, направленных на воспроизводство ключевого общественного блага – здоровья, представлено ролевым взаимодействием участников здравоохранения (в частности, медицинского работника и пациента), предметом которого выступает оказание и получение медицинской услуги.

2. Ролевые ожидания лежат в основе качества медицинских услуг. Осознанные ролевые ожидания качества медицинских услуг проявляются в форме требований субъектов взаимодействия к условиям, процессу и результату оказания медицинского обслуживания.

3. Качество медицинского обслуживания определяется как совокупность характеристик медицинской услуги, в основе которых лежит соответствие ролевым ожиданиям и требованиям участников здравоохранения, а также способность удовлетворять предполагаемые и установленные потребности при соответствии медицинским стандартам, этико-правовым и социальным нормам.

4. Качество медицинского обслуживания является целью социального управления. Поддержание качества медицинского обслуживания выступает одним из условий социальной защищенности индивида, выступает средством формирования социально безопасной среды, необходимой для нормальной жизнедеятельности индивида и общества. Социальное управление направлено на обеспечение высокого качества медицинского обслуживания посредством конкретных механизмов социальной защиты, в частности медицинского страхования. Медицинское страхование формирует основы социальной защищенности благодаря созданию условий для диверсификации социальных рисков, гарантии доступа к медицинскому обслуживанию и посредством формирования правил взаимодействия участников здравоохранения, характерных для страховой модели здравоохранения. Социальная защищенность в целом характеризуется уверенностью индивида в получении медицинских

услуг, необходимого объема и качества. Поддержание данных гарантий в здравоохранении становится возможным в условиях реализации социальных программ, направленных на решение проблем доступности, безопасности, результативности, эффективности медицинского обслуживания, т.е. на поддержание его качества и формирование условий социальной защищенности.

5. Качество медицинского обслуживания зависит от социальных условий и социальных характеристик процесса оказания медицинских услуг. Под социальными условиями мы понимаем весь комплекс элементов социальной среды медицинской организации: персонал, социальная инфраструктура лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), удовлетворенность состоянием рабочего места (санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ, обеспеченность оборудованием и т.д.), социальная защищенность работника. Под социальными характеристиками процесса оказания медицинского обслуживания понимается система социальных взаимодействий участников здравоохранения, в частности взаимодействий между сотрудниками в ЛПУ, а также между медицинскими работниками и пациентами. Совершенствование социальных условий и социальных характеристик процесса медицинского обслуживания составляет социальную сущность управления качеством медицинских услуг.

6. Проведенный сравнительный анализ моделей управления качеством медицинского обслуживания выявил существенные характеристики профессиональной, бюрократической и индустриальной моделей. Наибольшим социальным потенциалом обладает индустриальная модель, ориентированная на совершенствование комплекса взаимодействия субъектов (руководителей, медицинских работников, пациентов), на становление системы непрерывного обучения медицинских работников, повышение мотивации к непрерывному улучшению качества оказываемых медицинских услуг. Основываясь на процессном подходе к управлению качеством медицинского обслуживания и включая пациента в число субъектов управления качеством, индустриальная модель по своему содержанию закладывает основы формирования сервисной модели управления качеством.

7. Прикладное исследование, проведенное автором, подтверждает гипотезу о зависимости особенностей управления качеством медицинского обслуживания от условий и процесса оказания медицинских услуг в ЛПУ. Особенности развития и функционирования медицинских учреждений определяют условия оказания медицинского обслуживания. Более благоприятные условия функционирования ЛПУ (более широкие финансовые возможности, меньшая численность обслуживаемого контингента и другие) создают и более благоприятные условия оказания медицинского обслуживания. В свою очередь условия оказания медицинских услуг (укомплектованность кадров, профессионализм медицинских работников, материально-техническая база, санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ) влияют на процесс медицинского обслуживания. Социальные характеристики процесса медицинского обслуживания (а не только медико-технологические) формируют основу качества оказания медицинских услуг. В частности, качество медицинского обслужи-

вания детерминировано такими социальными параметрами, характеризующими процесс, как особенности взаимодействия медицинских работников с пациентами, специфика взаимодействия сотрудников ЛПУ, зависящая от сформированной организационной культуры, от системы информационного обмена, системы обучения и мотивации.

Научная новизна исследования определяется предложенным автором подходом к выявлению социальных оснований управления качеством медицинского обслуживания. К числу наиболее важных научных результатов диссертационного исследования относятся следующие:

1. Уточнено содержание понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга» и «медицинское обслуживание» с позиции социологической науки.

2. Раскрыта сущность социологического подхода к исследованию медицинского обслуживания на основе ролевой теории Т. Парсонса. Выявлена специфика социологического подхода к пониманию качества медицинского обслуживания и разработана система критериев качества медицинского обслуживания в соответствии с ролевыми ожиданиями участников системы здравоохранения.

