

Семья, как малая социальная группа, может способствовать или препятствовать успешной реализации здоровьесберегающих стратегий. Как показало исследование, в большинстве случаев ближайшее окружение лиц, страдающих профессиональными заболеваниями, посредством внимательного отношения может влиять на улучшение морального и психоэмоционального состояния больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Психологические факторы адаптации к ситуации профессионального заболевания (на примере работающего сельского населения). *Психология. Экономика. Право*. 2014; 3: 30—8.
2. Баранов И.Н., Скляр Т.М. Поведение населения на рынке медицинских услуг и перспективы развития страховой медицины в Санкт-Петербурге. *Вестник СПбГУ. Серия 8*. 2004; 1 (8): 65—83.
3. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни — шаг вперед, два назад. *Социологические исследования*. 2010; 4: 75—88.
4. Решетников А.В., Ефименко С.А. *Социология пациента*. М.: Здоровье и общество, 2008.
5. *О состоянии условий и охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости на предприятиях и в организациях Саратовской области в 2013 году. Министерство занятости, труда и миграции Саратовской области*. URL: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (дата обращения: 30.03.2015).

6. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. *Экономика здравоохранения*. 2000; 12: 5—19.
7. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Hlth Policy Planning*. 2004; 19: 69—79.

Поступила 12.09.2015

REFERENCES

1. Andriyanova E.A., Chernyshkova E.V. Psychological adaptation factors to the occupational disease situation. *Psikhologiya. Ekonomika. Pravo*. 2014; 3: 30—8. (in Russian)
2. Baranov I.N., Sklyar T.M. Population behavior at medical service market and perspectives of medical insurance development in Sankt Petersburg. *Vestnik SPbGU. Seriya 8*. 2004; 1 (8): 65—83. (in Russian)
3. Varlamova S.N., Sedova N.N. Healthy life style — a step forward, two backwards. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2010; 4: 75—88. (in Russian)
4. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. *Sociology of Patient [Sotsiologiya patsienta]*. Moscow: Zdorovye i obshchestvo, 2008.
5. *About Labor Conditions and Defense, Industrial Incidents and Occupational Morbidity Rate at Factories and Business Enterprises of Saratov Region in 2013. Ministry of Employment, Labor and Migration of Saratov Region*. Available at: http://www.mintrud.saratov.gov.ru/analytical/work_other/index.php?SECTION_ID=209 (accessed: 30.03.2015). (in Russian)
6. Reshetnikov A.V. Social portrait of medical services consumer. *Ekonomika zdavookhraneniya*. 2000; 12: 5—19. (in Russian)
7. Ensor T., Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Hlth Policy Planning*. 2004; 19: 69—79.

© КАЛЕВА Н.Г., КАЛЕВ О.Ф., 2015

УДК 614.2:616-058

Калева Н.Г.¹, Калев О.Ф.²

СПРАВЕДЛИВОСТЬ — КЛЮЧЕВОЙ ПРИНЦИП ГУМАНИТАРНОЙ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области, 454000, г. Челябинск, Россия; ²ГБОУ ВПО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Минздрава России, 454094, г. Челябинск, Россия

Для корреспонденции: Калева Нина Георгиевна, кандидат медицинских наук, главный специалист отдела по связям с общественными и научными учреждениями Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, KalevaNG@mail.ru

Проблема выявления, измерения, оценки и устранения неравенства и несправедливости в отношении здоровья остается нерешенной во всех странах мира.

Целью исследования стала оценка ситуации в отношении качества медицинской помощи (КМП) в первичном звене здравоохранения на региональном уровне и определение путей ее улучшения на основе гуманитарной модели системы управления качеством с позиций социологии медицины.

По материалам базы данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области проведен анализ 254 383 актов экспертиз качества медицинской помощи, в том числе 42 998 экспертиз помощи, оказанной врачами-педиатрами, и 61 860 — врачами-терапевтами. Дизайн относится к типу клинического аудита по медицинской документации законченного случая в поликлинической практике. Выявлены существенные различия в частоте дефектов качества медицинской помощи между областными центрами, большими городами, малыми городами и сельскими районами. Установлен феномен субоптимизации качества медицинской помощи в малых городах и сельских районах в период роста финансирования здравоохранения. Результаты исследования свидетельствуют о наличии несправедливости в вопросах охраны здоровья населения, живущего в неблагоприятных социально-экономических условиях. Для обеспечения справедливости в отношении здоровья разработана концепция гуманитарной модели системы управления качеством с позиций социологии медицины.

Ключевые слова: гуманитарная модель управления; качество медицинской помощи; справедливость; социология медицины.

