



13

005017566

На правах рукописи

**Юсуфов Михаил Михайлович**

**ОСОБЕННОСТИ ИНСТИТУАЛИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ**

22.00.04 – социальная структура,  
социальные институты и процессы

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата социологических наук

10 мая 2012

Краснодар – 2012

**Работа выполнена в ФГКОУ ВПО  
«Краснодарский университет МВД России»**

**Научный руководитель –** доктор социологических наук, профессор  
**Попов Михаил Юрьевич**

**Официальные оппоненты:** Хагуров Темир Айтчевич,  
доктор социологических наук;  
ФГБОУ ВПО «Кубанский  
государственный университет»;  
профессор кафедры социальной  
работы, психологии и педагогики  
высшего образования;

**Соколов Александр Борисович,**  
кандидат социологических наук;  
Северо-Кавказский филиал ФГБОУ  
ВПО «Российская академия правосудия»;  
заместитель декана факультета  
повышения квалификации  
и переподготовки судей,  
государственных гражданских служащих  
судов и Судебного департамента

**Ведущая организация –** ГОУ ВПО «Кубанский  
государственный медицинский  
университет» Минздравсоцразвития  
России

Защита состоится «*25* *04* 2012 г. в *13* ч. 00 мин. на  
заседании диссертационного совета ДМ 203.017.01 по философ-  
ским и социологическим наукам при Краснодарском университе-  
те МВД России (350005, г. Краснодар, ул. Ярославская, 128).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Красно-  
дарского университета МВД России (350005, г. Краснодар, ул.  
Ярославская, 128).

Автореферат разослан «*23* *03* 2012 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

С.Г. Черников

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность темы исследования** во многом объясняется смыслом программных заявлений Д. Медведева, прозвучавших в Красноярске в приложении к прикладным задачам коренного обновления российского здравоохранения.

Отечественное здравоохранение построено на основе централизованной модели Семашко, в которую в 90-х годах были искусственно привнесены элементы страхового здравоохранения Бисмарка и децентрализованной модели Бевериджа. Внесение этих элементов сыграло контрпродуктивную роль для охраны здоровья граждан Российской Федерации. Многочисленные «новации» привели к тому, что все здравоохранение России сегодня представляет собой дефицитарную антисистемную химеру, главной отличительной чертой которой является воспроизведение собственных, рентно ориентированных функций, ведущих к саморазрушению. Чтобы повернуть здравоохранение лицом к человеку и обществу, необходима принципиально новая институализация здравоохранения. Среди системообразующих институтов следует выделить: 1) новое кодифицированное законодательство об охране здоровья граждан; 2) обновленная, единая федеральная вертикаль системы обязательного медицинского страхования, базирующаяся на увеличенной налоговой базе и существенном бюджетном финансировании; 3) обновленная структура органов государственного управления здравоохранением; 4) институализированное врачебное сообщество, основанное на принципах саморегулирования профессиональной деятельности.

Кризис здравоохранения России, начавшийся еще со времен СССР и длящийся уже около двадцати лет, привел к состоянию недееспособности медицинской сферы в стране. Попытки перехода от государственной к страховой модели медицины, направленные на преодоление кризиса, были возложены на реформы начала 90-х гг. XX века. Их результат только ухудшил общее состояние института здравоохранения, а также негативно повлиял на уровень общественного здоровья – главной ценности не только для человека, но и для государства. Наличие у человека здоровья определяет как его благополучие, так и является важнейшим фактором, определяющим уровень социально-экономического

развития общества, национальной безопасности страны, качества жизни в целом. Таким образом, высокий уровень здоровья общества является главным фактором прогресса цивилизации.

Исходя из этого, государственная политика должна быть направлена, прежде всего, на восстановление здоровья нации и института здравоохранения, который, являясь важнейшим элементом социальной системы, призван охранять и укреплять здоровье граждан, поддерживать их жизнь с помощью профилактики, диагностики, лечения заболеваний, а также посредством медицинской реабилитации и социальной реадаптации членов общества. Вчитываясь в определение здоровья, данное всемирной организацией здравоохранения в 1948 году, «здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Становится понятным, почему система здравоохранения пропитывает все структуры и институты общества.

Для того чтобы разобраться в терминологическом хаусе, образовавшемся в результате поднятия «железного занавеса», необходимо начать с истоков, т. е. с понимания сущности понятий о социальном институте, институционализации, системе здравоохранения. Только после анализа произошедшей трансформации современных социологических понятий возможно формирование современной модели социального института здравоохранения.

**Степень научной разработанности темы исследования.** В 90-е годы XX в. центральной темой медико-социологических исследований было изучение здравоохранения как социального института и путей его модернизации в ходе трансформации российского общества. Главная отличительная особенность этого периода состоит в том, что при сохранении прежней методологии акцент был сделан на изучении социальных взаимоотношений в здравоохранении и их роли в трансформационных процессах. В условиях радикальных общественных перемен, в основном инициированных сверху, влияние социальных институтов на ход реформ в здравоохранении неизмеримо возрастает. Соответственно институциональный подход становится центральным направлением исследований и находит свое применение в изучении различных уровней социально-экономической иерархии общества, включая механизмы интериоризации новых правил и норм и их

реализации в медико-социальных системах, институты и институциональные изменения в качестве факторов, влияющих на ход медико-социальных процессов и т. д. В развитии современной отечественной системе здравоохранения можно выделить два ведущих подхода. Первый сформирован под влиянием Т.И. Заславской и акцентировал внимание на социально-экономических процессах и явлениях в медицине и здравоохранении, которые рассматривались преимущественно под экономическим и гораздо реже под социологическим углом зрения (Кучеренко В.З., Малахова Н.Г. и др.). Этот подход способствовал появлению ряда оригинальных социально-экономических теоретико-методологических технологий в системе здравоохранения. Дж.В. Браун, Русинова Н.Л. исследовали актуальные проблемы здравоохранения, поставив во главу угла целостное восприятие медико-социальных систем и социальных процессов, выявление социальных механизмов и последствий трансформационного процесса. В научной литературе существует достаточно большое количество исследований по проблемам врачебной профессии (Боброва И.Б., Боярский А.П., Чернова Т.В., Макаренков А.М., Коротков Ю.А., Решетников А.В., Кириллов А.В., Царегородцев Г.И., Билибин А.Ф., Филатов В.Б., Чудинова И.Э., Погорелов Я.Д.), где в контексте социологии медицины раскрываются отдельные аспекты профессионализма, его значение в современном мире.