3. Раскрыты социальные детерминанты управления качеством медицинского обслуживания, а именно: социальные условия и социальные характеристики процесса оказания медицинских услуг.

4. Проведен сравнительный анализ моделей управления качеством медицинского обслуживания. Раскрыта специфика трансформации моделей управления качеством по пути расширения их социальных оснований: индустриальная модель формирует предпосылки создания сервисной модели управления качеством.

5. На основе анализа прикладного социологического исследования, проведенного автором, выявлена зависимость управления качеством медицинского обслуживания от социальных условий и социальных характеристик процесса оказания медицинских услуг, от степени активности руководства и вовлеченности работников и пациентов в процесс управления качеством медицинского обслуживания.

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское обслуживание», характеристике социальной сущности этих понятий, обосновании ролевой теории Т. Парсонса как методологической базы исследования качества медицинского обслуживания, в исследовании социальных основ управления качеством медицинского обслуживания.

Практическая значимость диссертационной работы состоит в том, что ее основные выводы и рекомендации могут быть использованы при разработке нормативных актов по управлению качеством медицинского обслуживания на федеральном, региональном и местном уровнях, а также на уровне лечебно-профилактического учреждения; при подготовке экспертов в области управления качеством медицинского обслуживания; при создании центров аудита качества медицинского обслуживания. Материалы диссерта-

ционного исследования могут быть использованы в практике работы медицинских организаций по совершенствованию их деятельности в сфере управления качеством медицинского обслуживания. Кроме того, теоретические положения диссертации могут быть использованы при подготовке и чтении лекционных курсов по социологии управления, социологии медицины, социальному менеджменту, а также спецкурсов по управлению качеством медицинского обслуживания, социологии социальной сферы.

Апробация результатов исследования. Основные положения и выводы диссертационного исследования обсуждались на XI международной конференции «Ребенок в современном мире. Государство и дети» (Санкт-Петербург, 2004), на научно-практической конференции факультета социологии СПбГУ «Российское общество и власть: проблемы взаимодействия» (Санкт-Петербург, 2004), на научно-практической конференции факультета социологии СПбГУ «Экономика и общество: проблема социальной справедливости» (Санкт-Петербург, 2005), при подведении итогов конкурса научных работ аспирантов и молодых ученых «Молодые ученые: инновационный потенциал науки» (Санкт-Петербург, 2006), а также в рамках постоянно действующего междисциплинарного научного семинара по управлению (Санкт-Петербург, 2005) и на аспирантских семинарах кафедры социального управления и планирования факультета социологии СПбГУ. Результаты диссертационного исследования нашли отражение в семи научных публикациях автора, общим объемом 3,6 п.л.

Структура работы. Диссертационное исследование состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложений, которые содержат программу, инструментарий и результаты эмпирического исследования.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность исследования, определены его цели и задачи, объект, предмет, теоретико-методологическая база, отражены научная новизна и практическая значимость работы.

В **первой главе** ***«Теоретико-методологические основания изучения качества медицинского обслуживания»*** представлена теоретическая база, отражающая направления исследования качества медицинского обслуживания; обосновывается определение качества медицинского обслуживания с позиции социологического анализа; качество медицинского обслуживания рассматривается как ключевая цель социального управления.

В **первом параграфе** ***«Медицинское обслуживание: сущность и основные подходы к определению»*** раскрывается содержание понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское обслуживание» с позиции междисциплинарного подхода.

В работе отмечается, что в области медицинской науки и практики наибольшее распространение получил термин «медицинская помощь», трактуемый как совокупность оказываемых медицинских услуг. Однако данное определение, на наш взгляд, характеризует терминологическую подмену понятий. В диссертации подчеркивается, что совокупность услуг есть обслуживание, а не помощь. Говоря о совокупности медицинских услуг, терминологически более верным будет использовать понятие «медицинское обслуживание», нежели «медицинская помощь».

Медицинская помощь, по определению, проявляется в форме содействия в облегчении страданий нуждающихся и представлена набором жизненно необходимых медицинских манипуляций и действий. В этой связи весьма обоснованным становится включение термина «медицинская помощь» в такие сочетания, как экстренная / неотложная медицинская помощь, первая медицинская помощь и другие близкие по значению понятия. По нашему убеждению, медицинская помощь соотносится с понятием «социальное вспомоществование», что характеризует ее как добровольное бесплатно оказываемое действие, которое могут осуществлять не только подготовленные профессионалы, но и лица, не имеющие медицинского образования.

Медицинское обслуживание определяется как форма социального взаимодействия производителя и потребителя, предметом которого является оказание медицинской услуги. В свою очередь медицинская услуга содержит в себе не только элемент помощи (содействия), но и обслуживания. Обслуживание характеризуется дополнением сервисных параметров, ориентированных на удовлетворение реальных и скрытых потребностей пациента, а не только на облегчение страданий. Обслуживание подразумевает взаимодействие включенных в процесс участников, их равноправие и равную заинтересованность. Сочетая в себе элемент помощи и обслуживания, медицинская услуга может быть для прямого потребителя как бесплатной, так и платной (в том числе льготной).