Для цитирования: Калева Н.Г., Калев О.Ф. Справедливость — ключевой принцип гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения с позиций социологии медицины. *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 41—47. DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-41-47

Kaleva N.G.¹, Kalev O.F.²

THE JUSTICE AS KEY PRINCIPLE OF HUMANITARIAN MODEL OF QUALITY MANAGEMENT OF HEALTH CARE SYSTEM FROM POSITION OF SOCIOLOGY OF MEDICINE

¹The territorial foundation of mandatory medical insurance of the Chelyabinskaia oblast, 454000 Chelyabinsk, Russia; ²The Yujno-Uralskii state medical university of Minzdrav of Russia, 454094 Chelyabinsk, Russia

The problem of detection, measurement, evaluation and elimination of inequity and injustice related to health continues to be unresolved in all countries.

The study was carried out to evaluate situation related to quality of medical care in primary health care at the regional level and to determine means of its amelioration on the basis of humanitarian model of system of quality management from positions of sociology of medicine.

The materials of territorial foundation of mandatory medical insurance of the Chelyabinskaia oblast were taken as basis for analysis. The sampling consisted of 54 383 acts of expertise of quality of medical care, including 42 998 expertises of medical care provided by pediatricians and 61 860 by therapists. The design related to type of clinical audit of medical documentation of completed case in polyclinic practice. The significant differences were established concerning rate of defects of quality of medical care in oblast centers, large cities, towns and rural regions. The phenomenon of sub-optimization of quality of medical care in towns, and rural districts during period of financing increase of health care is established. The results of study testify availability of injustice in issues of health care of population residing in unfavorable social economic conditions. To support justice related to health the concept of humanitarian model of system of management of quality from positions of sociology of medicine was developed.

Key words: *humanitarian model of system of management; quality; medical care*

For citation: Kaleva N.G., Kalev O.F. The justice as key principle of humanitarian model of quality management of health care system from position of sociology of medicine. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (1): 41—47 (in Russ.). DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-41-47

For correspondence: Kaleva N.G., candidate of medical sciences, chief specialist of department of public and research institutions, KalevaNG@mail.ru

Received 15.01.16
Accepted 12.04.16

Проблема выявления, измерения, оценки и устранения неравенства и несправедливости в отношении здоровья остается нерешенной во всех странах мира [1, 2]. В стратегии ЕРБ ВОЗ по обеспечению справедливости в вопросах охраны здоровья было предусмотрено сокращение к 2000 г. различий в состоянии здоровья между странами и отдельными контингентами населения внутри стран на 25% [3, 4]. В основу этих задач положено убеждение в необходимости справедливого и равного использования ресурсов здравоохранения на благо всего населения. Принцип справедливости и равенства означает:

- ♦ равный доступ к имеющемуся обслуживанию и помощи при равной потребности;
- ♦ равное использование применительно к равной потребности;
- ♦ равное качество медицинской помощи для всех [5].

Наибольшее значение в обеспечении справедливости принадлежит третьей качественной составляющей, которая в методологическом плане имеет синтетическую сущность [6].

Цель исследования — оценить ситуацию в отношении качества медицинской помощи (КМП) в первичном звене здравоохранения на региональном уровне и определить пути ее улучшения на основе гуманитарной модели системы управления качеством с позиций социологии медицины.

Материал и методы

При выполнении исследования нами использовались структурный, процессуальный и результативный подходы к оценке качества лечебно-профилактической помощи [7]. Проведен анализ КМП населению Челябинской области в 2001—2010 гг. по материалам базы данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области (ТФОМС

ЧО). Дизайн исследования относится к типу клинического аудита по медицинской документации законченного случая в амбулаторно-поликлинической практике. Вневедомственная экспертиза КМП проводилась внештатными независимыми экспертами. Экспертиза КМП осуществлялась по единым методологическим принципам и технологии в соответствии с "Положением об экспертной оценке качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования в Челябинской области", утвержденным совместным приказом ТФОМС ЧО и Главного Управления здравоохранения Челябинской области от 09.06.2000 г. № 165/1837. На каждый законченный случай оказания медицинской помощи был составлен "Акт экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса амбулаторного больного". С помощью компьютерной программы проведен анализ дефектов постановки диагноза, лечения, реабилитации, решения вопросов врачебно-трудовой экспертизы, нарушения сроков лечения, перевода на следующий этап лечения, дефектов ведения медицинской документации. На основе ранжирования основных блоков экспертной оценки по их практической значимости через присвоение каждому блоку соответствующего удельного веса рассчитывали интегральный показатель дефектов (ПД). При обработке карты экспертной оценки на ЭВМ отмечались баллы.