Принципиальными для формирования исследовательского поля диссертации явились фундаментальные труды по социологии медицины академика РАМН А.В. Решетникова. Однако поведенческая составляющая здравоохранения еще не нашла должного рассмотрения. Это и обусловило выбор темы, определение целей, задач, объекта и предмета исследования.

**Целью диссертационного исследования является социологический анализ и разработка предложений по адаптации дальнейшей институционализации системы здравоохранения в России.**

Данная цель конкретизируется путем решения следующих задач:

исследовать сущность понятий «социальный институт», «социальная трансформация», «институализация» в зарубежной и отечественной социологии;

определить особенности трансформации здравоохранения как социального института при переходе российского общества от советской к современной модели общественного устройства;

уточнить методологию социологического исследования трансформации здравоохранения как социального института в современной России;

проводить социологический анализ социально-политической проблемы институализации здравоохранения в условиях социальной трансформации;

проанализировать экономические проблемы формирования современного института здравоохранения в современной России;

определить поиск путей и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России.

**Объектом исследования** является здравоохранение как социальный институт.

**Предмет исследования** факторы, определяющие особенности институализации здравоохранения России в условиях социальных трансформаций.

**Теоретико-методологической основой исследования** выступает комплексный подход, разработанный на основе структурно-функциональной концепции Э. Дюркгейма, теории идеальных типов М. Вебера, положений Ф. Тенниса, Г. Зиммеля, которые послужили основой для отношения к здоровью (болезни) как к социальному факту, неразрывно связанному с социально-экономической стабильностью общества. В методологическом плане представляется значимым положение о сложной структуре взаимодействий между людьми, включающей в себя эмоции, симпатии, доверие, ответственность, рациональность, свободу воли и пр. Это положение нацеливает на понимание здравоохранительного поведения людей с позиций (осознаваемых или нет) их ценностей, их внутреннего мира, акцентирует внимание на том, что взаимодействие людей опосредовано их социокультурными формами и отражает отношения иерархии (господство, подчинение, обязательства и пр.), социальной динамичности (дифференциация, специализация, конкуренция, соперничество и пр.). Процессам интеграции, ассоциации противостоят процессы

диссоциации, конфликта, без чего трудно понять отношения в системе здравоохранения, особенно – между врачом и пациентом.

Концепции Т. Парсонса и Р. Мертона составили основу для понимания здравоохранительного поведения через призму ролевого взаимодействия людей, реагирующего на заранее установленные правила и внутренние нормы, ценности и социальные установки людей под воздействием конкретного типа социальной организации, процессов, институтов и структур, неравномерного распределения власти, ресурсов данного общества.

**Научная новизна** диссертационного исследования состоит в следующем:

на основе исследование сущности понятий «социальный институт», «социальная трансформация», «институализация» предложена авторская интерпретация понятий и основных составляющих здравоохранения как социального института;

определены особенности трансформации здравоохранения как социального института при переходе российского общества от советской к современной модели общественного устройства;

уточнена методология социологического исследования трансформации здравоохранения как социального института в современной России;

определены социально-политические проблемы институализации здравоохранения в условиях социальной трансформации;

выявлены экономические проблемы формирования современного института здравоохранения в современной России;

определен поиск путей и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России.

На основе полученных в исследовании данных на защиту выносятся **следующие положения**.

1. Институциональный аспект функционирования социума является традиционной областью интересов социологической науки. Социальные институты носят надиндивидуальный характер и представляют собой самостоятельные общественные образования, имеющие собственную логику развития. В институционализме (институциональной социологии) социальное поведение людей изучается в тесной связи с существующей системой социальных нормативных актов и институтов, необходимость возник-

новения которых приравнена к естественноисторической закономерности. Происходящие в современном российском здравоохранении изменения также связаны с его ценностной «перекодировкой», выраженной в замене принципа социальной справедливости на постулат экономической эффективности системы охраны здоровья, в формировании новых ценностно-нормативных координат профессиональной деятельности субъектов здравоохранения. Вместе с тем следует заметить, что процесс реформирования российского здравоохранения характеризуется заметно выраженным «культурным нигилизмом», когда на этапе разработки и осуществления реформ этого социального института игнорируется социокультурная специфика общества, происходит заимствование инакультурных форм организации медицинской помощи и стандартов профессионального поведения без их адаптации к российским особенностям.

2. Социальный институт здравоохранения имеет сложное организационное оформление. Существуют различные модели формирования национальных систем здравоохранения (аномическая, плюралистическая, страховая и другие). Здравоохранению как институциональной форме организации присущи все основные элементы: цель, функции, принципы, задачи, механизмы, технологии, система управления, контроля, набор санкций и поощрений, полномочия, компетенции, ответственность, материальные и финансовые средства, ресурсы в соответствии с социальными функциями.

Здравоохранение характеризуется возможностью интеграции в различные сферы общества. Это объясняется тем, что многие социальные институты общества имеют свою функциональную определенность по обеспечению здоровья людей (государство, семья, образование, институт социальной защиты, экономические институты и другие).

3. Классическая социология в «лице» структурного функционализма Т. Парсонса и Р. Мертона рассматривает здравоохранение как социальный институт общества. Высокий уровень динамизма медико-социальной системы в российском обществе обуславливает интерес к социологическим концепциям, в которых сделан акцент на исследование институциональных сдвигов. Спектр вопросов, помимо традиционно присущих структурно-

функциональному анализу, дополняется проблемами изучения повседневных практик социальных субъектов, ценностно-нормативных оснований этих практик, воздействия исторических, психологических и культурных факторов на процесс трансформации социального института здравоохранения. Не меньший интерес представляет системный подход для анализа трансформации здравоохранения как социального института в современной России. Позитивное влияние на развитие теоретико-методологических оснований социологического исследования системы российского здравоохранения способен оказать соционализ с использованием неклассических подходов. Анализ методологического потенциала разрабатываемой алтайской социологической школой социологической концепции жизненных сил человека и общества в изучении социального института здравоохранения необходимо предварить рассмотрением ее ключевых категорий.