Определение медицинского обслуживания как общенаучной категории базируется на синтезе экономического, медицинского, юридического и социологического подходов. Экономическая наука позволяет характеризовать медицинское обслуживание как деятельность, в основе которой лежит взаимодействие производителя и потребителя медицинских услуг, и как особую сферу социальной жизнедеятельности, направленную на воспроизводство здоровья как гаранта работоспособности, производительности и национальной безопасности. Непосредственно медицинские аспекты медицинского обслуживания раскрываются в фиксации медицинских функций, манипуляций и профессиональных действий медицинского работника, направленных на удовлетворение объективных потребностей пациента в поддержании и укреплении его здоровья. Юридическая наука добавляет в определение медицинского обслуживания аспект договорных отношений, условие равноправия участников здравоохранения, что позволяет характеризовать медицинское обслуживание с позиции субъект-субъектного подхода.

Синтез подходов к определению медицинского обслуживания находит логическое продолжение в выявлении социальной сущности, социальных основ оказания медицинских услуг, специфики социального взаимодействия и социальных отношений, рождающихся в ходе медицинского обслуживания. Все это становится возможным при обращении к социологической методологии.

Во **втором параграфе** ***«Социологический подход к исследованию медицинского обслуживания»*** осуществлен анализ медицинского обслуживания с позиции социологической науки. Медицинское обслуживание рассматривается как особый вид социального взаимодействия, в ходе которого осуществляется функция социального воспроизводства – воспроизводства здоровья как социального блага и воспроизводства социальных отношений.

Медицинское обслуживание представляет собой процесс взаимодействия не конкретных индивидов, а индивидов – носителей социальных ролей. В этой связи медицинское обслуживание рассматривается в форме ролевого взаимодействия, специфика которого детерминирована ролевыми характеристиками участников, определяющими их поведение. Классическими участниками медицинского обслуживания выступают медицинский работник и пациент, взаимодействия между которыми строятся по определенным правилам и в соответствии с конкретными ожиданиями. Ожидания, связанные с ролью, позволяют участникам прогнозировать возможное поведение друг друга, конституировать правила взаимодействия и формулировать определенные требования друг к другу, снижая тем самым неопределенности и риски в медицинском обслуживании.

В диссертации отмечается, что роли врача и пациента не являются монолитными. Автор предлагает рассматривать ролевой набор врача и пациента. В частности, роль врача дифференцируется на роли: врач-спаситель, врач-помощник, врач-продавец, врач-консультант, врач-эксперт, врач-диагност, врач-администратор и т.д. Роль пациента классифицируется, как: пациент-потребитель, пациент-клиент, пациент-партнер и т.д. Более узкая спецификация роли позволяет точнее классифицировать ожидания и требования участников по отношению друг к другу.

В современных условиях изменение ролей ключевых участников медицинского обслуживания связано с трансформацией отечественного здравоохранения, его модернизацией по пути становления бюджетно-страховой медицины. Развитие страховых принципов медицинского обслуживания приводит к изменению функций участников, появлению новых социальных ролей и новых отношений, строящихся по правилам рыночной экономики. Бюджетно-страховая модель отечественного здравоохранения включает в систему взаимодействия медицинского работника и пациента агентов-посредников – в частности, представителей страховых медицинских организаций (СМО), территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС), страхователей. Таким образом, к системе ролей «врач» и «пациент» добавляются роли «эксперта», «страховщика», «контролера», «правозащитника», «покупателя медицинских услуг», «страхователя». Усложнение

системы ролей приводит к дифференциации ожиданий и требований участников к качеству медицинского обслуживания.

В **третьем параграфе** ***«Качество медицинского обслуживания как предмет социологического анализа»*** на основе социологической интерпретации медицинского обслуживания предлагается социологический анализ качества медицинского обслуживания.

Социологический подход позволяет рассмотреть медицинское обслуживание в динамике, проанализировать, как в процессе ролевого взаимодействия формируется качество медицинских услуг. Участники взаимодействия (пациент, врач, страховщик, правозащитник, страхователь) с позиции своей роли обладают определенными ожиданиями в отношении того, каким должно быть медицинское обслуживание. Осознанные ролевые ожидания в свою очередь приобретают форму требований субъектов к качеству медицинского обслуживания.

