

А.В. Решетников

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Учебник



Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

А.В. Решетников

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Учебник

Рекомендовано
Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому
образованию вузов России для
обучения в системе послевузовского
профессионального образования



Москва

Издательская группа «**РОСТАР-Медиа**»

УДК 61:316(075.8)
ББК 51я73
Р47

Рецензенты:

Кучеренко В.З. – зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор.

Мансуров В.А. – зав. сектором Проблемы интеллигенции Института социологии РАН, д.ф.н., профессор.

Решетников А.В.

Р47 Социология медицины: учебник / А.В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
ISBN 978-5-9704-0524-6

Учебник академика РАМН, доктора медицинских наук, доктора социологических наук, профессора А.В. Решетникова раскрывает предмет, базовые понятия и закономерности развития социологии медицины.

Достоинством учебника при рассмотрении социальных, политических, экономических проблем медицины как социального института является четкая теоретико-методологическая позиция, изложенная в соответствии с действующей программой курса социологии медицины.

Основная цель учебника – помочь всем, изучающим курс социологии медицины, научно осмыслить сложные процессы и явления современной медицины, чтобы сознательно ориентироваться в них, разобраться в существующих социологических теориях.

Для практикующих врачей, студентов и ординаторов вузов, учащихся колледжей, а также для тех, кто интересуется вопросами развития системы охраны здоровья.

УДК 61:316(075.8)
ББК 51я73

Права на данное издание принадлежат издательской группе «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения правообладателей.

ISBN 978-5-9704-0524-6

© Решетников А.В., 2006

© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	7
От автора	8
Введение.....	11
ЧАСТЬ 1. ВВЕДЕНИЕ В СОЦИОЛОГИЮ	14
1.1. Становление и развитие социологии	14
1.1.1. Становление социологии как науки	14
1.1.2. Классические социологические теории	16
1.1.3. Становление социологии в России	19
1.1.4. Теоретическая социология XX века.	20
1.2. Социология как наука об обществе	22
1.2.1. Предмет и объект социологии. Основные социологические категории	22
1.2.2. Структура и функции социологии.	25
1.3. Общество как социокультурная система	28
1.3.1. Социальная система и система культуры. Содержание культуры	28
1.3.2. Теория развития и распространения культур.	31
1.4. Личность и общество	32
1.4.1. Человек, индивид, индивидуальность, личность	32
1.4.2. Социализация	33
1.4.3. Социальные статусы и роли	34
1.5. Социальное поведение	36
1.5.1. Социальное действие и социальное поведение.	36
1.5.2. Социальное взаимодействие и социальные отношения .	37
1.6. Социальные институты	40
1.6.1. Сущность социальных институтов и процесс институционализации	40
1.6.2. Типология социальных институтов.	41
1.6.3. Структура и функции социальных институтов	42
1.6.4. Взаимосвязи между институтами.	44
1.7. Социальный контроль	45
1.8. Социальная структура общества.	47
1.8.1. Социальные структуры	47
1.8.2. Принципы и модели стратификации	48
1.8.3. Группы и квазигруппы	50
1.9. Социальные изменения	52
1.9.1. Механизмы социальных изменений	53

1.9.2. Социальные конфликты	53
1.9.3. Социальные движения	55
1.9.4. Теории социальных изменений	58
Рекомендуемая литература по I части.	
Темы для рефератов. Вопросы и задания для повторения	59
ЧАСТЬ 2. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ.	63
2.1. Социология медицины как отрасль социологической науки	63
2.1.1. История социологии медицины	63
2.1.2. Особенности развития отечественной социологии медицины.	66
2.1.3. Медико-социологическая точка зрения на медицину и здравоохранение	68
2.2. Предмет и задачи социологии медицины	69
2.2.1. Здоровье и болезнь	69
2.2.2. Социокультурные факторы заболеваемости	72
2.2.3. Стимулирование самосохранительного поведения	84
2.2.4. Социальный статус врача	87
2.2.5. Социальное взаимодействие врача и пациента	91
2.2.6. Социологические аспекты медицинских профессий.	95
2.3. Основные направления исследований в социологии медицины.	96
2.3.1. Основные направления исследований	96
2.3.2. Стратегическое планирование медико- социологических исследований.	100
2.3.3. Практическое использование результатов медико-социологических исследований	101
2.4. Медицина как социальный институт	108
2.4.1. Сущность медицины как социального института.	108
2.4.2. Социальные аспекты политики здравоохранения	112
2.4.3. Социально-экономическая эффективность здравоохранения.	114
2.4.4. Структура здравоохранения	118
2.4.5. Государственное, страховое и частное здравоохранение	125
2.4.6. Культурно-исторические типы медицинских систем	129
2.5. Медицинское страхование как механизм социальной защиты в области охраны здоровья	133
2.5.1. Эволюция системы медицинского страхования в зарубежных странах.	133
2.5.1.1. Страховая медицина в Германии и во Франции	133
2.5.1.2. Государственное страхование Великобритании	135
2.5.1.3. Частная система здравоохранения США	136
2.5.2. Медицинское страхование в России.	137