4. В современной России начался зримый переход всех сфер жизнедеятельности общества на качественно новый путь развития – рыночную экономику. В этом деле нельзя слепо копировать опыт зарубежных стран, которые по этому пути развиваются уже давно. В нашей же стране плановая экономика существовала только 70 лет, при этом внедрялась она сугубо насильственным способом. Это и завело нашу страну в тупик, из которого мы «героически» сейчас пытаемся выйти. Без всякого сомнения, это у нас получается, что, естественно, не нравится правительствам других стран, которые желали бы видеть нас лишь в качестве сырьевого приданка. Это диктует необходимость тщательно продумывать каждый шаг. Исходя из этого, назрели и определенные реформы в здравоохранении, которые, на наш взгляд, должны сыграть определенную роль в росте экономики страны. Без наличия психически и физически здорового населения ни одна задача по укреплению могущества нашей Родины не может быть решена успешно. Следует признать, что в настоящее время Россия не имеет собственной медицинской промышленности, которая гибко бы реагировала на внутренний потребительский рынок. Кроме того, техническое оснащение больниц напрямую зависит от спонсорской помощи, а если таковой не имеется, то врачи рабо-

тают за счет использования инструментов, давно переживших свой срок эксплуатации, или просто непригодных к применению.

5. Здравоохранение и экономика тесно переплетаются: состояние здоровья населения имеет ключевое значение для экономического развития и наоборот. Однако общее признание этих фактов далеко не всегда находит реализацию на практике. Стrатегическая задача обеспечения здоровья населения не подвергается сомнению, особенно на макроуровне. Однако когда встает вопрос о распределении ресурсов, ситуация складывается не так однозначно. Например, существует проблема взаимодействия структур, отвечающих за финансирование и организацию охраны здоровья населения, особенно министерств здравоохранения и финансов. Их взгляды на проблему часто не совпадают. Министерство финансов обычно стремится контролировать расходы, не всегда отдает приоритет здоровью и рассматривает расходы на здравоохранение как наилучшее использование ресурсов, в то время как министерство здравоохранения озабочено обеспечением больших ресурсов для удовлетворения потребности в охране здоровья населения. За последние годы, находясь в сложной экономической ситуации, в системе здравоохранения России были сделаны очень важные изменения, которые позволили создать положительные тренды в этой сфере: национальный проект «Здоровье», модернизация системы здравоохранения, прежде всего, в сфере охраны материнства и детства – создание региональных перинатальных центров, центров здоровья для детей, улучшение работы учреждений родовспоможения и детства.

6. До настоящего времени ограниченные ресурсы российского здравоохранения расходуются на неэффективные методы диагностики и лечения, а также организационные технологии оказания медицинской помощи. Особенно это касается медикаментозной терапии, составляющей значительную долю общих расходов на охрану здоровья. Социальный институт общественного здравоохранения, как и его организационное оформление, несмотря на повторяемость элементов, отношений, правового регулирования, неповторим в своей целостности, характерной только для данного государства. Поэтому всемирная система здравоохранения – это совокупность единства и разнообразия сотен систем здравоохранения конкретных государств. В связи с

этим реформирование необходимо предопределять рациональным, прогнозируемым и обеспечиваемым соответствием функционально-организационных, нормативных и правовых, финансово-экономических, производственно-технологических, профессионально-кадровых основ здравоохранения уровню показателей здоровья населения, потребностям общества и возможностям медицины, имеющим качественно определенный характер и показатели. Реформирование здравоохранения связано с децентрализацией управления этой системы, многоканальностью ее финансирования, демонополизацией лечебно-профилактических учреждений, освоением рыночных механизмов, введением медицинского страхования.

**Научно-теоретическая и практическая значимость** диссертации обусловлена острой актуальностью проблемы здравоохранения в современном российском обществе.

Научно-практическая значимость диссертации определяется важностью определения путей реформирования здравоохранения в современном российском обществе как необходимого условия формирования цивилизованного, гражданского общества в современной России.

Выводы и теоретические разработки диссертации могут быть использованы при формировании программ в области разработки стратегии повышения жизнеспособности здравоохранения в современном российском обществе.

Материалы диссертационного исследования могут быть использованы при составлении и чтении курсов по общей социологии, социологии медицины, социологии управления и социологии организаций, а также при разработке учебных факультативных курсов по институциональным проблемам в современной России.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационного исследования докладывались и обсуждались на кафедре философии и социологии Краснодарского университета МВД России, региональных научных конференциях по проблемам социологии и здравоохранения. Автор был участником ряда аспирантских семинаров.

По теме диссертации опубликовано 5 работ общим объемом 2,2 п. л., в том числе 2 научные статьи в изданиях, входящих в перечень ВАК Минобрнауки России.

Ряд концептуальных положений диссертационной работы были использованы автором в лекционных материалах и на семинарских занятиях в процессе преподавания.

**Структура работы.** Диссертация состоит из введения, двух глав, включающих шесть параграфов, заключения, списка использованных источников.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы диссертации, освещается степень ее разработанности, формулируются цели и задачи исследования, его объект и предмет, характеризуется его научная новизна, формулируются положения, выносимые на защиту, определяется теоретическая и практическая значимость работы.

В первой главе «**Теоретико-методологические аспекты исследования здравоохранения в постсоветской России как социального института**» отмечается, что в настоящее время в отечественной системе здравоохранения сложилась сложная социально-экономическая ситуация. Это связано с тем, что сокращение финансирования привело к увеличению нагрузки на врачей. Моральное и техническое старение медицинской аппаратуры, находящейся на балансе государственных лечебных учреждений, приводит к снижению уровня медицинского обслуживания, росту числа заболеваний и увеличению смертности населения. Рост платных медицинских услуг оказался недоступен многим слоям населения и не обеспечивает высокой эффективности поддержания здоровья населения.