Частота дефектов диагностики, лечения и др., а также уровень их различий между изучаемыми группами населения являются индикаторами справедливости/несправедливости качества процесса оказания медицинской помощи. Динамика этих показателей за определенные периоды наблюдения характеризует позитивный или негативный результат проводимых мероприятий по улучшению КМП и эффективность использования ресурсов здравоохранения на региональном и

муниципальном уровнях. Динамика показателей КМП также является независимым измеримым индикатором справедливости или несправедливости в вопросах охраны здоровья.

Анализ КМП проведен в административно-территориальных образованиях (ТО) с различным социально-медико-экономическим статусом, определяемым по следующим характеристикам: городской округ, муниципальный район, численность населения, уровень развития промышленного и сельскохозяйственного производства, экономики, образования, здравоохранения и других социальных структур. Проведено деление городских округов и муниципальных районов на четыре категории ТО, к I категории ТО (самой высокой), относится областной центр (г. Челябинск) с населением более 1 млн жителей, к II категории ТО — четыре больших городских округа с населением более 100 тыс., но менее 500 тыс. жителей (г. Магнитогорск, г. Златоуст, г. Копейск, г. Миасс), к III категории ТО — 14 городских округов с населением менее 100 тыс. в каждом, к IV категории ТО — 17 сельских муниципальных районов. Классификация категорий ТО основана на положениях закона Челябинской области от 28.01.1997 г. № 44-03 "Об административно-территориальном устройстве Челябинской области" (в редакции от 08.06.2000 № 126-03, от 18.12.2003 № 211-03).

Медико-социальная составляющая ТО характеризуется инфраструктурой и уровнем медицинских организаций (МО). По степени снижения квалификационных характеристик устанавливается четыре уровня МО. Определение уровня МО включает оценку следующих характеристик: мощности по объему оказываемой медицинской помощи в поликлинике, ресурсов (кадровые, финансовые, материально-технические, информационные), уровня сертифицированных медицинских услуг и квалификации врачебного, среднего медицинского персонала (высшая, I и II категории), укомплектованности штатов, наличия нормативной и организационно-методической документации. Оценивается внедрение новых методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, соответствие их стандартам. Также учитываются показатели работы амбулаторно-поликлинических и стационарных структурных подразделений МО, показатели ведомственного и вневедомственного контроля КМП и заключение членов экспертной комиссии во время лицензирования.

Из 176 МО, зарегистрированных в системе ОМС Челябинской области на 01.01.2001 г., в анализ были включены 141 МО, в которых первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) оказывалась участковыми педиатрами, участковыми терапевтами и другими спе-

Таблица 1

Структура уровней МО в территориальных образованиях разных категорий

Уровень МО	Категория статуса территориального образования							
	I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	21	53,8	1	2,9	—	—	—	—
2	18	46,2	32	91,4	26	56,5	—	—
3	—	—	2	5,7	8	17,4	18	85,7
4	—	—	—	—	12	26,1	3	14,3
Всего	39	100	35	100	46	100	21	100

циалистами. Проведен анализ 254 383 актов экспертиз КМП, в том числе 42 998 актов КМП, оказанной врачами-педиатрами, и 61 860 — врачами-терапевтами, по материалам базы данных ТФОМС ЧО. Результаты обрабатывали с использованием лицензионных пакетов прикладных статистических программ "Statistica for Windows" и SPSS-12. Выборку случаев для экспертизы КМП осуществляли с помощью компьютерной программы случайных чисел и в соответствии с критериями Положения об экспертизе КМП. При определении достоверности различий между группами использовался критерий согласия χ^2 , точный метод Фишера при малых выборках. Показатели частоты дефектов КМП представлены в интенсивных показателях 1:100 экспертиз. Критический уровень статистической значимости различия (p) был принят равным менее 0,05.

Результаты исследования

Система здравоохранения Челябинской области характеризуется выраженной типологической неоднородностью инфраструктуры медицинских организаций в разных административно-территориальных образованиях. В инфраструктуре ТО I категории доминируют МО 1-го (53,8 %) и 2-го (46,2%) уровней, в ТО II категории — МО 2-го уровня (91,4%), в ТО III категории — МО 2-го (56,5%), 3-го и 4-го уровней вместе взятых (43,5%) и в ТО IV категории — МО 3-го (85,7%) и 4-го (14,3%) уровней (табл. 1). Специализированных детских МО (поликлиники и больницы) в ТО I категории было 17, в ТО II категории — 7, в ТО III и IV категорий детские МО отсутствовали. Такие особенности инфраструктуры МО в территориальных образованиях являются одной из причин существенных различий КМП, оказываемой всеми специалистами, участковыми врачами-педиатрами и терапевтами.