2.5.2.1. Субъекты системы обязательного медицинского страхования	138
2.5.2.2. Основы законодательства в области медицинского страхования	142
2.5.3. Маркетинг в системе охраны здоровья населения РФ.	143
2.5.4. Рынок медицинских услуг.	147
Рекомендуемая литература по II части.	
Темы для рефератов. Вопросы и задания для повторения	150
ЧАСТЬ 3. СОЦИОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНИЕНИЕМ.	154
3.1. Социология управления	154
3.1.1. Понятие управления	154
3.1.2. Социология управления и социология организаций	156
3.2. Основные характеристики социального управления	157
3.3. Управленческий цикл	160
3.4. Ситуационное управление	163
3.5. Управленческие отношения в здравоохранении	165
3.5.1. Здравоохранение как объект управления.	168
3.5.2. Особенности управленческих отношений в здравоохранении	172
3.5.3. Модели управленческих решений.	177
3.6. Управление в медицинских учреждениях	180
3.6.1. Медицинские учреждения как социальные организации.	180
3.6.2. Руководство и лидерство. Роль руководителя в организационных процессах	185
3.6.3. Управление персоналом	188
Рекомендуемая литература по III части.	
Темы для рефератов. Вопросы и задания для повторения	193
ЧАСТЬ 4. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОНКРЕТНЫХ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	198
4.1. Теоретико-методологические основы медико-социологических исследований.	198
4.1.1. Теоретические основы медико-социологических исследований.	198
4.1.2. Методологические основы медико-социологических исследований.	200
4.2. Подготовительный (организационный) этап медико-социологических исследований.	201
4.2.1. Методы медико-социологических исследований.	204

4.2.2. Программные требования к выборке	205
4.2.3. Первичное измерение социальных характеристик	207
4.3. Организация сбора медико-социологической информации	209
4.3.1. Анкетные опросы и интервью	209
4.3.2. Специфика анкетного опроса	212
4.3.3. Особенности интервьюирования	212
4.3.4. Особенности сбора медико-социологической информации	213
4.4. Обработка медико-социологической информации	217
4.5. Анализ собранной информации	218
4.5.1. Последовательность действий при анализе данных	218
4.5.2. Анализ данных повторных и сравнительных исследований	219
Рекомендуемая литература по IV части.	
Темы для рефератов. Вопросы и задания для повторения	221
Основные понятия	225
Приложения	242

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДМС	— добровольное медицинское страхование
МСИ	— медико-социологическое исследование
МСМ	— медико-социологический мониторинг
ПМСП	— первичная медико-санитарная помощь
РАМН	— Российская академия медицинских наук
СМО	— страховая медицинская организация
ТФОМС	— территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФФОМС	— федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЧМП	— частная медицинская практика

ОТ АВТОРА

В соответствии с современными представлениями о системе здравоохранения деятельность по охране здоровья граждан выходит далеко за пределы собственно медицины и фармации. По существу, для здоровья человека важны и экологически безопасная среда обитания, и условия его труда, быта и отдыха, и характер питания, и социально-психологический климат в отношениях с окружающими, обществом и государством. Уровень здоровья конкретного человека зависит от наследственности, возраста, адаптивных способностей организма и его активности и кумулятивного влияния факторов внешней среды.

Для эффективной организации системы здравоохранения необходимо очертить круг основных медико-социологических факторов; построить типовые медико-социологические модели основных медико-социальных процессов; определить силу и характер влияния каждого из выделенных факторов на состояние здоровье населения, а также на функционирование медицинских учреждений.

В условиях рыночной экономики овладение методологическим инструментарием медико-социологических исследований необходимо для успешного развития медицины, здравоохранения, медицинской науки и образования. Эти аналитические возможности в первую очередь определяют актуальность социологии медицины как научной дисциплины, непосредственной целью которой является представление развернутых теоретико-эмпирических описаний проблем здоровья, медицины и здравоохранения и определение перспектив их развития, естественно, в сопоставлении с историческим опытом и аналогичными системами других стран.

Современный уровень отечественной социологии медицины определяется совершенствованием методологии, активным изучением и адаптацией научных разработок и рекомендаций лучших зарубежных школ и концепций. Принципиально важной вехой стало введение в 2000 г. в Номенклатуру специальностей научных работников соответствующего шифра и наименования дисциплины 14.00.52. — «Социология медицины». Во многих высших учебных заведениях страны специальность «Социология медицины» введена в программы обучения на гуманитарных факультетах.

Однако тормозом развития науки остается недостаток учебно-методических разработок по преподаванию дисциплины в высших медицинских и гуманитарных учебных заведениях.

Данный учебник — первый российский учебник по курсу «Социология медицины», написан в соответствии с авторской учебной программой по данному курсу, рассчитанной на подготовку организаторов и руководящих работников системы здравоохранения. При подготовке учебника использован практический опыт автора в общественном здравоохранении, опыт преподавания в Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, а также опыт работы главным редактором научно-практического журнала «Социология медицины». Большую роль в подготовке материалов сыграли руководства «Социология медицины» (М.: Медицина, 2002) и «Медико-социологический мониторинг» (М.: Медицина, 2003).

