САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ

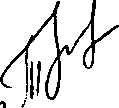
УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ТРИФОНОВА Наталия Алексеевна

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОДГОТОВКИ  
РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ  
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Диссертационная работа на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук по специальности  
22.00.08 — Социология управления

Научный руководитель: докт. филос. наук, проф. Устьянцев В.Б.

Саратов 2004

**Введение 3**

1. **Система здравоохранения как объект управления 20**
   1. Институциальный уровень управления в системе 20

здравоохранения

* 1. Административная система и менеджмент в системе

здравоохранения 54

1. **Подготовка руководящих кадров как фактор**

**эффективности управления в системе**

**здравоохранения 81**

* 1. Проблемные зоны и перспективы подготовки

руководителей для лечебно-профилактических 82

учреждений

* 1. Социальное проектирование управленческой 110

подготовки в системе здравоохранения

**Заключение 127**

**Библиография 131**

[**Приложения 142**](#bookmark5)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование социологических основ подготовки руководящих кадров в системе здравоохранения привело к следующему.

Методология неоинституциального анализа позволила в новом содержательном аспекте интерпретировать социальный институт здравоохранение как систему правил, норм и ценностей, репрезентированных в когнитивных установках, идеологии и действиях групп акторов на институциальных полях. Актуализирована фундаментальная оппозиция, конституирующая систему

здравоохранения, здоровье - болезнь в структуре социально конструируемых феноменов. Базовые характеристики здравоохранения как социального института и объекта управления представляются в категориях здоровья как социальной ценности; нормы здоровья, кодифицируемой в системе специальных показателей (морфологических, функциональных, биохимических)и отклонений от нее; медикалистской идеологии как способе рационализирования и рефлексии социальной группы работников здравоохранения в отношении окружающего мира и инструмента, с помощью которого группы медицинских сотрудников и их отдельные представители добиваются более весомых экономических, политических и символических ресурсов относительно других групп и индивидов.

Структурный социоанализ дал возможность выделить основные группы акторов, действующих в институциальном поле здравоохранения,- государство, медицинские вузы и средние профессиональные учебные заведения, государсвенные и муниципальные медицинские организации, негосударственные медицинские учреждения, население страны, парамедицинские учреждения и лица, предоставляющие парамедицинские услуги. Интересы акторов направлены на стабилизацию положения привилегированных групп (государственных структур, учебных медицинских заведений и коммерческих учреждений) в условиях противостояния другим акторам (ведомственным учреждениям, населению, парамедицинским организациям), обладающим большим или меньшим объемом власти. Борьба между основными акторами приводит к динамическим изменениям структуры, проявляющимся в намеренном и непреднамеренном вторжении на соседние поля как результат этой борьбы. В результате складываются локальные социальные порядки: коммерциализация, поиск и привлечение источников альтернативного финансирования, усугубление специализации и ограничение ответственности, развитие теневых нелегальных отношений, профанация и саботаж, эксплуатация имиджа, создание, поддержка и включенность в специфические социальные сети, экстенсификация услуг, пролонгация лечения, привлечение специалистов из других организаций. Интрагрупповые взаимодействия акторов характеризуются высокой степенью солидарности, поддерживаемой субгруппой менеджеров, а интергрупповые способствуют осуществлению социального контроля.

Проведенный функциональный анализ позволил выделить экономические, социальные, культурные функции института здравоохранения. Это прежде всего поддержание необходимого уровня социального здоровья, профессиональная селекция, социальная селекция, трансляция медикалистской идеологии и медицинского знания, функция социального регулирования, формирование индивидуальной концепции здоровья, формирование здорового образа жизни и экологически благоприятной здоровой среды, стратифицирующая функция, необходимые для поддержания стабильности социального порядка.

Установленные в ходе исследования основные проблемные зоны в системе здравоохранения корреспондируют с необходимостью разработки содержательной направленности профессиональной подготовки менеджеров для лечебно профилактических учреждений. Институциальные проблемы должны решаться на федеральном и региональном уровнях управления в структуре развернутых переговорных процессов. Процессы оптимизации организационной структуры затормаживаются жесткостью механистической структуры медицинских организаций, что ослабляет их способность к изменению и развитию и делает их менее адекватными для деятельности в нестабильной и сложной среде. Низкая заинтересованность врачей и персонала ЛПУ, их недобросовестные действия и затягивание лечения отражают еще одну проблемную зону в образовательной программе для менеджеров. Эта зона лежит в плоскости управления персоналом, использования эффективных механизмов мотивирования и формирования благоприятной корпоративной культуры основу субъективной оценки качества обслуживания в медицинских учреждениях составляют: личностно­ориентированное отношение врача; отход от узких рамок специализированного лечения, привлечение врачей смежных специализаций; богатые возможности диагностических процедур; отсутствие очередей; порядок; чистота помещений и эстетика интерьера.

Основными субъектами реформирования системы здравоохранения являются по оценкам работников здравоохранения и пациентов медицинских учреждений государство, страховые организации и образовательные медицинские учреждения. Низко оценивается возможность населения повлиять на ситуацию в здравоохранении, что говорит о низком дескриптивном статусе субъектности населения. Этому способствуют и отсутствие механизма защиты прав пациента, низкая культура профессиональной деятельности, неэффективная коммуникация. Названное определяет необходимость проведения широкой разъяснительной работы в условиях изменения социальных ориентиров и мотивов населения в области здравоохранения.

Проектирование профессиональной подготовки руководителей осуществляется в рамках следующих моделей: стационарной

специализированной, стационарной управленческой и динамической.

Последняя предполагает спецификацию образовательных программ в зависимости от уровня профессионализма.