Таблица 2

Частота дефектов КМП при оказании амбулаторно-поликлинической помощи всему населению в разных ТО в 2001—2010 гг.

Категория ТО	Всего экспертиз качества	Всего ДК		ДК с ПД $\geq 0,04$		ДК диагностики		ДК лечения	
		абс.	1:100	абс.	1:100	абс.	1:100	абс.	1:100
I	103 522	20 148	19,5	7921	7,6	2124	2,0	3033	2,9
II	73 219	40 412	55,2	11 645	15,9	4304	5,9	5144	7,0
III	51 432	48 476	94,2	15 168	29,5	4755	9,2	7126	13,9
IV	26 209	29 354	113,1	8403	32,4	3051	11,6	4222	16,1
Всего	254 382	138 390	54,4	43 137	17,0	14 234	5,6	19 525	7,7

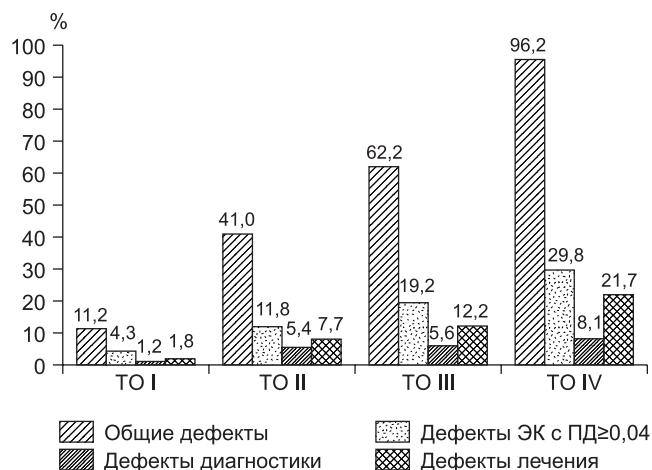


Рис. 1. Частота дефектов КМП, оказанной врачами-педиатрами в поликлиниках ТО разных категорий за 2001—2010 гг.

Частота дефектов КМП в амбулаторно-поликлинической практике различных ТО за 2001—2010 гг. представлена в табл. 2. Общая частота дефектов КМП (ДК), оказанной детскому и взрослому населению всеми специалистами первичного звена здравоохранения, частота дефектов КМП с ПД $\geq 0,04$, частота дефектов диагностики и лечения достоверно последовательно возрастают от ТО I к ТО IV. Наибольшее значение имеет оценка частоты ДК диагностики и ДК лечения. Эти показатели были самыми низкими в областном центре (ТО I) и свидетельствуют о высоком уровне КМП.

Однако уже в ТО II частота общих дефектов КМП была выше в 2,8 раза ($p < 0,01$), частота дефектов с ПД $\geq 0,04$ — в 2,1 раза ($p < 0,01$), дефектов диагностики — в 2,95 ($p < 0,01$), лечения — в 2,4 раза ($p < 0,01$), чем в ТО I. Самой высокой частота дефектов была в сельских муниципальных районах (ТО IV).

Ведущими фигурами ПМСП являются участковые врачи-педиатры и участковые врачи-терапевты. Поэтому оценка КМП, оказываемой врачами этих специальностей в разных ТО, имеет наиболее важное значение. На рис. 1 и рис. 2 показана частота дефектов КМП, оказываемой участковыми педиатрами и участковыми терапевтами.

Среди детей увеличивается частота всех видов дефектов от ТО I до ТО IV категории. Различия сравниваемых показателей частоты ДК КМП статистически значимы. В ТО II по сравнению с ТО I частота общих дефектов КМП выше в 3,3 раза ($p < 0,01$), частота дефектов с ПД $\geq 0,04$ в 2,6 раза ($p < 0,01$), дефектов диагностики в 4,2 ($p < 0,05$) и дефектов лечения в 2,8 раза ($p < 0,05$).

Общая частота дефектов КМП, оказываемой участковыми врачами-педиатрами, статистически значимо ниже во всех ТО по сравнению с частотой дефектов КМП, оказываемой участковыми врачами-терапевтами ($p < 0,05$; рис. 1, рис. 2). Общая закономерность роста всех видов дефектов КМП, оказываемой терапевтами, имеет такую же направленность, как у педиатров и всех специалистов вместе взятых.