Учебник состоит из 4 разделов, каждый из которых представляет собой отдельное направление социологии медицины. Первый раздел содержит ключевые определения, теории, методологию и методы социологии как науки об обществе. Второй раздел — теоретико-методологический, в нем рассматриваются предмет и задачи социологии медицины; сущность медицины как социального института; методология социального маркетинга, медицинское страхование как механизм социальной защиты в области охраны здоровья, основные направления исследований в социологии медицины. Третий раздел посвящен социальным проблемам управленческих отношений и процессу принятия управленческих решений в организациях и учреждениях здравоохранения; работе с персоналом в медицинских организациях, что особенно важно для будущих менеджеров и организаторов здравоохранения. Прикладная часть социологии медицины — методология и методика исследований, основные этапы проведения и анализ результатов медико-социологических исследований — представлена в заключительном разделе учебника.

Некоторые темы, рассматриваемые в рамках научной дисциплины — социологии медицины, остались за пределами данного издания¹, что объясняется ограниченностью формата учебника. Учитывая незначительный российский опыт преподавания социологии медицины, автор не исключает, что заинтересованные слушатели захотят получить дополнительную информацию, для чего в конце каждого раздела помещена библиография основных и дополнительных научных публикаций, а для закрепления пройденного материала даны примерные темы рефератов, вопросы и задания для повторения.

¹ Авторская программа кандидатского экзамена по специальности «Социология медицины», утвержденная Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов, полностью отражающих научное направление, которым является социология медицины.

Структура и способ изложения материала предполагают также привлечь внимание тех, кто никогда профессионально не занимался социологией медицины, и тех кто, являясь профессионалом-социологом, не сталкивался с медицинской спецификой.

Автор надеется на отклики и конкретные предложения по изложению предмета, которые обязательно учтет при подготовке следующего издания.

*Академик РАМН,
доктор медицинских наук,
доктор социологических наук,
профессор А.В. Решетников*

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире признана важность социологического образования (потребность в котором в США, Великобритании, Германии и других странах сформировались еще в 50-е годы XX века) для медиков, работающих в сфере управления здравоохранением, в системе медицинского страхования, в коммерческом секторе здравоохранения. Этим и объясняется возрастание интереса к социологии медицины — науке, изучающей состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависимости от социально-экономических факторов, а также рассматривающей медицину как социальный институт и подсистему социальной системы в целом, исследующей социальные аспекты при изучении и лечении заболеваний.

Выделение социологии медицины в отдельную науку проходило одновременно с обособлением таких дисциплин, как социология семьи, социология науки, социология права, социология образования, социология религии, искусства и др.

Каждая из прикладных областей социологии ставит проблемы примерно в одном плане: социальный институт (наука, искусство, медицина, право и т. д.); профессия (юрист, ученый, врач и т. д.); «поставщик — потребитель» (юрист — клиент, врач — пациент и др.); распределение ролей (роль судьи — роль подсудимого; роль врача — роль больного и др.).

Социология медицины имеет несколько направлений: социология лечебных профессий; социология болезней и поведения больного; социология институтов медицины и организации здравоохранения; изучение социальных факторов этиологии болезни; изучение социальных факторов рождаемости и смертности; анализ социальных факторов, влияющих на потребность в медицинской помощи; социология взаимодействия врача и пациента; изучение социальных последствий развития систем здравоохранения (частной, государственной, отечественной и зарубежной).

Систематизированные знания по важнейшим разделам и направлениям социологии медицины дают представление о преемственности формирования медико-социологических концепций, теорий и моделей медицины и здравоохранения, закономерностях возникновения и исследования медико-социологических проблем, научном инструментарии, правилах оценки результатов научной и практической деятельности в медицинской сфере.

Помимо научной значимости социологии медицины, практическое применение социологических подходов к изучению проблем общественного здоровья и здравоохранения и методологии их исследования позволяет:

- проводить медико-социологические исследования по вопросам влияния образа жизни на распространенность заболеваний в различных социальных группах, влияния культуры (традиций) на представление о болезни, отношение к врачу, лечению, взаимодействия институтов, занятых лечением больных, и т. п.;
- анализировать социально-экономические факторы, влияющие на потребность населения в медицинских услугах;
- принимать управленческие решения в здравоохранении с использованием социологических подходов;
- разрабатывать оптимальные варианты структурных преобразований для достижения максимальной социально-экономической эффективности системы здравоохранения (для конкретного региона, ЛПУ, отделения);
- анализировать и решать социальные проблемы в сфере профессиональных отношений в системе здравоохранения;
- выбирать оптимальные технологии для совершенствования системы управления в здравоохранении;
- оценивать социально-экономическую значимость здравоохранения как отрасли социальной сферы в современных условиях;
- организовывать и проводить медико-социологические и маркетинговые исследования в системе охраны здоровья.

Вместе с другими общественными и естественными науками социология медицины позволяет разрабатывать планы социально-экономических мероприятий по дальнейшему улучшению состояния здоровья населения. Доступность, своевременность и достаточность медицинского обслуживания является социальным индикатором, характеризующим уровень жизни населения.

Состояние здоровья во многом зависит от уровня культуры личности, который, как известно, складывается из многих составляющих и выражается, кроме всего прочего, в соблюдении правильного режима труда и отдыха, привычках и увлечениях. Высокая распространенность вредных привычек, нерациональное питание, снижение двигательной активности, несоблюдение санитарно-гигиенических норм могут привести к возникновению серьезной хронической патологии, преждевременной смертности и инвалидизации населения в молодом возрасте, т. е. формируют группы риска.