Закономерный рост социологического интереса к здравоохранительному поведению населения современной России определяется возрастанием потребности в социологическом осмыслении изменения демографических процессов и структуры заболеваемости; в использовании социологических подходов для изучения и лечения заболеваний; в оценке состояния системы охраны здоровья в условиях социально-экономических трансформаций российского общества и его социальных институтов.

В параграфе 1.1 «*Концептуализация понятия социальный институт в современной социологии*» отмечается, что институциональный аспект функционирования социума является традиционной областью интересов социологической науки. Он находился в поле зрения мыслителей, с именами которых связывается ее становление (О. Конт, Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, М. Вебер и др.).

Социологический подход фиксирует особое внимание на социальных функциях института и его нормативной структуре. М. Комаров пишет, что реализация институтом социально значимых функций «обеспечивается наличием в рамках социального института целостной системы стандартизованных образцов поведения, т. е. ценностнонормативной структуры»<sup>1</sup>.

Автор указывает, что структура социальных институтов чаще всего включает определенный набор составных элементов, выступающих в более или менее оформленном виде в зависимости от типа института. Я. Щепаньский выделяет следующие структурные элементы социального института: цель и сферу деятельности института; функции, предусмотренные для достижения цели; нормативно-обусловленные социальные роли и статусы, представленные в структуре института; средства и учреждения достижения цели и реализации функций (материальные, символические и идеальные), включая соответствующие санкции<sup>2</sup>. Таким образом, при рассмотрении социального института, его признаков, функций, структуры автор опирался на комплексный подход, использование которого имеет развитую традицию в рамках системно-структурной парадигмы в социологии.

Институты отличаются друг от друга своими функциональными качествами, однако в реальной жизни эти функции переплетены столь тесно, что провести между ними какую-либо грань чрезвычайно сложно.

Выражением дисфункции социального института является персонализация его деятельности. Это означает, что он перестал действовать в соответствии с объективными потребностями и целями, меняя свои функции в зависимости от интересов отдельных

<sup>1</sup> Комаров М.С. О понятии социального института // Введение в социологию. М., 2004. С. 195.

<sup>2</sup> Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии. М., 1969. С. 98.

лиц. Потеря деперсонализации – нарушение условия нормально-го функционирования социального института.

Начавшиеся в 90-е годы XX века в российском обществе реформы затронули все его уровни и сферы. При всем многообразии форм, в которых происходят социальные изменения, их суть остается общей – это кардинальная трансформация ценностно-нормативных оснований деятельности социальных субъектов. В результате кризис современного российского здравоохранения с каждым годом становится все более ощутимым: происходит падение доверия россиян к этому социальному институту, наблюдается ухудшение показателей индивидуального и социального здоровья, растет уровень инвалидизации и смертности населения России.

Подводя итоги параграфа, автор делает следующие выводы. Итак, каждый социальный институт характеризуется наличием цели своей деятельности конкретными функциями, обеспечивающими достижение такой цели набором социальных позиций и ролей, типичных для данного института.

Нарушение нормативного взаимодействия с социальной средой, в качестве которого выступает общество или сообщество, называется дисфункцией института. В условиях интенсивного протекания общественных процессов и социальных перемен может возникнуть ситуация, когда изменившиеся общественные потребности не находят отражения в структуре и функциях социальных институтов. Возникает дисфункция, т. е. неясность целей деятельности института, падения его авторитета и престижа, вырождении его отдельных функций в ритуальную деятельность.

В параграфе 1.2 «*Особенности трансформации здравоохранения как социального института при переходе российского общества от советской к современной модели общественного устройства*» отмечается, что социальный институт здравоохранения имеет сложное организационное оформление. Существуют различные модели формирования национальных систем здравоохранения (аномическая, плюралистическая, страховая и другие). Здравоохранению как институциональной форме организации присущи все основные элементы: цель, функции, принципы, задачи, механизмы, технологии, система управления, контроля, набор санкций и поощрений, полномочия, компетен-

ции, ответственность, материальные и финансовые средства, ресурсы в соответствии с социальными функциями.

Здравоохранение характеризуется возможностью интеграции в различные сферы общества. Это объясняется тем, что многие социальные институты общества имеют свою функциональную определенность по обеспечению здоровья людей (государство, семья, образование, институт социальной защиты, экономические институты и другие).

По мнению диссертанта, здравоохранение, как институциональный комплекс, следует рассматривать как системную совокупность социальных институтов, целевое назначение которых – функционально, организационно, нормативно и статусно, определенная реализация политических, экономических, социокультурных, научно-образовательных, информационно-аналитических, управленическо-административных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на обеспечение права граждан на сохранение собственного здоровья с гарантированной и критериально обоснованной качественной результативностью для каждого индивидуума и всей популяции<sup>1</sup>.

Ключевой тенденцией развития здравоохранения в современных условиях становится трансформация его институциональных возможностей посредством совершенствования взаимодействия всех институтов общества в обеспечении здоровья людей. Это имеет значение для всей иерархии факторов социально-го влияния: условий и образа жизни граждан Российской Федерации; состояния окружающей среды; генетических факторов; деятельности учреждений здравоохранения; определения целей социального развития общества и их реализации с учетом факторов международного характера.

Кардинальные изменения в системе российского здравоохранения, как и формирование нового отношения к ней с позиций общественного здравоохранения, представляют закономерно обусловленную реальность современного периода развития российского государства и общества<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Фундаментальные основы политики здравоохранения // под редакцией Щепина О.П. М.: Изд-во НПЦ «ЭКИЗ», 2009. С. 35.

<sup>2</sup> Тихомиров А.В. Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения. М., ЮрИнфоЗдрав, 2007. С. 34.

В настоящее время публичная институциональная среда здравоохранения представляет собой разнородный конгломерат устойчивых формальных и неформальных правил, норм, обычаев, взаимосвязей, взаимодействия между людьми, организациями и государственными органами.

Средоточием всех проблем здравоохранения является отраслевое ведомство как центр объединения составляющих такого конгломерата и своей деятельностью порождающий, воспроизведяющий и множащий эти проблемы. Именно на уровне отраслевого ведомства сходятся проблемы различия публичной и частной сферы, бюджетных и гражданско-правовых отношений, финансовых и товарных институтов.