Проведен анализ КМП детям в зависимости от уровня МО. Минимальная частота дефектов наблюдается в МО 1-го и 2-го уровней ТО категории I: ДК с ПД $\geq 0,04$ —4,8 и 4,3 (1:100) соответственно, ДК диагностики 1,4 и 1,2, ДК лечения 2,4 и 1,8 соответственно.



Рис. 2. Частота дефектов КМП, оказанной врачами-терапевтами в поликлиниках ТО разных категорий за 2001—2010 гг.

Максимальная частота дефектов КМП была в МО 3-го и 4-го уровней в ТО категорий III и IV следующей: ДК с ПД $\geq 0,04$ —29,8 и 31,3 (1:100), ДК диагностики 8,1 и 12,4 и ДК лечения 21,7 и 23,5 соответственно.

При одинаковом 2-м уровне МО наблюдаются статистически достоверные различия в частоте дефектов между ТО II и ТО I: общее число ДК — 40,9 и 11,2 ($p < 0,01$), ДК с ПД $\geq 0,04$ — 11,8 и 3,4 ($p < 0,01$), ДК диагностики — 5,4 и 1,2 ($p < 0,05$), ДК лечения — 7,7 и 1,88 ($p < 0,01$) соответственно. Полученные данные показывают, что на КМП влияют категория ТО и уровень МО.

Таким образом, значительное неравенство в качестве диагностики и лечения пациентов педиатрами, терапевтами и другими специалистами в первичном звене здравоохранения выявляется уже в ТО II, нарастает в ТО III и еще больше — в ТО IV. Полученные данные свидетельствуют о нарастании неравенства и нарушении принципа справедливости в отношении КМП детского и взрослому населению в ПМСП.

В рамках реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" с 2006 г. значительно увеличились финансовые и материальные ресурсы для развития ПМСП, обеспечения доступности высокотехнологичной медицинской помощи и развития информационных технологий. Расходы на здравоохранение в 2001—2010 гг. выросли в 7,1 раза. Обеспеченность участковыми врачами-педиатрами увеличилась с 8,7 до 10,4 врачей на 10 тыс. населения, участковыми терапевтами — с 2,8 до 3,4 врача на 10 тыс. населения. В участковой службе произошло повышение заработной платы врачей в 2,6 раза и медицинских сестер в 2 раза. Это свидетельствует о положительных результатах реализации проекта "Здоровье" в отношении доступности медицинской помощи и повышения укомплектованности участковыми врачами-педиатрами и терапевтами службы ПМСП и оплаты их труда.

Вместе с тем ежегодный 10-летний анализ КМП в первичном звене здравоохранения выявил парадоксальный рост числа дефектов КМП, обозначенный нами как феномен субоптимизации. На педиатрических участках МО частота ДК с ПД $\geq 0,04$ снижалась в ТО всех четырех категорий с 2001 г. по 2005 г. (рис. 3). Однако с 2006 г. начался парадоксальный рост ДК в ТО категорий II, III и IV. Наиболее выраженный рост на-

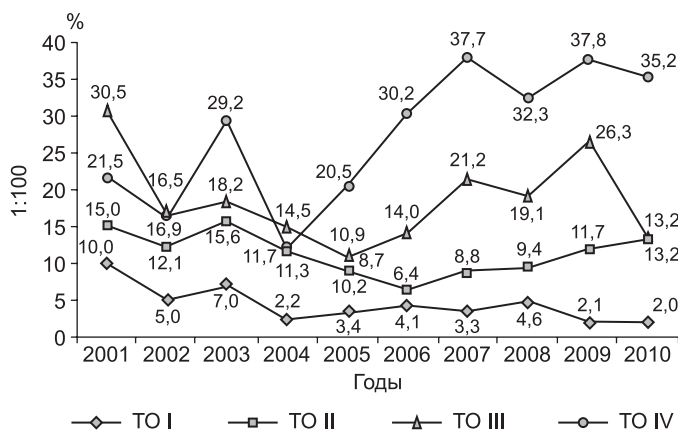


Рис. 3. Динамика частоты дефектов КМП с ПД $\geq 0,04$, оказанной участковыми врачами-педиатрами в поликлиниках ТО разных категорий за 2001—2010 гг.

блюдался в сельских муниципальных районах (ТО IV). Последовательное снижение частоты дефектов без парадоксального роста происходило в ТО I (областной центр), где она снизилась с 10 на 100 экспертиз качества в 2001 г. до 2 на 100 в 2010 г.