Требования участников взаимодействия заложены в параметрах качества медицинских услуг. На основе анализа накопленных медицинской наукой характеристик качества медицинского обслуживания и анализа социальных ролей системы здравоохранения, мы выделили классификацию ролевых ожиданий основных субъектов. Так, например, такие требования пациентов, как высокая квалификация кадров, информированность пациента, безопасность в применении лекарственных препаратов, наличие соответствующего медицинского оборудования, наличие психологического комфорта и другие, находят отражение в критериях качества медицинского обслуживания – профессионализм, техническая и медицинская безопасность, доступность, оптимальность, адекватность, удовлетворенность пациента. Оценка качества, таким образом, осуществляется на предмет соответствия медицинского обслуживания ролевым ожиданиям и предъявляемым требованиям участников.

Социологическая сущность качества медицинского обслуживания раскрывается не только в специфике ролевого взаимодействия участников здравоохранения, но и в ориентации на удовлетворение социальных потребностей посредством оказания качественных медицинских услуг. Качественное медицинское обслуживание подразумевает удовлетворение потребностей разного уровня субъектов – индивида, социальной группы, общества. Следовательно, качество медицинского обслуживания может быть оценено с позиции удовлетворения индивидуальных, групповых и общественных потребностей. Дифференциация потребностей и ролевая дифференциация ведет к разделению ожиданий и требований к качеству медицинского обслуживания со стороны субъектов-носителей ролей. Совпадение ожиданий и требований субъектов, удовлетворение потребностей составляет основу качества медицинского обслуживания.

Вместе с тем медицинское обслуживание детерминировано социальной и культурной средой, в которой оно оказывается. Взаимодействия врача и пациента, таким образом, регулируются сложной системой законов, норм и правил. Ожидания и требования субъектов здравоохранения не должны противоречить устоявшимся в обществе юридическим, экономическим, этиче-

ским, социальным законам[2]. Таким образом, цепочка «потребности – ожидания – требования», определяющая качество медицинского обслуживания, дополняется критерием «культурный, или нормативный регулятор».

В целом качество медицинского обслуживания мы определяем как совокупность характеристик медицинской услуги, в основе которых лежит соответствие ролевым ожиданиям и требованиям участников здравоохранения, способность удовлетворять предполагаемые и установленные потребности при соответствии медицинским стандартам, этико-правовым и социальным нормам.

В **четвертом параграфе** ***«Качество медицинского обслуживания в системе социального управления»*** анализируется качество медицинского обслуживания с позиции теории социального управления. Поддержание качества медицинского обслуживания является одним из условий социальной защищенности индивида, выступает средством формирования социально безопасной среды, необходимой для нормальной жизнедеятельности индивида и общества. Создание условий социальной защищенности и социальной безопасности, организация социальной защиты населения как условия поддержания функций нормальной жизнедеятельности являются ключевыми направлениями социального управления. В этой связи качество медицинского обслуживания следует рассматривать в системе социального управления.

Социальное управление направлено на обеспечение высокого качества медицинского обслуживания. Посредством конкретных механизмов социальной защиты, в частности медицинского страхования, достигается диверсификация возможных рисков, негативно отражающихся на здоровье индивида и общества, а также становится возможным минимизация рисков, связанных с процессом оказания медицинского обслуживания.

Медицинское страхование, таким образом, формирует основы социальной защищенности, поскольку выступает гарантом доступности медицинского обслуживания, создает условия для минимизации социальных рисков, негативно влияющих на здоровье, а также формулирует правила взаимодействия участников здравоохранения. В частности, медицинское страхование (и обязательное, и добровольное) характеризуется наличием правил организации всего процесса медицинского обслуживания, т.е. правил взаимодействия участников здравоохранения, правил распределения медицинских услуг, их потребления и правил контроля за ними. Организация взаимодействия участников в рамках страховой медицины осуществляется посредством закрепления за ними определенных функций, полномочий, прав и обязанностей.

Медицинское страхование, предлагая правила взаимодействия участников, задает рамки, ограничения их действий. Знание правил и следование

---

[2] При условии, если медицинская услуга соответствует ролевым ожиданиям и требованиям, предъявляемым пациентом, врачом и другими субъектами, удовлетворяет их потребности, но при этом наблюдается нарушение устоявшихся этических, социальных, юридических, медицинских норм (обман, кража, злоупотребление служебным положением, неправильный выбор технологии лечения и т.д.), подобную медицинскую услугу уже нельзя назвать качественной.

им формирует ситуацию предсказуемости действий участников взаимодействия, а это в свою очередь дает индивиду уверенность и защищенность в ходе медицинского обслуживания.

Услуга всегда представлена взаимодействием участников. При этом результативность и эффективность этого взаимодействия зависит от того, наличествует ли коммуникация, диалог и консенсус между участниками. И производители, и потребители медицинских услуг, будучи носителями разных интересов, способны договориться при условии знания правил поведения. Таким образом, медицинское страхование создает условия для договоренности участников. При этом предметом их договора, консенсуса выступают объем, качество, цена и сроки оказания медицинской услуги.