Как полагает автор, сегодня на передний план выходит проблема качества медицины. Конкуренция сегодня – это конкуренция качества, и сохранение прежней системы организации финансирования в этих отраслях будет означать неизбежное и критическое отставание в качестве предоставляемых услуг.

Подводя итоги параграфа, диссертант делает следующие выводы. Здравоохранение – совокупность государственных и общественных мер по организации медицинской помощи, предупреждению заболеваний, повышению уровня здоровья населения. В современных условиях здравоохранение является важнейшим социальным институтом государства. Традиционно основными компонентами здравоохранения являются лечебно-профилактическая помощь при заболеваниях и травмах, при беременности и родах, охрана здоровья детей и т. п. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия страны (территории) составляет второй важнейший компонент здравоохранения (вопросы предупреждения эпидемий инфекционных заболеваний, санитарный надзор за качеством питьевой воды, продуктов питания, атмосферного воздуха и т. п.). Все большее значение приобретают вопросы укрепления здоровья населения (формирование здорового образа жизни, оздоровление условий труда и быта людей). Тесная институциональная связь здравоохранения с экономикой и политической структурой общества определяет, каким образом осуществляются финансирование и управление здравоохранением, т. е. каковы основные институциональные черты здравоохранения в данном государстве.

*В параграфе 1.3 «Методология социологического исследования трансформации здравоохранения как социального института в современной России» диссидентант, оценивая уровень теоретико-методологической зрелости и состоятельности современной российской социологии медицины, от чего во многом зависит степень осуществления ее теоретико-познавательной и прикладной функций, говорит об определенной дефицитности комплексных теоретических схем исследования медико-социальной реальности. Поэтому важной задачей представляется поиск новых концептуальных моделей исследования системы здравоохранения динамично изменяющегося российского общества<sup>1</sup>.*

В результате анализа трудов классиков социологии Т. Парсонса, Р. Мертона диссидентант полагает, что задача социологического анализа состоит в выявлении и описании стандартных образцов поведения, или стандартизованных ожиданий, которые задают направленность и характер действий людей. Если эта система ожиданий, или стандартных образцов, определена, то данное общество стабильно. Если же система ожиданий не определена, то она становится источником социальных отклонений.

В рамках структурного функционализма, по мнению автора, при рассмотрении здравоохранения, предлагаются две относительно самостоятельные проекции исследования социального института: макроподход, в котором делается акцент на роль и место социального института в социальной метасистеме; и микроподход, концентрирующий внимание на институциональном аспекте социальных практик индивидуальных и коллективных субъектов.

Не меньший интерес представляет системный подход для анализа трансформации здравоохранения как социального института в современной России. Учитывая, что системный подход еще с советских времен традиционно трактуется неограниченно широко, а понятийный аппарат концепции не представлен никак, отметим, что под системой принято понимать совокупность взаимосвязанных элементов, составляющих единое, обла-

---

<sup>1</sup> Тимченко Н.С. Концептуальные модели исследования социального института здравоохранения: классические и неклассические подходы <http://www.hygeia.ru/content/konceptualnye-modeli-issledovaniya-sotsialnogo-instituta-zdravookhraneniya-klassicheskie-i>

дающих новым интегральным (эмержентным) качеством, не сводимым к свойствам ни одного из элементов в отдельности<sup>1</sup>.

Высокий уровень динамизма медико-социальной системы в российском обществе обуславливает интерес к социологическим концепциям, в которых сделан акцент на исследовании институциональных сдвигов. Спектр вопросов, помимо традиционно присущих структурно-функциональному анализу, дополняется проблемами изучения повседневных практик социальных субъектов, ценностно-нормативных оснований этих практик, воздействия исторических, психологических и культурных факторов на процесс трансформации социального института здравоохранения.

Позитивное влияние на развитие теоретико-методологических оснований социологического исследования системы российского здравоохранения способен оказать социоанализ П. Бурдье<sup>2</sup>.

Подводя итоги параграфа, автор делает следующие выводы. На каждом уровне социологического знания существует своя методика исследования. На эмпирическом уровне проводятся социологические исследования, представляющие собой систему логически последовательных методологических, методических и организационно-технических процедур, подчиненных единой цели получить точные объективные данные об изучаемом социальном явлении. Значительное место в социологии занимает структурно-функциональный метод. С позиций этого метода общество рассматривается как функциональная система, которая характеризуется такой функцией любой системы, как устойчивость. Эта устойчивость обеспечивается за счет воспроизведения, поддержки равновесия системы элементов. Структурно-функциональный подход позволяет установить общие, универсальные закономерности функционального действия социальных систем. В качестве системы может быть рассмотрен любой социальный институт или организация. Кроме того, обогащение теоретико-методологического арсенала современной социологии медицины за счет включения в него неклассических социологических концепций способно пози-

<sup>1</sup> Берталанфи Л. фон. История и статус общей теории систем. В кн.: Системные исследования. Методологические проблемы. Ежегодник. М.: «Наука», 1973, С. 20.

<sup>2</sup> Бурдье П. Социология социального пространства / пер. с фр.; общ. ред. и послесл. Н.А. Шматко. Москва: Институт экспериментальной социологии; СПб.: Алетейя, 2005. В 2-х т.

тивно изменить ее инструментальные возможности, место и роль в практике целенаправленного изменения российского здравоохранения.

В завершение первой главы исследования автор указывает, что институциональная субъектность связана с активностью по консолидации деятельности индивидуальных и групповых агентов внутри самого социального института. Поэтому к числу индикаторов может быть отнесено все то, что описывает способность социального института поддерживать устойчивость институциональной среды: качество нормативно-правовых норм, регулирующих взаимодействие медицинских субъектов, развитость общественных медицинских организаций, характер взаимодействий внутри медицинской системы («врач – врач», «врач – средний медицинский персонал», «врач – администрация ЛПУ» и т. д.), управленческая культура менеджеров здравоохранения различного уровня и т. д.