Общественная жизнь, состояние экономики страны активно влияют на здоровье. В свою очередь, здоровье населения отражается на общественной жизни. Как известно, заболевания приводят к нетрудоспособности, падению производительности труда на предприятиях, снижению рождаемости, росту общей и младенческой смертности и инвалидности, что, в свою очередь, ведет к экономическим потерям для самого человека, его семьи, предприятия, на котором он работает, государства, гражданином которого он является.

При рассмотрении современного социально-экономического положения общества уделяют внимание снижению доходов населения, ухудшению состояния производства, жилищной сферы и т. п. Однако как бы сложно ни обстояло дело с решением этих вопросов, население обеспокоено главным образом состоянием своего здоровья.

Вопросы охраны здоровья населения, представления людей о том, какой должна быть медицина, находят все большее отражение в социологических исследованиях.

Выявление наиболее актуальных медико-социальных проблем и доведение их до широких кругов общественности и лиц, принимающих решения на всех уровнях управления в системе здравоохранения, способствуют долгосрочному планированию организации медицинской помощи и развития медико-производственного комплекса страны в целом.

Часть 1

ВВЕДЕНИЕ В СОЦИОЛОГИЮ

Основные понятия: адаптация, аномия, власть, влияние, группы, закон, иерархия, индивид, индивидуальность, институционализация, интеграция, конкуренция, кооперация, культура, личность, мотив, общество, общность, обычай, позитивизм, понимающая социология, потребность, ролевой конфликт, социализация, социальная группа, социальная зависимость, социальная категория, социальная мобильность, социальная роль, социальная структура, социальное взаимодействие, социальное движение, социальное действие, социальное неравенство, социальные законы, социальные контакты, социальные нормы, социальные практики, социальные санкции, социальные ценности, социальный агрегат, социальный институт, социальный контроль, социальный порядок, социальный процесс, социальный статус, социальный факт, социум, стратификация, структурный функционализм, субкультура, теории среднего уровня, формальная социология, фундаментальная социология, целеориентация, эмпирическая социология.

1.1. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СОЦИОЛОГИИ

1.1.1. Становление социологии как науки

Социология как наука окончательно сформировалась только в XIX веке. Отрывочные тексты, дошедшие до нас со времен Древнего Египта, Месопотамии, Шумера и Вавилона, свидетельствуют, что уже в то время проводились регулярные переписи населения.

Первым трудом по общей социологии по праву считается «Государство» Платона (427—347 г. до н. э.), в котором создана первая в мире теория стратификации, согласно которой общество делится на 3 класса: высший (мудрецы, управляющие государством), средний (воины) и низший (ремесленники и крестьяне). Платон анализировал разделение труда в масштабах всего общества и установил закон «гармоничного разнообразия» труда: разнообразию потребностей людей соответствует разнообразие способностей к труду и разнообразие видов труда. Разнообразие потреб-

ностей, по Платону, служит источником широкого многообразия форм социальной жизни.

Только в эпоху Возрождения социальная мысль получает развитие в трудах европейских ученых и мыслителей. Николо Макиавелли (1469—1527) и Томас Гоббс (1588—1679), Томас Мор и Мишель Монтень — вот далеко не полный перечень ученых, размышлявших об устройстве общества, роли отдельного человека и социальном взаимодействии. Конечно, на их взгляды воздействовало социально-экономическое и культурное развитие общества. Большинство из них воспринимали общество как общину, правила поведения в которой регулируются Богом и традициями, а роль каждого отдельного человека (за исключением избранных) невелика.

Позднее, в эпоху Просвещения, взгляды Гоббса получили развитие в представлениях об обществе Клода Адриана Гельвеция (1715—1771), Жан Жак Руссо (1712—1778), Франсуа Мари Аруэ де Вольтера (1694—1778), Дени Дидро (1713—1784), Шарля Луи Монтескье (1689—1755). Они задумываются о том, почему общество неоднородно, в чем заключаются источники социального неравенства, в чем заключается роль религии в социальных процессах, и закладывают теоретические основы гражданского общества.

Термин «социология» впервые использовал французский ученый Огюст Конт (1798—1857). Как и все ученые первой половины XIX века, Конт полагал, что законы развития общества схожи с физическими и биологическими законами. Признаками общества являются территория, население, совершенная власть и правительство. Конт выстроил иерархию наук, в которой более высшая ступень зависит от низшей, и с каждым новым этапом знание усложняется. Социологию Конт поставил в самый верх иерархии как наиболее общую и всеохватывающую науку. Конт считал, что (как и в физике) выводы не должны зависеть от позиции исследователя, и выделил 4 метода познания: наблюдение, эксперимент, сравнение, исторический метод. Такой подход он назвал *позитивным (позитивизм)*. Позитивизм в понимании Конта — это восприятие мира, основанное на строго научных фактах, которые можно проверить и доказать эмпирическим путем.