Договоренность между участниками возможна лишь тогда, когда все выступают на равных, то есть являются равноправными, обладают относительно равными возможностями влияния на процесс медицинского обслуживания. Медицинское страхование законодательно закрепляет равенство позиций и производителей, и потребителей медицинских услуг. Благодаря медицинскому страхованию индивид включается в систему социальной защиты, что укрепляет его чувство защищенности.

Социальная защищенность в целом характеризуется уверенностью индивида в получении медицинских услуг, необходимого объема и качества. Поддержание данных гарантий в здравоохранении становится возможным в условиях реализации социальных программ. Социальные программы в области охраны здоровья направлены на решение проблем доступности, безопасности, результативности, эффективности медицинского обслуживания, т.е. на поддержание его качества и формирование условий социальной защищенности. В целом социальные программы, как инструмент социального управления, выступают одним из механизмов управления качеством медицинского обслуживания.

Вторая глава диссертации ***«Социальные основы управления качеством медицинского обслуживания»*** посвящена рассмотрению социальных характеристик управления качеством медицинского обслуживания. Поскольку управление качеством медицинского обслуживания является малоисследованной областью социологии управления, актуальным является представленный анализ социальных оснований управления качеством медицинских услуг, обоснование значимости процессного подхода к управлению качеством.

В **первом параграфе** ***«Социологический анализ управления качеством медицинского обслуживания»*** анализируются социальные составляющие и социальные детерминанты управления качеством медицинского обслуживания.

Трансформация принципов управления качеством медицинского обслуживания связана с изменениями в представлениях о самом качестве и со сменой концепций качества. В диссертации отмечается, что концепция непрерывного улучшения качества медицинского обслуживания в большей степени, нежели концепция контроля или концепция обеспечения качества,

является социально ориентированной. Ее социальное содержание раскрывается в обосновании сотрудничества и равноправного взаимодействия участников процесса медицинского обслуживания, в ориентации на запросы и требования потребителя, его включении в число субъектов управления качеством.

Автор диссертации при рассмотрении специфики управления качеством медицинского обслуживания к субъектам управления относит всех заинтересованных участников системы здравоохранения (пациента, медицинского работника, эксперта СМО и ТФОМС, страхователя), под объектом понимает процесс оказания медицинской услуги. При этом сущность управления качеством медицинского обслуживания раскрывается в улучшении качества оказания медицинских услуг с целью более полного удовлетворения потребностей участников взаимодействия. Определяя процесс оказания медицинского обслуживания ключевым объектом управления качеством, автор, тем самым, обращает внимание на значимость процессного подхода.

Процессный подход задает логику социологического анализа управления качеством медицинского обслуживания. Во-первых, медицинская организация, согласно процессному подходу, рассматривается как открытая социальная система. Во-вторых, качество медицинского обслуживания определяется характеристикой процесса, т. е. рассматривается как величина, зависимая от медико-технологических и социальных параметров процесса оказания медицинских услуг. Управление качеством есть управление процессами, иными словами качество медицинского обслуживания детерминировано качеством процесса его оказания. В-третьих, аргументируется, что управление качеством медицинского обслуживания с позиции процессного подхода базируется на принципах социально ориентированного управления: соучастие в управлении качеством заинтересованных субъектов, в том числе пациента (принцип партисипации), мотивированное вовлечение всех сотрудников в процесс совершенствования своей деятельности.

В целом социальными детерминантами управления качеством медицинского обслуживания называются социальные условия и социальные характеристики процесса оказания медицинских услуг. Совершенствование условий медицинского обслуживания в рамках лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) подразумевает развитие материально-технической базы, кадрового обеспечения, улучшение санитарно-гигиенических условий, социальной инфраструктуры ЛПУ, повышение профессионализма работников и т.д.

Улучшение социальных характеристик процесса медицинского обслуживания связывается с построением эффективного взаимодействия медицинских работников и пациентов, а также взаимодействия работников внутри и вне ЛПУ, руководства и сотрудников, что определяется преемственностью, непрерывностью оказания медицинской услуги, сформированным информационным обменом, эффективной коммуникацией.

В диссертации отмечается, что социальные параметры процесса медицинского обслуживания во многом детерминируют медико-технологические.

И в этой связи управление качеством, или управление процессом медицинского обслуживания, рассматривается как воздействие на социальную среду организации, ее социальный потенциал, социальные процессы.

Управление качеством медицинского обслуживания с позиции процессного подхода подразумевает развитие партнерской модели взаимоотношений медицинского работника и пациента. Партнерская модель базируется на доктрине «информированного согласия», утверждающей права пациента на получение полной информации о своем здоровье, о характере и целях предполагаемого лечения, о связанных с лечением рисках, о возможных альтернативах данному лечению, а также предполагающей получение врачом согласия (или несогласия) пациента на лечение при его обязательном информировании о возможных последствиях того или иного выбора. Партнерская модель закладывает принцип субъект-субъектных отношений, подразумевающий активизацию позиции пациента, его рефлексивное соучастие в процессе медицинского обслуживания, возможность осуществления им контроля над качеством медицинских услуг.