Во второй главе «Проблемы и динамика процесса институализации здравоохранения в современной России» автор отмечает, что в современных условиях важное значение в социальной политике государства приобретает ее переориентация на комплексный подход к охране здоровья населения, перенос усилий органов власти, различных институтов гражданского общества с односторонней ориентации по расширению диапазона медицинских услуг на развитие общественного здравоохранения на основе реальных потребностей общества в увеличении продолжительности жизни граждан России.

Изменение роли здравоохранения, модернизация его системы начинает обретать объективную реальность. Возрастает значение деятельности по формированию и развитию этой системы как составной части социокультурного комплекса российского государства и общества. Поэтому необходим социологический анализ структурно-функциональных оснований здравоохранения в условиях трансформации российского общества.

В параграфе 2.1 «Социально-политические проблемы институализации здравоохранения в условиях социальной трансформации» диссертант обращает внимание на то, что здоровье населения является основным достоянием всего общества. На его сохранение и укрепление направлены усилия как государ-

ственных, так и негосударственных органов и организаций, частных лиц, благотворительность и спонсорство.

В настоящее время совершенно ясно, что здоровье определяется условиями повседневной жизни и зависит от того, что делается, какие решения принимаются практически во всех сферах жизни общества.

Исходя из того, что самым главным богатством любого государства являются люди, то и охрану здоровья населения следует отнести к наиважнейшей его задаче<sup>1</sup>. Однако политические, экономические и другие потрясения последних 20 лет тягостным образом отразились на здоровье людей, живущих в нашей стране<sup>2</sup>. Из всего многообразия проблем нынешнего здравоохранения нужно выделить следующие.

Серьезное отставание производства не только от запросов научных центров, но и практических медицинских учреждений, что сказывается на реализации достижений современной медицины, в которых весомая доля успехов принадлежит российским ученым. Имеет место и недостаточное финансирование научных центров. В качестве оказания медицинской помощи наблюдается серьезное отставание практического здравоохранения от ведущих научных центров, а в сельской местности дела обстоят еще хуже.

Отрицательный результат в пренебрежении здорового образа жизни проявится у людей уже в ближайшее время – ростом онкологических, сосудистых и прочих заболеваний. Экономические же затраты на лечение этих больных будут неизмеримо выше, чем прибыль, полученная от продажи табачных изделий.

Наблюдается нехватка медицинских кадров, владеющих новейшими технологиями в области диагностики и лечения различных заболеваний, а у большинства студентов нет четких представлений о дальнейшей форме своей врачебной деятельности. На наш взгляд, требуется коренным образом улучшить взаимосвязь между вузами и органами практического здравоохранения.

---

<sup>1</sup> Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики, М., 2004.

<sup>2</sup> Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения (Материалы социологического исследования). Под редакцией акад. РАМН О.П. Щепина. М. «Геотар-Мед». 2001. С. 22.

Высшее медицинское учебное заведение должно иметь перспективную ежегодную заявку на врачей различных специальностей от различных лечебных заведений с тем, чтобы уже с третьего года обучения студент мог ориентироваться в своем будущем трудоустройстве и мог по желанию четко определить профиль своей врачебной деятельности – с учетом нужд практического здравоохранения, а администрация больниц заранее бы определила своего будущего сотрудника и контролировала бы уровень его профессиональной эрудиции, используя для этого в основном летнюю производственную практику на базе своей больницы. Для большей взаимной заинтересованности, по-видимому, целесообразно использовать для этих целей контрактную систему с материальным стимулированием.

По мнению диссертанта, все перечисленные проблемы находятся в тесной взаимосвязи и для своего разрешения требуют разработки единого комплексного плана.

В целом, можно сказать, что в соответствии с основным объективным критерием – состоянием здоровья населения России, в 90-е годы XX века российское здравоохранение переживало кризис. Более того, можно сказать, что кризис не преодолен и сегодня<sup>1</sup>.

Основную стратегическую цель государства в области охраны общественного здоровья можно сформулировать как стабилизацию демографической ситуации, формирование социально-экономических, воспроизводственных и миграционных предпосылок демографического роста, а также создание условий для сохранения здоровья граждан (включая личные обязательства) и скорейшего его восстановления, комплексное развитие здравоохранения.

Подводя итоги параграфа, автор делает следующие выводы. Существующие государственные обязательства в сфере здравоохранения нередко носят декларативный характер. Фактически государство, поддерживая рост платности медицинских услуг, устраняется от регулирования в этой сфере, сокращает свои обя-

---

<sup>1</sup> Сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, [Электронный ресурс] URL: <http://www.minsdravsoc.ru/health/guarantee>

зательства по финансированию здравоохранения и перекладывает бремя медицинских расходов на пациентов.

Можно сказать, что в России, помимо демографического, образовался организационно-экономический крест: лавинообразное ухудшение здоровья населения и рост заболеваемости, с одной стороны, и неспособность государства, общества и отрасли здравоохранения адекватно реагировать на это и обеспечить комплекс медицинских мероприятий по восстановлению утраченного здоровья, с другой.

В параграфе 2.2 «*Экономические проблемы формирования современного института здравоохранения в современной России*» отмечается, что проблемы, накопившиеся в здравоохранении России, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе. Практически сформировался консенсус по поводу необходимости существенных перемен в этой области. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие такие параметры системы здравоохранения России, как состояние здоровья населения; состояние собственно системы здравоохранения; оценка населением состояния своего здоровья и его отношение к системе здравоохранения вообще и реформам в частности.

Таким образом, в настоящее время система здравоохранения России сталкивается как со специфическими проблемами, обусловленными особенностями ее социально-экономического развития, так и с общими проблемами, возникающими в области обеспечения здоровья населения и имеющими глобальный характер.

Автор выделяет три базовые модели организации и финансирования здравоохранения, причем автором одной из них (модель Семашко) стала Россия. Конкретные формы определяются спецификой функционирования системы, которую может позволить себе страна в зависимости от характеристик своего развития. Новые модели здравоохранения возникали в мире тогда, когда происходили изменения в мировоззрении, меняющие постановку и видение проблемы. Предлагаемые варианты развития российского здравоохранения, в том числе и проект Концепцию развития здравоохранения РФ до 2020 г., разработанный под эгидой Минздрава РФ, или проект, предложенный Общественной палатой, подстраиваются под ситуацию, в которой Россия оказа-

лась сегодня и которая была задана в начале 90-х годов XX века. Но скорость общественных изменений требует, чтобы функция прогнозирования, определяющая как поведет себя та или иная система в долгосрочной перспективе, стала ведущей.