Общество представляет собой «коллективный организм», в основе развития которого лежит развитие всех членов коллектива, ориентированное на достижение консенсуса. Социальный прогресс проявляет себя как увеличение специализации функций. Индивиды — компоненты социального организма и части социальной ткани — неизменны, общество развивается через совершенствование (гармонизацию) связей между

индивидами. Конт выделил 3 стадии прогресса: теологическую, метафизическую и научную. Главную ценность социологии Конт видел в применении к обществу научных принципов реформизма. Механизмами социальных реформ Конт считал 3 силы и 3 класса: материальную (деловые люди и лидеры общества), интеллектуальную (ученые, социологи и священники) и моральную (женщины).

Продолжил и развил социологическую традицию Конта Герберт Спенсер (1820—1903), его считают основоположником социал-дарвинизма. Общество — сверхорганический агрегат, развивающийся по законам эволюции. Эволюция осуществляется в борьбе за существование между обществом и окружающей средой. Социальная политика призвана исходить из эмпирического изучения социально-культурного контекста явлений, ее значение в том, чтобы дать естественный ход процессу эволюции, освободив его от произвола отдельных индивидов и групп.

1.1.2. Классические социологические теории

Эмиль Дюркгейм (1858—1917) углубил и во многом переориентировал позитивистскую методологию Конта. Дюркгейм предлагал опираться на социальные факты и изучать их статистически. Под *социальными фактами* он понимал коллективные привычки, традиции, обычаи, правила поведения, обряды, которые существуют независимо от индивидов наподобие природных фактов.

На основе обширного фактического материала он доказал, что число самоубийств в разных социальных группах неодинаково, и высказал гипотезу о том, что, чем выше уровень интеграции (сплоченности, солидарности) социальной группы, тем ниже уровень самоубийств, т. е. объяснил один социальный факт при помощи другого, не прибегая к психологическим или физическим понятиям. По существу, Дюркгейм предложил новую методологию современной социологии.

Дюркгейм считал, что общество — это надиндивидуальное бытие, существование и закономерности которого не зависят от действий отдельных индивидов. Главным критерием социального развития он считал «социальную солидарность», а силой, созидающей социальное целое, — разделение труда. Солидарность покоится на коллективном сознании — традициях и верованиях, которые разделяют члены общества. Коллективное сознание отражает характер народа, но независимо от него. Объединяясь в группы, люди сразу начинают подчиняться правилам и нормам коллективного сознания.

Каждая социальная единица должна поддерживать существование общества как целого. Однако функционирование отдельных частей социального целого может быть нарушено, и тогда эти части явятся искаженной, плохо функционирующей формой социальной организации. Введенный Дюркгеймом в научный обиход термин «аномия» служит объяснению причин отклоняющегося поведения, дефектов социальных норм, позволяет подробно классифицировать типы такого поведения.

Учение об обществе Эмиля Дюркгейма легло в основу многих современных социологических теорий и прежде всего структурно-функционального анализа. Многочисленные последователи создали дюркгеймовскую социологическую школу, а современные социологи справедливо признают Дюркгейма классиком в области социологии.

Одной из основных заслуг К. Маркса (1818—1883) по праву считается научный анализ современного ему капиталистического общества. В качестве инструмента такого анализа Маркс использовал массовую структуру общества: все индивиды принадлежат к определенным социальным классам, разделение на которые происходит по признаку владения средствами производства и размера дивиденда, получаемого с этого владения.

Маркс рассматривал структуру общества в динамике, предполагая, что классы — это исторически изменяющиеся компоненты социальной структуры. Все изменения в обществе, разделенном на классы, основаны на законах диалектики, на постоянной борьбе между классами угнетенных и угнетателей. Маркс считается творцом концепции социального конфликта, он всесторонне обосновал механизм его возникновения и развития. Он обосновал возникновение социального неравенства и проанализировал социальные конфликты как явление, необходимое для общественного развития и прогресса.

Эти социологические концепции в той или иной мере утверждают примат общества и его структур над человеком. Человек рассматривается как универсальное существо, а его природные способности и мотивы оказываются вне внимания социолога.

Противоположное направление в социологии, исходящей из природных свойств и мотивов людей, носит название «*понимающей социологии*». Родоначальником этого направления можно считать Фердинанда Тённиса (1855—1936), который рассматривает социологию как науку о человеке, его физической, психической и социально-природной сущности. Социальная сущность человека, по Тённису, заключается в его мыслительных способностях, определяющих существование людей. Челове-

ческие мысли находят выражение в формах человеческого бытия: обществе, религии, государстве. Общество является выражением связи людей, к которым относятся симпатии и антипатии, доверие и недоверие, свобода и обязанности¹.

Георг Зиммель (1858—1918), основатель формальной социологии и представитель «философии жизни», считал, что над миром конкретного бытия возвышается мир идеальных ценностей — чистая форма, фиксирующая устойчивые, универсальные черты социальных явлений. Чистая форма — это отношения индивидов, изолированные от конкретных мотивов и других психологических актов. В центре внимания социологической концепции Зиммеля находятся «человеческие взаимодействия», опосредованные формами обобществления (культурой). Проявлениями человеческого взаимодействия он считал подчинение и господство, специализацию и дифференциацию функций в процессе деятельности, явления конфликта и соперничества, образование партий и т. д. Формами взаимодействия являются ассоциация и диссоциация².