В целом акцент на эффективности взаимодействия участников медицинского обслуживания обусловливает значимость каждого субъекта в системе управления качеством медицинских услуг. В частности, функцией контроля над качеством медицинского обслуживания в отечественном здравоохранения наделяются медицинские работники, специалисты органов управления здравоохранением, пациенты, эксперты страховой медицинской организации и территориального фонда обязательного медицинского страхования, эксперты независимых центров аудита качества и другие. Разделение субъектов контроля законодательно закрепляется в структуре ведомственной, вневедомственной и независимой экспертиз качества медицинского обслуживания.

Улучшение качества медицинского обслуживания связывается не только с эффективностью взаимодействия ключевых участников здравоохранения, но и непосредственно с совершенствованием деятельности медицинских работников. Это становится возможным в условиях осознания работниками своей значимости и личного вклада в процесс повышения качества, мотивированного вовлечения работников в этот процесс за счет развития системы стимулов и вознаграждений, формирования организационного знания за счет соответствующей системы обучения. Примечательно, что успех медицинской организации в области улучшения деятельности и обеспечения качества пропорционален степени вовлеченности руководства в реализацию политики качества. Активная роль руководства в управлении качеством заключается не просто в осознании новой философии и технологии управления, но и в ее трансляции и создании условий для ее внедрения. При этом важным условием выступает вовлеченность сотрудников, их осознание и восприятие особой ценности качества, их заинтересованность в совершенствовании деятельности, т.е. самого процесса медицинского обслуживания. Активизация социального потенциала организации выступает ключевым фактором успеха в деле улучшения качества медицинского обслуживания.

В целом социальная сущность управления качеством медицинского обслуживания заключается в достижении общей цели субъектов взаимодействия – повышения качества медицинских услуг и, как следствия, укрепления здоровья. В диссертации подчеркивается, что достижение намеченной ключевой цели возможно разными способами, в условиях внедрения разных подходов к управлению качеством, т.е. в условиях реализации разных моделей управления качеством медицинского обслуживания.

Во **втором параграфе** ***«Модели управления качеством медицинского обслуживания: сравнительный анализ»*** анализируются устоявшиеся модели управления качеством медицинского обслуживания – профессиональная, бюрократическая, индустриальная. В профессиональной модели гарантией качества выступает высокий уровень профессионализма медицинских работников; в бюрократической модели качество гарантируется соответствующей системой сертификации, аккредитации, аттестации и стандартизации; в индустриальной модели качество определяется качественностью процесса оказания медицинских услуг. Базой профессиональной модели выступает концепция контроля качества, бюрократической – концепция обеспечения качества, в основе которой также лежит жесткий итоговый контроль, индустриальная модель базируется на концепции непрерывного улучшения качества, которая характеризуется наличием заинтересованности персонала в качестве оказываемых услуг, вовлеченностью каждого в процесс поддержания и улучшения качества, развитием системы непрерывного обучения, стандартизацией процесса оказания медицинского обслуживания, рефлексивностью и включенностью пациента в процесс обеспечения качества.

Модели управления качеством медицинского обслуживания развиваются не по пути абсолютного отрицания предыдущей, а по пути устранения недостатков предшествующей посредством ее модернизации и дополнения. Причем трансформация моделей идет в направлении увеличения значимости каждого субъекта в системе здравоохранения, повышения роли пациента, учета его требований с ориентиром на удовлетворение потребностей не только производителя, но и потребителя, а в его лице – всего общества. В целом направление трансформации моделей можно выразить в следовании главному принципу – заинтересованность каждого и выгода для всех. Таким образом, трансформация моделей управления качеством медицинского обслуживания идет по пути увеличения значимости социального фактора. При этом самой социально-ориентированной моделью выступает именно индустриальная модель управления качеством медицинского обслуживания. Можно сказать, что индустриальная модель закладывает основы формирования сервисной модели управления качеством медицинского обслуживания. В диссертации предпринята попытка аргументации необходимости развития сервисной модели управления качеством, которая обращается к принципам эффективного взаимодействия производителя и клиента, обязательного учета требований потребителя. Сервисная модель, как никакая другая, ориентируется на удовлетворение потребностей участников взаимодействия. Она отражает тенденции перехода современного общества к обществу услуг. Вместе с тем

автор подчеркивает, что сервисная модель управления должна стать логическим продолжением индустриальной модели, которая сейчас находится на стадии внедрения в отечественную медицинскую практику.

В **третьем параграфе** ***«Исследование управления качеством медицинского обслуживания в медицинских организациях г. Ижевска»*** анализируются социальные детерминанты и социальные основы управления качеством медицинского обслуживания на примере конкретных ЛПУ г. Ижевска – городской территориальной больницы и медико-санитарной части (МСЧ)[3].