По мнению диссертанта, существуют объективные факторы системообразующего характера, которые потенциально вызовут проблемы в развитии здравоохранения России как системы. От того, насколько они будут учтены при формировании стратегии реформ, зависит успех проводимых мероприятий.

Одна из угроз связана с объемом и методом финансирования здравоохранения в России. Вопрос о том, сколько средств должна тратить Россия на здравоохранение остается открытым. Казалось бы, что следует приветствовать рост расходов на здравоохранение. Однако возникает феномен, который можно условно назвать ловушкой роста финансирования. Это означает, что выбираемый в условиях ограниченности ресурсов, выделяемых обществом на здравоохранение, вариант изначально оказывается затратным и ведет к необходимости увеличения в будущем финансирования здравоохранения.

Основной мотив реформ здравоохранения в 1990-е гг. – недостаток государственных средств и необходимость мобилизации ресурсов из других источников. Но парадокс российской здравоохранительной политики состоит в том, что, с одной стороны, бюджетной медицине нет равных в сдерживании расходов на здравоохранение, с другой стороны, россиянам все время внушают, что средств на здравоохранение не хватает, но при этом выбирают изначально затратный вариант (страхование), игнорируя или даже открыто отрицая относительно менее затратную (бюджетную) систему.

Существуют различные подходы к определению доли расходов на здравоохранение с учетом готовности населения его финансировать. Можно установить нормативы минимальных расходов государства с учетом мирового опыта<sup>1</sup>. Однако важно не только то, сколько средств расходуется, но и с помощью какого механизма финансирования осуществляется перераспределение

---

<sup>1</sup> Человек в мире экономики. Социальная проекция программы развития России. Под ред. А.Я. Рубинштейна. М., ИЭ, 2007.

ние. В России речь идет о хроническом недофинансировании и о необходимости повышения расходов на здравоохранение, в то время как в развитых странах вопрос стоит о сдерживании роста расходов на здравоохранение. С учетом мировых тенденций нашей стране необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит превратить выделяемые средства в эффективную систему оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение.

Становятся абсолютно необходимыми проведение полноценной страховой реформы медицины, а также активное использование регулирующих и стимулирующих функций страховых компаний для эффективной организации медицинской помощи, развития профилактических программ, в том числе, за счет персонального страхового вознаграждения медицинских работников<sup>1</sup>.

Здравоохранение и экономика тесно переплетаются: состояние здоровья населения имеет ключевое значение для экономического развития и наоборот. Однако общее признание этих фактов далеко не всегда находит реализацию на практике.

Подводя итоги параграфа, диссертант приходит к следующим выводам. Характеризуя экономические проблемы современного российского здравоохранения, здоровье необходимо рассматривать не как побочный продукт экономического развития, а как один из важных детерминантов экономического развития и снижения бедности. Расходы на здравоохранение это, прежде всего, инвестиции, которые приносят экономическую отдачу, а не просто как расход/затраты. При этом отношения между здоровьем и экономикой не просто двусторонние, а взаимоусиливающие, то есть они обеспечивают большую отдачу от инвестиций определенных средств как в здоровье, так и в экономику по сравнению с инвестициями тех же средств только в экономику, или в здоровье. Однако для развитых стран это не такой простой вопрос, так как уже достигнут определенный уровень здоровья, и необходимо понять, какую отдачу принесут дополнительные инвестиции. И, наконец, необходимо понимать экономическую

---

<sup>1</sup> Экономика здравоохранения. учеб. пособие / Под ред. И.М. Шеймана. М.: ТЕИС, 2004. С. 28.

сущность альтернативы. С точки зрения экономической теории ограниченность ресурсов приводит к феномену альтернативной стоимости (издержек выбора). Если определенные ресурсы потрачены на одни цели, то они уже не могут быть потрачены на решение других задач, то есть нужно выбирать вариант, наиболее эффективный с точки зрения повышения общего благосостояния. Кроме того, нужно помнить и об упущеной выгоде от принципиально возможных, но не реализованных проектов. Однако на практике этого достаточно трудно добиться, так как нужно проводить анализ вариантов на основе полной и достоверной информации, что требует значительных затрат.

В параграфе 2.3 «*Пути и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России*» отмечается, что социальный институт общественного здравоохранения, как и его организационное оформление, несмотря на повторяемость элементов, отношений, правового регулирования, неповторим в своей целостности, характерной только для данного государства. Поэтому всемирная система здравоохранения – это совокупность единства и разнообразия сотен систем здравоохранения конкретных государств.

В связи с этим реформирование необходимо предопределять рациональным, прогнозируемым и обеспечиваемым соответствием функционально-организационных, нормативных и правовых, финансово-экономических, производственно-технологических, профессионально-кадровых основ здравоохранения уровню показателей здоровья населения, потребностям общества и возможностям медицины, имеющим качественно определенный характер и показатели.

Здравоохранение, как и любая другая отрасль народного хозяйства, относится к системам экономического типа. Известны несколько классификаций экономических систем, например, по масштабам (макро-, мезо-, микро- и наноэкономические системы), местоположению, внутреннему устройству, распределению собственности, имманентным методам регулирования и т. д. В условиях далеко зашедшей фрагментации экономической теории

предложена и универсальная типология экономических систем<sup>1</sup>, опирающаяся на ключевые особенности взаимоотношения систем с пространством и временем, как базовыми сущностями окружающего мира. Целесообразность такого подхода определяется тем, что в этом случае список типовых экономических систем исчерпывается объектами (предприятиями), средами (институтами), процессами (инновациями) и проектами (мероприятиями). Каждый тип систем характеризуется ограниченным и/или неограниченным распространением во времени и/или в пространстве.