Частота дефектов с ПД $\geq 0,04$ в ТО категории IV в 2001 г. была в 3 раза выше, чем в ТО I, в 2010 г. частота дефектов в этих же сельских районах стала выше в 17 раз, чем в ТО I. Такую же направленность и соотношение между ТО разных категорий имели показатели динамики дефектов КМП, оказываемой участковыми врачами терапевтами (рис. 4).

Обсуждение

В период 2006—2010 гг. динамика частоты дефектов КМП была неоднозначной на педиатрических и терапевтических участках в ТО различных категорий: в ТО I и II произошло снижение частоты всех ПД КМП детскому и взрослому населению, в ТО III и IV имело место увеличение общего числа дефектов, дефектов с ПД $\geq 0,04$, дефектов диагностики и лечения. Эти данные свидетельствуют о нарастании неравенства и нарушении принципа справедливости в отношении здоровья людей, проживающих в ТО III и IV категорий, о нерациональном и неэффективном использовании ресурсов, а также возникшем по ряду причин феномене субоптимизации [7].

Дополнительные выплаты получили медицинские работники первичного звена, в то время как повышения оплаты труда других специалистов поликлиник и стационаров не произошло. При этом некоторые специалисты прошли первичную переподготовку и стали работать на педиатрических и терапевтических участках. Сложилось ложное представление о том, что КМП в первичном звене здравоохранения зависит только от работников первичного звена, а не от специалистов и врачей других служб, у которых пациенты проходят углубленное обследование и получают рекомендации по лечению и профилактике [8]. Для формирования квалифицированного участкового врача-педиатра, терапевта нужны многие годы напряженного труда и постоянное самообразование. В эти годы в связи с внедрением порядков и стандартов диагностики, лечения, профилактики, требования к врачам возросли. К причинам снижения КМП следует отнести и отсутствие

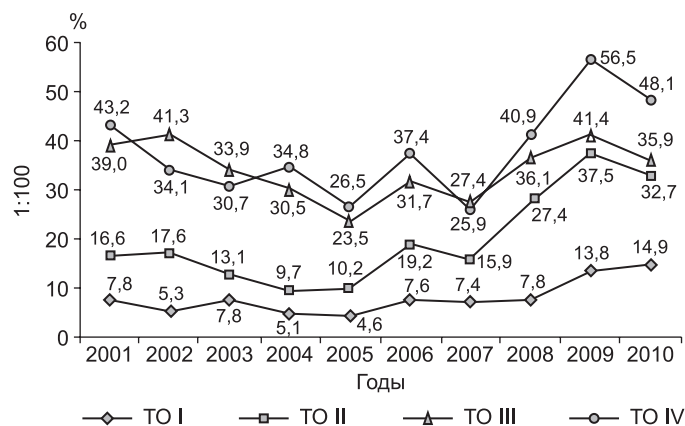


Рис. 4. Динамика частоты дефектов КМП с ПД $\geq 0,04$, оказанной участковыми врачами-терапевтами в поликлиниках ТО разных категорий за 2001—2010 гг.

системы аудита качества в здравоохранении, и несовершенство модели управления качеством. Уровень КМП, оказываемой участковыми педиатрами, был выше (число дефектов ниже), чем у терапевтов. Эти данные имеют важное значение для совершенствования системы управления КМП и кадровыми ресурсами в ПМСП.

Одной из причин неудовлетворительного здоровья населения является несовершенство моделей управления качеством системы здравоохранения: административно-бюрократической, профессиональной и индустриальной [8—11]. Данные модели управления качеством не адекватны новой парадигме модернизации системы здравоохранения, принципам доказательной профилактики, доказательного общественного здравоохранения и основным позициям социологии медицины.

Моделирование в социологии является одним из эффективных средств познания и управления обществом и его сферами [12]. Оно позволяет решать задачи создания оптимально функционирующих систем, призванных наилучшим образом осуществлять процессы управления. Общим в процессах управления является антиэнтропийная направленность, т. е. противодействие процессам дезорганизации путем упорядочения всех компонентов системы. Результаты математического системно-энтропийного анализа показывают, что рост распространенности и степени выраженности ФР НИЗ сопровождается увеличением энтропии [13].

С целью улучшения здоровья нации, оптимизации системы здравоохранения и борьбы с процессами дегуманизации нами разработана концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения на основе принципа справедливости [8]. Концепция включает методологическое и фактическое обоснование необходимости разработки новой модели, цели и задачи, принципы, структуру, финансирование, программы, систему аудита качества, перспективы дальнейшего развития в виде продукта новых организационных форм. Модель выполняет также мировоззренческую функцию сотворчества в гармонизации междисциплинарного подхода при управлении качеством [14]. Она имеет существенные отличия от административно-бюрократической, профессиональной и индустриальной моделей управления качеством. Гуманитарная модель не отторгает другие модели, она

включает их на основе гуманитарных ценностей в отношении личности, ее прав и интересов.

