

оценка данного явления в общественном мнении; неполный учет их анатомо-физиологических и морально-психологических особенностей при регламентации военной службы; нарушения уставных взаимоотношений между военнослужащими, в т.ч. на сексуальной почве; неоднозначная оценка возможности и последствий участия женщин в боевых действиях и др.

В заключение необходимо подчеркнуть, что при определении социального статуса женщин-военнослужащих, условий и характера их воинской службы необходимо углубленное комплексное исследование. Это поможет решению целого ряда проблем медико-социального генеза.

Литература

1. Батракова Л.Г., Краснова Г.Н. Гендерная структура занятости в вооруженных силах стран мира // Ярославский педагогический вестник – 2013. – № 2. – Т. I. (Гуманитарные науки).
2. Батурина З.П., Армия и женщины // Власть. - 2001. - № 3. - С. 78.
3. Батурина З.П., Женщины-военнослужащие в вооруженных силах США // ПУ ГСВГ. - 1985. - 24 с.
4. Батурина З.П., Женщины-военнослужащие в иностранных армиях // М.: ИВИ МО СССР, 1991. - 130 с.
5. Женщины в армии России. - www.softmixer.com/2012/10/blog-post_380.html.
6. Рыков С.Л. Слабый пол в сильной армии // Независимое военное обозрение. – 2000. – № 27.
7. Nielsen V. Women in uniform // NATO Review. – Brussels, 2001. – V. 49. – P. 30–33.

Мушников Д.Л., Свечина А.В.

КОНЦЕПЦИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Институт актуальных исследований и технологий, г. Иваново

Мушников Дмитрий Львович - генеральный директор,

Свечина Анна Вячеславовна - н.с.

Резюме. Предложена методология социокультурного менеджмента, позволяющая отслеживать социокультурный потенциал здравоохранения, своевременно выявлять неблагоприятные факторы и вмешиваться в их развитие. Это формирует установку на слежение за состоянием культуры здравоохранения, способствует своевременным коррективам его политики.

Ключевые слова: менеджмент, здравоохранение, организационная культура, персонал, пациенты.

THE CONCEPT OF SOCIO-CULTURAL HEALTHCARE MANAGEMENT

Abstract. The proposes a methodology of socio-cultural management, allowing to monitor health care socio-cultural capacities, to identify risk factors and interfere in their development. Monitoring health care culture provides timely adjustments in health policy.

Key words: management, health care, organizational culture, staff, patients.

Перед менеджментом в здравоохранении встает в настоящее время двуединая задача: с одной стороны, обеспечить устойчивость системы, а с другой - создать условия для перевода ее в качественно новое состояние, т.е. стимулировать развитие [3, 4, 8, 9]. Среди проблем современного российского здравоохранения весомую роль играют вопросы социокультурного порядка. В условиях политической и социально-экономической трансформации российского общества увеличилась частота дефектов качества оказания медицинской помощи, напрямую или косвенно связанных с культурой медицинских работников, культурой медицинских учреждений [1, 2, 5-7]. Культура – это универсальный механизм, который осуществляет всю организацию и самоорганизацию человеческой жизни, упорядочивая ее в пространстве и времени. Здравоохранение, как один из важнейших социальных институтов, содержит социокультурную составляющую. Однако работ, рассматривающих повышение эффективности здравоохранения с социокультурных позиций, предусматривающих системный анализ организационной культуры медицинских учреждений, культуры медицинских работников, пациентов и организаторов здравоохранения, практически нет. Это в значительной степени затрудняет разработку научно обоснованных мероприятий по формированию современных систем повышения качества медицинской помощи.

Формирование эффективной политики на федеральном и региональном уровнях требует изучения социокультурного потенциала здравоохранения СПЗ, т.е., тех культурных феноменов, которые входят как неотъемлемая часть в каждый из элементов системы (медицинские организации, их пациентов, население конкретной территории, медицинских работников, медицинские образовательные учреждения, органы управления здравоохранением) и образуют своеобразный социокультурный пласт образцов и норм поведения, ценностей, отношений, с которым приходится сталкиваться в практике здравоохранения, и который накладывает отпечаток на характер и успешность его функционирования. Следует отметить, что методологии системного изучения СПЗ так и не сложилось. СПЗ, по нашему мнению, должен рассматриваться как система взаимосвязанных элементов:

1) Культура управления здравоохранением, под которой понимается совокупность фактически сложившихся отношений, норм, ценностей, определяющих деятельность управленческих кадров (на региональном, муниципальном и учрежденческом уровнях), и их соответствие концептуальным, этическим и правовым положениям общеотраслевой политики.

2) Культура медицинских организаций - это сложный организационный феномен, обеспечивающий формирование, поддержание и развитие морально-нравственных, социокультурных и эстетических норм и положений медицинской организации, а также ее образ в глазах работников и внешнего окружения.

3) Культура медицинских работников (оценивается среди медицинских работников со стажем более 5 лет) – преобладающий среди медицинских работников тип ценностных ориентаций, межличностных отношений и культурных образцов поведения, их соответствие этическим и правовым положениям медицинского сообщества.