Во-первых, реформирование здравоохранения связано с децентрализацией управления этой системы, многоканальностью ее финансирования, демонополизацией лечебно-профилактических учреждений, освоением рыночных механизмов, введением медицинского страхования.

Во-вторых, модернизация системы здравоохранения представляет сложный процесс, в котором преломляются институциональные и экономические изменения, а также трансформация отношений между социальными институтами и индивидами.

В-третьих, здравоохранение является одной из подсистем управления социумом, которая занимается тем, чтобы здоровье граждан достигалось правильным образом жизни и соответствующими условиями. Для большей части населения страны ситуация в сфере здравоохранения представляется весьма проблематичной и требующей модернизации сложившейся системы.

В современных российских условиях на первый план вышли проблемы обеспечения единства системы здравоохранения, четкого распределения управленических полномочий в сфере охраны здоровья между федеральным уровнем, уровнем субъектов Федерации и местного самоуправления.

На основе социологического анализа автор обосновывает следующие принципы функционирования системы здравоохранения как социального института, а именно: профилактическая направленность; доступность населения в получении медицинской помощи; иерархическая упорядоченность уровней (подсистем) здравоохранения; участие социальных партнеров; унифика-

---

<sup>1</sup> Акопян А.С. Проблема модернизации здравоохранения 2020 и фазы институциональной трансформации сети государственных учреждений: <http://www.healtheconomics.ru>

ция направлений деятельности государственных (муниципальных) управленческих структур системы здравоохранения; эффективное и рациональное использование государственных и муниципальных финансовых и иных материальных ресурсов.

Осуществление инновационных преобразований в формируемой системе здравоохранения предусматривает использование эффективных механизмов, направленных на системную модернизацию этой социальной сферы, формирование единого нормативного правового, ресурсно-инвестиционного, медицинского и информационного обеспечения. Комплексный механизм управления инновационными процессами в системе российского здравоохранения предусматривает совокупность взаимообусловленных и целенаправленных методов достижения главной цели – создания в стране эффективной системы обеспечения общественного здоровья на основе объединения правового, социального, политического, экономического механизмов с эффективными технологиями их использования<sup>1</sup>.

Таким образом, ключевой задачей в настоящее время является подготовка к переходу к новой организационно-экономической модели оказания медицинской помощи населению на основе повышения эффективности работы учреждений здравоохранения, использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов. Предстоящее принятие федеральных законов «Об обязательном медицинском страховании»<sup>2</sup>, «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об автономных учреждениях» и «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях» можно рассматривать как начало реформирования системы здравоохранения. Следующим этапом должна стать разработка соответствующей нормативно-правовой базы на уровне субъектов РФ и муниципальных образований. Руководителям органов управления и учреждений здравоохранения требуется провести финансово-экономический анализ, рассмотреть вопросы реструктуризации сети ЛПУ и при необходимости изменения объемов оказания медицинской помощи.

---

<sup>1</sup> Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. М: Гютар Медицина. 2000. С. 23.

<sup>2</sup> Пояснительная записка к проекту Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании».

Подводя итоги параграфа, автор отмечает, что за последние 5–7 лет в нашей стране определены и обоснованы цели модернизации российского института здравоохранения. Реализация соответствующих задач привела к тенденции относительной, но довольно устойчивой стабилизации его состояния. При этом эффективность формирования системы здравоохранения как социального института современной России, особенно упрочения позиций общественного здравоохранения, зависит от ряда обстоятельств. Прежде всего, от того, каким образом обеспечивается непрерывность реформирования системы здравоохранения в соответствии с процессом институционализации этой сферы. Как отечественный, так и мировой опыт подтверждают вывод о том, что идеальной модели организации здравоохранения пока не создано.

В заключение второй главы автор указывает, что мониторинг жизнеспособности социального института здравоохранения в аспекте его дополняется оценкой уровня удовлетворенности пациентов качеством производимых этим социальным институтом услуг. Интегративным показателем признания обществом высокого уровня жизнеспособности социального института здравоохранения выступает доверие к нему пациентов, а частными – оценка пациентами доступности медицинских услуг, их результативность, характер взаимодействия с медицинскими работниками и т. д.

Современная Россия унаследовала государственную систему здравоохранения Советского Союза и пыталась ее модернизировать в течение двух десятилетий, основываясь в большей степени на зарубежном опыте. Назрела необходимость формирования собственной модели системы здравоохранения в процессе ее эволюции в условиях социальной трансформации общества.

Кризис жизнеспособности социального института здравоохранения трактуется как такой момент в его функционировании, который порождает риски в развитии общества в целом. Вследствие этого исследовательская задача состоит не столько в констатации проблемности социального института здравоохранения в настоящее время, сколько в формировании активно-прогностического подхода к минимизации рисков в развитии здравоохранения.

В **заключении** подводятся итоги работы, формулируются основные выводы и обобщения, намечаются перспективы дальнейшего исследования данной проблемы.

**Основные научные результаты диссертации опубликованы в следующих работах автора:**

*Научные статьи, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России*

1. Юсуфов М.М. Концептуализация понятия «социальный институт» в современной социологии // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2011. – № 4. – 0,5. п. л.
2. Юсуфов М.М. Методология социологического исследования трансформации здравоохранения как социального института в современной России // Общество и право. – 2012. – № 3 (40). – 0,3 п. л.

*Другие издания*

3. Юсуфов М.М. Экономические проблемы формирования современного института здравоохранения в современной России // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2011. – № 2–4. – 0,4 п. л.
4. Юсуфов М.М. Пути и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России // Вестник Краснодарского университета МВД России. – 2011. – № 3. – 0,4 п. л.
5. Юсуфов М.М. Социально-политические проблемы институализации здравоохранения в условиях социальной трансформации // Сб. науч. материалов II Всероссийской научной конференции «Россия: вчера, сегодня, завтра». 15 апреля 2012 г. г. Краснодар, 2012. – 0,6 п. л.

Подписано в печать 22.03.2012. Усл. печ. л. 1,5.  
Тираж 100 экз. Заказ 56.

---

Краснодарский университет МВД России.  
350005, г. Краснодар, ул. Ярославская, 128.