Одним из самых выдающихся представителей немецкой школы является Макс Вебер (1864—1920). Он полагал, что объектом исследования может быть только индивид, ведь только он обладает мотивацией,

¹ Эти социальные связи Теннис трактует как общественные сущности, определяющие общественное поведение и сущности индивидов. Связи порабощают человека, если он не осознает их, осознание помогает представить зависимость как естественную и управлять ею, освобождаясь от порабощения. Результатом осознания является появление общественной воли, составляющей основу общества и общины. Воля проявляет себя в двух формах — простой (сущностной или эмоциональной) и рациональной — осознанной. Высшим выражением эмоциональной воли является творчество, рациональной — производство. Теннис разделяет понятие общества, где господствует рациональная воля, и общины, где господствует естественная, эмоциональная воля. Ассоциации, где перемешаны общество и общины, он называет общественными системами и различает социальные связи — общины (общности по духу), коллективы (симбиоз духа и выгоды) и организации (общности на основе выгоды). В ходе истории общинная социальность все больше вытесняется общественной социальностью. Отсюда открывается путь для анализа нравов, права, семьи, хозяйствования, деревенской и городской жизни, религии, государства, политики и т. д.

² Ассоциация индивидов предполагает их права и обязанности, поэтому общество Зиммель рассматривал как систему отношений, способную обуславливать обязанности индивидов. Процессам ассоциации противостоят процессы диссоциации, выливающиеся в конфликт. Высшей формой конфликта является конфликт между творчеством и культурой. Сама жизнь как неоформленное начало противостоит культуре, воплотившей принцип формы вообще. Отсюда берет начало понятие «формальной социологии», основными понятиями которой выступают «содержание» (исторически обусловленные цели, мотивы, побуждения человеческих взаимодействий) и «форма» (универсальный способ воплощения и реализации исторически изменчивых содержаний).

сознанием и рациональным поведением. Одним из центральных пунктов теории М. Вебера является выделение им элементарной частицы поведения индивида в обществе — социального действия, которое является причиной и следствием системы сложных взаимоотношений между людьми.

Осмысленное поведение, в результате которого достигаются индивидуальные цели, приводит к тому, что человек действует как социальное существо, в ассоциациях с другими, достигая таким путем значительного прогресса во взаимодействии с окружающей средой.

Весьма важным аспектом творчества Вебера можно считать изучение им базовых отношений в социальных ассоциациях. Это прежде всего отношения власти. Вебер детально анализировал отношения власти, а также природу и структуру организаций, где эти отношения проявляются наиболее ярко. Идеальным механизмом воплощения и поддержания отношений власти в организации он считал бюрократию — искусственно созданный аппарат управления организацией, предельно рациональный, контролирующий и координирующий деятельность всех ее работников.

Социология Вебера оказала фундаментальное влияние на западную социологию XX века. Заслуга Вебера состоит в том, что он научил нас видеть за экономическими событиями более фундаментальные, невидимые глазу и не просчитываемые в денежном эквиваленте движущие силы, лежащие в типе мышления и образе жизни людей.

1.1.3. Становление социологии в России

В 1920-х — начале 30-х годов советские ученые широко исследовали различные стороны общественной жизни — изменение под влиянием революции условий труда и быта (А. И. Тодорский, Е. О. Кабо, В. Зайцев и др.); бюджет и структуру свободного времени трудящихся (С.Г. Струмилин, Л.Е. Минц, В. Михеев, Я.В. Видревич и др.); брак и семью (С.Я. Вольфсон); проблемы социальной психологии (В.М. Бехтерев, Л.С. Выготский); социальной медицины (Н.А. Семашко, Б.Я. Смулевич) и т. д.

В условиях командно-бюрократической системы, сложившейся в 30-х годах прошлого века, социология была практически ликвидирована. Данные социальной статистики не публиковались, анкетирование прекратилось, а теоретическая социология была объявлена ненужной, так как её функции якобы выполняет исторический материализм.

Социология постепенно начала возрождаться лишь в конце 50-х годов XX века³. Социологические исследования того периода, тесно связанные с планами экономических и социальных реформ, были посвящены проблемам трудовой мотивации, профессиональной ориентации молодёжи, миграции сельского населения, этносоциальным процессам, противоречиям урбанизации, роли человеческого фактора, личности в социальном развитии и т. д. Однако отсутствие (или недоступность) социальной статистики и запрет на обсуждение острых вопросов привели в середине 1970-х — начале 80-х годов к обеднению социологической мысли, увеличению разрыва между эмпирическими исследованиями и социологической теорией, несмотря на рост технического и методического профессионализма.

1.1.4. Теоретическая социология XX века

К одной из ведущих теоретических доктрин современного периода социологии относят структурный функционализм. Его основоположниками считают Т. Парсонса, Р. Мертсона, У. Мура, Дж. Хоуманса, Н. Смелзера.

Главный тезис Толкотта Парсонса (1902—1979) заключается в том, что общество представляет собой сложную систему социальных элементов (групп, институтов, индивидов), находящихся в состоянии активного взаимодействия, направляемого системами ценностей. Парсонс полагал, что источники социального самодвижения необходимо искать во внеэкономических факторах, господствующим среди которых является мораль. Именно система моральных ценностей, разделяемых людьми, позволяет интегрироваться им в общество, которое на следующем этапе оказывается представленным во взаимодействии социальных институтов. При этом производственная деятельность выступает лишь как частный аспект этого взаимодействия, а системообразующим элементом общества является культура.