4) Культура клиентов медицинских организаций (оценивается для государственных и муниципальных медицинских организаций среди пациентов диспансерной группы, хронических больных, часто обращающихся, медицинского актива; для частных медицинских организаций – среди пациентов, неоднократно обращающихся за помощью в них) – совокупность качественных характеристик пациентов, определяющих их доброжелательное отношение к учреждениям здравоохранения и медицинским работникам, готовность к сотрудничеству и выполнению рекомендаций врачей, соблюдению норм и правил поведения в рамках лечебно-диагностического процесса, желание помогать медицинским работникам в соблюдении и пропаганде медицинских знаний, здорового образа жизни.

5) Культура медицинского образования – совокупность характеристик, определяющих подготовленность медицинских образовательных учреждений к накоплению и созданию традиций и образцов высоко-нравственного поведения медицинских работников, усвоения студентами и слушателями гуманистических ценностей, развития у них морально-нравственных, социокультурных и эстетических качеств, способности к работе в условиях инновационно ориентированной экономики.

Системоассоциированными факторами являются: культура населения территории; культура поставщиков ресурсов; культура информирования о деятельности здравоохранения СМИ; политическая культура обсуждения вопросов здравоохранения; культура медицинских работников на рынке труда.

Методология изучения СПЗ включает:

1) Выделение на основе анализа и обобщения опыта, экспертных мнений элементов.

2) Разработку методического инструментария оценки каждого из элементов, критериев оценки.

3) Уточнение в ходе пилотажных исследований информационной значимости критериев и параметров оценки.

4) Определение в ходе пилотажных исследований оптимальных значений каждого из элементов.

5) Определение критериев эффективности его реализации.

6) Определение взаимосвязи полноты его реализации с доступностью, качеством и результативностью медицинской помощи.

Методология интегральной оценки СПЗ включает количественную оценку каждого компонента по соответствующей методике, которые суммируются в комплексном показателе. Его максимальное значение принимается за 1200 баллов. При оценке более 1150 баллов – высокий потенциал; 900-1150 – пограничное состояние; меньше 900 – низкий потенциал.

Далее рассчитывается индекс реализации СПЗ по формуле:

$KPZ = \sum KP_i f / 1200$, где $\sum P_i f$ – сумма балльных оценок по компонентам.

Максимальное значение (1,0) свидетельствует о полной реализации СПЗ. Меньшая величина говорит о проблемах в обеспечении качественной и эффективной работы, требующих принятия управленческих решений.

Социокультурный менеджмент в здравоохранении, по нашему мнению, можно определить, как теорию и практику управления культурной составляющей здравоохранения с целью создания социокультурного пространства, благоприятного для здоровьесбережения, социального партнерства, реализации гуманистических и эстетических принципов, инновационного развития, непрерывного улучшения качества медицинской помощи и медицинского сервиса.

Принципы социокультурного менеджмента в здравоохранении должны включать:

а) общеуправленческие (по Анри Файолю);

б) специфические (гуманистическая направленность и социальная ориентированность; уважение к достоинству человека; приоритет универсальной ценности «здоровье»; учет культурных особенностей и интересов людей; инновационность; накопление, обобщение, анализ и использование позитивного опыта и традиций предыдущих поколений).

Эффективность социокультурной подсистемы здравоохранения можно оценить по следующим критериям:

А) на региональном уровне: воспроизведение лучших социокультурных образцов и медицинских традиций; сопоставимость с общенациональными и отраслевыми ценностями и образцами деятельности; ориентация на сохранение и укрепление здоровья; приращение СПЗ;

повышение качества медицинской помощи; удовлетворенность пациентов состоянием здравоохранения и качеством оказываемой им помощи;

Б) на организационном уровне: благоприятный социально-психологический климат; повышение корпоративной культуры, реализация резерва ее оптимизации; расширение зоны устойчивого развития.

Предложенная методология социокультурного менеджмента в здравоохранении позволяет отслеживать СПЗ, своевременно выявлять неблагоприятные тенденции и вмешиваться в их развитие. Это акцентирует внимание на культуре здравоохранения, позволяет своевременно вносить коррективы в политику здравоохранения.

Литература

1. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент – М.: ИНФРА-М., 2007. – 256 с.
2. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Этические и деонтологические проблемы российского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 3. – С. 3-6.
3. Медик В.А. Роль здравоохранения в реализации концепции демографической политики на региональном уровне // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 6. – С. 8-11
4. Михайлова Ю.В., Матинян Н.С. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 3. – С. 18-21.
5. Решетников А.В. Социология медицины. - М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 256 с.
6. Серегина И.Ф., Линдебрaten А.Л., Гришина Н.К. Результаты социологического исследования мнения населения Российской Федерации о качестве и доступности медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 5. – С. 3-6.
7. Сибурина Т.А. Гармонизация управления – необходимое условие развития здравоохранения / Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава. - М., 2007. - С. 284-290.
8. Щепин В.О., Пояркова Е.С. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения России // Экономика здравоохранения. – 2008. - № 8. С. 6-8.
9. Щепин О.П., Овчаров В.К. Пути решения проблем здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 1. – С. 3-6.