Модель управления качеством названа гуманитарной, поскольку она обращена к человеческой личности, к правам, интересам, потребностям человека в отношении укрепления и сохранения его здоровья. Понятие "гуманитарный" предусматривает также действия государства, системы права, общества в целом и всех его сфер (экономика, промышленность, сельское хозяйство, образование, здравоохранение, наука, культура, СМИ и т. д.), направленные на улучшение физического, ментального здоровья, социального благополучия, качества жизни человека.

Ключевой принцип гуманитарной модели управления качеством — принцип справедливости, он утверждает основное правило, предписывающее способ реализации задач на пути к достижению цели. Справедливость в вопросах охраны здоровья населения нашей страны можно обеспечить путем совершенствования гуманитарной модели управления качеством в соответствии с позициями социологии медицины.

В России в настоящее время созданы предпосылки для успешного решения данной стратегической задачи. В Конституции Российской Федерации принципам справедливости и равенства отведена основополагающая роль. В соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" все застрахованные лица имеют право на бесплатное получение доступной и качественной медицинской помощи. Необходимость обеспечения данного принципа в здравоохранении и медицине органично вплетается в стратегию "Строительство социальной справедливости", сформулированную Президентом Российской Федерации В.В. Путиным в 2013 г. в Ростове-на-Дону на форуме Общероссийского народного фронта. Общечеловеческая категория справедливости является одной из семи главных православных добродетелей. Соблюдение ее предусмотрено и в других религиозных конфессиях.

В разработанной нами гуманитарной модели управления качеством акцент сделан на вопросы выявления, измерения, оценки, обеспечения справедливости в отношении здоровья на государственном и региональном уровнях. При таком подходе впервые выявлен и описан феномен субоптимизации в отношении медицинской помощи сельскому населению [8]. Дети и взрослые, живущие в неблагоприятных социально-экономических условиях сельской местности, имеют более высокие показатели заболеваемости и смертности, нежели городские жители [15,16]. Люди, живущие в неблагоприятных условиях и районах, несут наибольшее бремя плохого здоровья и нуждаются в максимальной по объему медицинской и профилактической помощи. В реальной жизни они менее всех других могут рассчитывать на высокий уровень медико-санитарной помощи [17]. Данное явление получило наименование "обратного закона медико-санитарного обслуживания".

Выводы

1. В ТО категории I (областной центр) в первичном звене здравоохранения частота всех видов дефектов КМП была самой низкой. Наблюдался достоверный рост частоты всех видов дефектов КМП от ТО категории I к категориям II, III, IV (сельские муниципальные районы).

2. Выявлен парадоксальный рост частоты всех видов дефектов КМП в период выполнения приоритетного национального проекта "Здоровье" с 2006 по 2010 г. в ТО III и IV категорий.

3. Парадоксальный рост частоты дефектов КМП, обозначенный как феномен субоптимизации, обусловлен несовершенством системы управления КМП и нерациональным распределением ресурсов здравоохранения.

4. Разработана концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения на основе принципа обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья.

5. Предложены характеристики и критерии для идентификации четырех категорий административно-территориальных образований и четырех уровней медицинских организаций.

С позиций социологии медицины основными факторами, влияющими на уровень обеспечения справедливости в оказании медицинской помощи надлежащего качества в первичном звене здравоохранения, являются социально-медико-экономический статус административно-территориального образования, уровень медицинской организации и модель системы управления качеством медицинской помощи.

Финансирования исследования не было.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. "Скрытые города": выявление и устранение несправедливости в отношении здоровья в городах. Краткий обзор. Женева: ВОЗ; 2010. Электронный ресурс: http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_ruw.pdf
2. WHO/HBSC Forum 2009. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. Summary of outcomes, background papers and country case studies. Copenhagen: WHO ROE; 2011. Электронный ресурс: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf
3. WHO. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. Пересмотренные издания, сентябрь 1991. Копенгаген: ВОЗ ЕРБ; 1993.
4. WHO. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Копенгаген: ВОЗ ЕРБ; 1998.
5. Dahlgren G., Whitehead M. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ; 1992.
6. Субетто А.И. Очерки теории качества (авторская ретроспекция). М.: Костромской госуниверситет им. А.Н. Некрасова; 2002.
7. Калева Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения. Проблемы управления здравоохранением. 2008; 1 (38): 20—4.
8. Калева Н.Г. Концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения: Монография. М.: Практика; 2014.
9. Решетников А.В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины. Часть 1. Социология мед. 2007; (1): 3—7.
10. Решетников А. В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины. Часть 2. Социология мед. 2007; (2): 3—10.
11. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Учебное пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
12. Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. (Опыт системного исследования). 2-е изд. М.: Политиздат; 1973.
13. Тырсин А. Н. , Калев О.Ф., Яшин Д.А., Лебедева О.В. Оценка состояния здоровья популяции энтропийного моделиро-