В марте 2006 года автором было проведено исследование на тему: «Управление качеством медицинского обслуживания в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях г. Ижевска», анализ результатов которого позволил выявить основные характеристики управления качеством в муниципальных медицинских организациях и на их основании определить направления совершенствования деятельности.

В ходе прикладного исследования были подтверждены следующие гипотезы. Во-первых, особенности управления качеством медицинского обслуживания в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях зависят от сформировавшихся условий оказания медицинских услуг, от специфики взаимодействия медицинских работников и пациентов, специфики взаимодействия всех работников ЛПУ в ходе оказания медицинского обслуживания, а также от позиции и активности руководства ЛПУ.

Во-вторых, типичная территориальная городская больница имеет меньше возможностей (материально-технических, кадровых) для совершенствования своей деятельности в направлении повышения качества медицинского обслуживания, нежели медико-санитарная часть (МСЧ).

В-третьих, при разных возможностях функционирования и развития территориальная городская поликлиника и медико-санитарная часть характеризуются разными моделями управления качеством, поскольку характеристики, принципы и методы управления качеством различны. В частности, территориальная городская поликлиника является примером реализации бюрократической модели управления качеством, в то же время медико-санитарная часть отличается внедрением элементов индустриальной модели управления качеством медицинского обслуживания.

В-четвертых, несмотря на разницу в подходах к управлению качеством, показатели качества, характеризующие ролевые ожидания и требования ключевых субъектов здравоохранения (врача, пациента, администрации ЛПУ), одинаковы для всех представителей конкретной ролевой группы и не зависят от принадлежности субъекта к тому или иному медицинскому учреждению. Иными словами, врачи (или пациенты, или администрация) муниципальных ЛПУ предъявляют условно одинаковые требования к качеству

---

[3] Медико-санитарная часть (МЧС) представляет собой комплекс лечебно-профилактических учреждений (поликлиника, здравпункты, стационар, профилакторий и др.) для оказания медицинской помощи и проведения санитарно-профилактической работы преимущественно на крупных промышленных предприятиях.

медицинского обслуживания, т.е. выделяют одинаковые параметры качества, так как принадлежат одной ролевой группе.

Исходя из результатов проведенного исследования, автор пришел к следующим выводам:

1. Практика управления качеством медицинского обслуживания в муниципальных ЛПУ г. Ижевска строится на основе реализации смешанной модели управления качеством – профессионально-бюрократической. Вместе с тем наблюдается включение отдельных элементов индустриальной модели управления качеством, а именно: в исследуемой МСЧ зафиксирована практика организации системы непрерывного обучения сотрудников и представителей администрации ЛПУ, практика повышения мотивации к непрерывному обучению посредством разработанной балльной системы оценок и премирования; практика внедрения комплексной системы контроля за качеством медицинского обслуживания (текущего и итогового); нацеленность на совершенствование деятельности по пути обеспечения принципа преемственности и непрерывности оказания медицинских услуг.

2. Степень готовности руководителей к участию в улучшении деятельности и повышению качества медицинского обслуживания в рамках процессного подхода различна в разных муниципальных ЛПУ. Однако положительная тенденция – активизация позиции руководства в процессе улучшения деятельности медицинской организации – характерна для обоих исследуемых муниципальных ЛПУ. Заметим, что администрация ЛПУ выступает движущей силой нововведений. Наибольшую активность в деле внедрения принципов процессного похода проявляет администрация медико-санитарной части (МСЧ). На уровне МСЧ разработаны рекомендации по оптимизации лечебно-диагностического процесса, с подачи руководства в лечебном учреждении внедряются ключевые идеи процессного подхода к управлению качеством – непрерывное повышение профессионального мастерства, достижение преемственности в процессе оказания медицинского обслуживания. Важным показателем осознания руководством МСЧ новой философии управления качеством медицинского обслуживания выступает зафиксированная высокая роль внутреннего потребителя, нацеленность на создание атмосферы коллективного творчества, командной работы и т.д. Убежденность руководства городской территориальной больницы в необходимости улучшения результатов работы ЛПУ находит подкрепление в активизации соответствующих ресурсов. Важным является то, что в качестве базовых ресурсов администрацией городской больницы рассматриваются не только технологические, но и социальные ресурсы (социальный потенциал организации). Так, возможность активизации социального потенциала видится руководством посредством реорганизации взаимоотношений в ЛПУ, изменения организационной структуры, перераспределения функций и должностной ответственности.

3. Активизация внутреннего социального потенциала, использование знаний работников для достижения ключевых целей организации, а также повышение инициативы и творчества работников предполагает наличие по-настоящему партнерских отношений как между руководителями и сотрудни-

ками организации, так и непосредственно между самими сотрудниками. В ходе исследования выявлено, что партнерские отношения в большей степени развиты в медико-санитарной части, нежели в городской территориальной больнице, там же менее затруднен и информационный обмен между руководителями и сотрудниками МСЧ. В этой связи в качестве необходимого пути совершенствования деятельности городской больницы названы построение эффективной коммуникации внутри ЛПУ, устранение разрозненности в коллективе, сближение медсестринского и врачебного персонала.