Отношения структурных единиц строятся на основе функций, обеспечивающих выживание общества как целого. Парсонс выделил

³ Создается Советская социологическая ассоциация (1958), в Институте философии АН СССР (1960) было создано первое в стране социологическое подразделение — сектор исследований новых форм труда и быта, позже преобразованный в Отдел конкретных социологических исследований. Затем возникли лаборатория социологических исследований Ленинградского университета, исследовательские центры в Новосибирске, Свердловске, Тарту и др. В 1966 г. при Президиуме АН СССР был создан Научный совет по проблемам конкретных социальных исследований, а в 1968 г. организован Институт конкретных социальных исследований (с 1974 г. Институт социологических исследований АН СССР).

4 вида таких функций: *адаптация* (проблема рациональной организации и распределения ресурсов), *целесоориентация* (проблема определения целей), *интеграция* (проблема сохранения внутреннего единства системы — обязательных норм, правил и т. д.), *поддержание образца* (проблема мотивации и согласования личных мотивов с целями и ценностями общества). Каждой функции соответствуют своя подсистема (экономика, политика, институты социального контроля, социализация) и социальные институты (производство, государство, семья, образование, религия).

Другим важнейшим направлением стало развитие конфликтологической теории, в которой конфликт представлен как универсальный механизм социального прогресса и регулирования. Представителями этого направления являются Р. Дарендорф, Л. Козер, К. Болдинг.

Льюис Козер (1913—2003) определил *конфликт* как явление, которое обнаруживает себя в борьбе за власть, перераспределение доходов и переоценку ценностей. Открытое общество реализует себя через баланс конфликтов, устанавливающий правила социального взаимодействия. Каждый раз конфликт не исчезает, а лишь меняет форму и масштаб действия. Конфликт сплачивает социальные группы, способствуя социальной интеграции и развитию группового самосознания. Основными путями разрешения конфликтов являются консенсус и конвергенция институтов, групп и ценностей в обществе.

Третье направление в развитии современной социологической теории — леворадикальная социология. Ее основой является идея об исчерпании движущих сил развития индустриального общества и необходимости радикальных перемен. Леворадикальная социология представлена Франкфуртской школой, одним из лидеров которой является Г. Маркузе.

Герберт Маркузе (1898—1979) полагал, что в результате действий государства и стоящих за ним господствующих классов через средства массовой информации намеренно формируется одномерное видение мира: ориентация на абсолютную эффективность производства, ориентация на искусственное создание развращающих людей потребностей, представление о тождественности технологического и духовного развития общества. В результате пролетариат перестал быть революционным классом, интегрировавшись в привычную систему ценностей, а общество утратило возможности развития. Тотальное отрицание индустриального общества возможно путем «революции в сознании», составной частью которой является сексуальная революция.

1.2. СОЦИОЛОГИЯ КАК НАУКА ОБ ОБЩЕСТВЕ

1.2.1. Предмет и объект социологии.

Основные социологические категории

Под *объектом науки* или конкретного исследования обычно понимается объективно существующая часть окружающего нас мира. Объект существует независимо от исследователя, характера и объема его знаний. В качестве объекта могут выступать, например, материальные тела, живые организмы, человек и т. д.

Предмет науки, наоборот, существует только в голове исследователя и является частью его знаний. Образно говоря, предмет — это модель объекта или его части, удобная с точки зрения научного исследования.

В самом общем виде социология — это наука об обществе. Предмет социологии в этом случае — некая модель общества.

Чтобы отличать общество как целостное социальное образование от других социальных образований (общностей, групп, категорий, институтов), социологи формулируют определенные признаки общества или набор условий, при выполнении которых общность можно рассматривать как общество⁴.

Общества поддерживаются в силу обычаев, традиций, законов и т. д. Они различаются языком и культурой, уровнем стабильности и степенью социальной интеграции, политическим строем, уровнем благосостояния и многими другими характеристиками. Существуют общества простые и сложные, открытые и закрытые, стабильные и нестабильные, переходные и устойчивые и т. д. Устойчивым в социологии оста-

⁴ Один из наиболее исчерпывающий наборов таких признаков сформулировал американский социолог Э. Шилз (1968).

По Шилзу, социальное объединение является обществом тогда и только тогда, когда:

- оно не является частью какой-либо более крупной системы (общества);
- в нем заключаются браки между представителями данного объединения;
- оно пополняется преимущественно детьми тех людей, которые уже являются его признанными представителями;
- оно имеет территорию, которую считает собственной;
- у него есть собственное название и своя история;
- оно обладает собственной системой управления;
- оно существует дольше средней продолжительности жизни отдельного индивида;
- его объединяет общая система ценностей (обычаев, традиций, норм, законов, правил, нравов), которую называют культурой.

ется деление общества на традиционное (с аграрным укладом) и индустриальное⁵.