- вания. *Математическая биология и биоинформатика*. 2015; 10 (1): 206—19.
14. Сагатовский В.Н. *Философия развивающейся гармонии: философские основы мировоззрения. Ч. 1: Введение: философия и жизнь*. СПб.: Издательство С.-Петербургского университета; 1997.
15. Стародубов В.И. Калининская А.А., Дзугаев К.Г., Иванова А.Е., Шарафутдинова Н.Х., Стрючков В.В. и др. *Проблемы здравоохранения села: коллективная монография*. М.: Издательский дом Академии Естествознания; 2012.
16. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России. *Вопросы современной педиатрии*. 2011; (2): 7—10.
17. Hart J.T. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1: 405—12.
- Поступила 15.01.2016
Принята в печать 12.04.2016
- REFERENCES
1. WHO. "Closed Cities": Unmasking and Overcoming Health Inequities in Cities. Short Review. Geneva: WHO; 2010. Available at: http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_ruw.pdf (in Russian)
2. WHO/HBSC Forum 2009. *Socio-environmentally Determined Health Inequities Among Children and Adolescents. Summary of Outcomes, Background Papers and Country Case Studies*. Copenhagen: WHO EURO; 2011. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf.
3. WHO. *Targets for Health for All. European Health Policy*. Revised Edition, September 1991. Copenhagen: WHO EURO; 1993. (in Russian)
4. WHO. *Health 21: The Basics of Health for All in the European Region*. Copenhagen: WHO EURO; 1998. (in Russian)
5. Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Ensure Equity in Health*. Copenhagen: WHO EURO; 1992. (in Russian)
6. Subetto A.I. *Essays on the Quality of the Theory (the Author's Retrospective)*. [Ocherki teorii kachestva (avtorskaya retrospektiya)]. Moscow: Kostroma State University them. A.N. Nekrasova; 2002. (in Russian)
7. Kaleva N.G. The quality of medical care in the outpatient service in the face of rising health care financing. *Problemy upravleniya zdravookhraneniym*. 2008; 1 (38): 20—4. (in Russian)
8. Kaleva N.G. The Concept of Humanitarian Model of Quality Management of the Health System: Monograph. Moscow: Praktika; 2014. (in Russian)
9. Reshetnikov A.V. Social management in health care from the perspective of sociology of medicine. Part 1. *Sotsiologiya med*. 2007; (1): 3—7. (in Russian)
10. Reshetnikov A.V. Social management in health care from the perspective of sociology of medicine. Part 2. *Sotsiologiya med*. 2007; (2): 3—10. (in Russian)
11. *The Organization and Evaluation of the Quality of Treatment and Preventive Care*. [Organizatsiya i otsenka kachestva lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu] / Ed. V.Z. Kucherenko. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. (in Russian)
12. Afanas'ev V.G. *The Scientific Management of Society. (Experience of System Research)*. [Nauchnoe upravlenie obshchestvom (Opyt sistemnogo issledovaniya)]. 2-nd Ed. Moscow: Politizdat; 1973. (in Russian)
13. Tyrsin A.N., Kalev O.F., Yashin D.A., Lebedeva O.V. Assessment of the health of the population entropy modeling. *Matematicheskaya biologiya i bioinformatika*. 2015; 10 (1): 206—19. (in Russian)
14. Sagatovskiy V.N. *Philosophy of Developing Harmony: the Philosophical Foundations of World View. Part 1. Introduction: Philosophy and Life*. St. Petersburg: Publisher St.-Petersburg University; 1997. (in Russian)
15. Starodubov V.I. Kalininskaya A.A., Dzugaev K.G., Ivanova A.E., Sharafutdinova N.H., Stryuchkov V.V. et al. *Health Problems of the Village: Collective Monograph*. [Problemy zdravookhraneniya sela]. Moscow: Izdatel'skiy dom Akademii Estestvoznaniya; 2012. (in Russian)
16. Yakovleva T.V., Baranov A.A. Challenges for the health of children in Russia. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2011; (2): 7—10. (in Russian)
17. Hart J.T. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1: 405—12.