4. Пациенты обоих исследуемых ЛПУ частично «включены» в систему субъектов управления качеством медицинского обслуживания. Подобное «включение» достигается посредством фиксации и учета мнений, пожеланий и рекомендаций пациентов, получаемых в ходе социологических исследований, проводимых по инициативе администрации ЛПУ, а также по инициативе Удмуртского территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций. Совершенствование деятельности ЛПУ с учетом требований пациентов характеризует ситуацию партисипативного управления качеством, в которое включен и сам потребитель. Вместе с тем, пациент, проявляя определенное недоверие и скептицизм в отношении возможностей существенных изменений в медицинском обслуживании, выбирает пассивную гражданскую позицию. Именно поэтому пациент, на наш взгляд, не может быть назван полноправным субъектом управления качеством медицинского обслуживания в муниципальных ЛПУ.

Таким образом, улучшение качества медицинского обслуживания в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях г. Ижевска возможно при условии активизации позиции администрации, повышения заинтересованности медицинских работников в совершенствовании своей деятельности, а также при условии повышения значимости пациента в процессе медицинского обслуживания, построения эффективного взаимодействия внутри ЛПУ. Роль пациента в вопросах улучшения качества велика и должна проявляться в рефлексивном соучастии, в выражении своей оценки и своих требований к качеству медицинского обслуживания, в повышении знаний о специфике собственных заболеваний, особенно хронических. При этом возрастает значимость информационной работы с пациентом, формирования у него культуры здоровья, установок на здоровый образ жизни. Недооценивание роли пациента ведет к его исключению из числа субъектов влияния на качество медицинского обслуживания. Вместе с тем процесс обслуживания всегда подразумевает взаимодействие и взаимовлияние производителя и потребителя, а значит, исключение одного из участников недопустимо.

В **заключении** представлены основные выводы по результатам диссертационного исследования, определены перспективные направления дальнейшего изучения проблемы.

Приложения содержат программу прикладного социологического исследования «Управление качеством медицинского обслуживания в муниципальных ЛПУ г. Ижевска», инструментарий анкетного опроса врачей и пациентов ЛПУ, гайд-интервью с представителями администрации ЛПУ, распре-

деление респондентов по социально-демографическим характеристикам, краткая характеристика исследуемых ЛПУ, а также графическое представление некоторых результатов исследования.

По теме диссертационного исследования опубликованы следующие работы автора:

1. Анализ результатов изучения влияния социального статуса на самооценку здоровья населения г. Ижевска // Тезисы докладов 31-й итоговой студенческой научной конференции / Отв ред. А.А. Грызлов, Ижевск.: Изд-во «УдГУ», 2003. (0,2 п.л.).
2. Здоровье детей в зеркале социологии // Философия образования и мир детства: Материалы XI международной конференции «Ребенок в современном мире. Государство и дети». СПб.: Издательство СПбГУ, 2004. (0,2 п.л.).
3. Проблема качества медицинской помощи в предметном поле социологии управления // Социальное управление и планирование: Сборник статей / Под ред. Л.Т. Волчковой. – СПб: ООО «Книжный дом» 2004. (1,0 п.л.).
4. Социальная защита, социальная безопасность и государственное управление. В соавт. Э.Ф. Бурганова // Управление и власть: Материалы междисциплинарного научного семинара / Под ред. О.Я. Гелиха, В.Н. Мининой. – СПб: ЗАО «Полиграфическое предприятие № 3», 2004. (1,0 п.л.).
5. Проблема качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования // Российское общество и власть: проблемы взаимодействия / Тезисы научно-теоретической конференции / Факультет социологии СПбГУ. – СПб: Астерион, 2004. (0,2 п.л.).
6. Социальная справедливость в здравоохранении // Экономика и общество: проблема социальной справедливости / Отв. ред. Ю.В. Веселов. – СПб: Социологическое общество им. М.М. Ковалевского, 2005. (0,2 п.л.).
7. Качество медицинского обслуживания как социально-управленческий феномен: социологический подход // Интеграция. Коммуникация. Управление: Сборник статей молодых ученых / Под ред. В.В. Васильковой, В.В. Козловского, В.Н. Мининой. – СПб.: Интерсоцис, 2005. (0,8 п.л.).

Отпечатано с готового оригинал-макета в ЦНИТ «АСТЕРИОН»
Заказ № 192. Подписано в печать 24.08.2006 г. Бумага офсетная.
Формат 60×84 1/16. Объем 1,25 п. л. Тираж 100 экз.
Санкт-Петербург, 191015, а/я 83, (812) 275-73-00, 970-35-70
asterion@ asterion.ru