Каждый из индивидов, составляющих общество, занимает в нем определенную ячейку, позицию, т. е. имеет определенный статус. *Статус* — положение, позиция, ранг в любой иерархии, структуре, системе. Быть лидером в группе, например в компании друзей, означает иметь неформальный, или *личный статус*. Быть инженером, мужчиной, мужем, русским, православным, республиканцем, бизнесменом — значит иметь формальный, или *социальный статус*. Статусная характеристика определяет статическую структуру общества.

У каждого человека может быть множество статусов, и каждый из них предписывает индивиду определенные социальные роли. *Социальная роль* — совокупность норм, определяющих поведение действующих в социальной системе индивидов, в зависимости от их статуса или позиции, и само поведение, реализующее эти нормы. Учитель, например, обязан передавать знания ученикам, оценивать их успехи, следить за дисциплиной, т. е. выполнять различные роли. Если статус — структурная (статическая) характеристика, то роль динамична по своей природе и определяет поведение и взаимодействия индивидов.

Каждый человек, выполняя роли, характерные для его статусов, взаимодействует с другими людьми и группами людей. Для социологии важны не личные отношения людей, а нечто более фундаментальное — *социальные отношения*, т. е. отношения между группами людей и индивидами, которые занимают определенное положение в обществе, имеют соответствующий статус и социальные роли. Важно подчеркнуть, что социальные отношения — это регулярные, повторяющиеся неоднократные взаимодействия.

Социальные отношения между людьми могут быть более или менее тесными — они связывают людей. Такие связи многогранны, а участвующие

⁵ В 1970-е годы появляются концепции постиндустриального общества, активно разрабатываемые в американской (Д. Белл) и западноевропейской (А. Турен) социологии. Причины появления этих концепций — тенденции в экономике и культуре наиболее развитых стран:

- резкое возрастание роли знания и информации, появление и развитие «интеллектуальных технологий», позволяющих преобразовать быт и трудовую деятельность человека;
- смена доминантных секторов экономики — вместо индустриального сектора главным становится обслуживание, охватывающее сферы деятельности, напрямую не связанные с производством (торговля, финансы, медицина, транспорт, наука, образование, отдых и т.д.);
- изменение социальной структуры общества, увеличение доли тех слоев и групп, которые заняты интеллектуальным трудом;
- изменение социокультурных потребностей населения и его ценностных ориентаций.

в них люди образуют *социальные группы* — совокупность индивидов, между которыми существуют какие-либо прямые или косвенные социальные отношения. Дружеская компания, семья, отдел организации — примеры социальных групп.

У каждого человека есть потребности: физиологические, социальные, духовные. Важнейшие, или фундаментальные, потребности у всех одинаковы, а второстепенные различны. Фундаментальные потребности присущи всему населению, они характеризуют общество в целом, а их удовлетворение, таким образом, является насущной потребностью общества. Для того чтобы удовлетворять насущную потребность в обществе, предусмотрены специальные учреждения, называемые социальными институтами. Универсальный социальный институт, осуществляющий на определенной территории поддержание политического порядка и управление общественными процессами на основе использования легитимных форм принуждения, — это государство.

Социальные статусы, отношения, группы, институты образуют определенную *социальную структуру* — совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих социальных групп, социальных институтов и отношений между ними⁶.

Каждая роль, выполняемая участниками социальной системы, несет определенную функцию с точки зрения работы системы в целом. Такая функция называется социальной. Социальная система, социальные структуры, а также другие сложные социальные объекты находятся в постоянном движении, постоянно изменяются и развиваются, т. е. можно говорить о процессах изменения социальных объектов. *Социальный процесс* — последовательное изменение состояний (или элементов) социальной системы и ее подсистем, любого социального объекта.

Социальные процессы, например, могут характеризовать развитие личности (формирование ценностных ориентаций, установок или мотивации поведения); взаимодействие нескольких индивидов (например, общение); внутри — и межгрупповое взаимодействие (адаптация, трудовое сотрудничество, конфликты).

Таким образом, мы получили целостную картину общества, описанную при помощи социологических понятий, т. е. описали предмет со-

⁶ В силу того, что составляющие социальную структуру социальные феномены сами являются многогранными, вероятно, следует говорить не об одной, а о множестве социальных структур (Lenski G., Lenski J. 1970), которые пронизывают социальную систему — сложноорганизованное упорядоченное целое, включающее отдельных индивидов и социальные общности, объединенные разнообразными связями и взаимоотношениями.

циологии через ее основополагающие понятия. Осталось дать определение социологии.

Социология — наука о закономерностях становления, функционирования и развития общества. Социология изучает социальные факты, процессы, отношения, деятельность индивидов, социальных групп, их роль, статус и социальное поведение, институциональные формы их организации.

1.2.2. Структура и функции социологии

Социология объединяет в себе абстрактные и эмпирические знания об обществе в целом. Однако общество выступает объектом не только социологии, но и целого ряда социальных наук: психологии, истории, экономики, культурологии, политологии и т. д.

Так, социологию и историю объединяет опора на факты общественной жизни. Это науки, взаимно обогащающие друг друга, совместными усилиями дающие более полную, глубокую и всестороннюю картину социальной реальности.

Вместе с тем имеются существенные различия. Социология — это наука о законах, а история — наука о событиях. Если метод социологии есть метод обобщающий, отыскивающий главные, генеральные тенденции, то метод истории — это метод, преимущественно индивидуализирующий, рассматривающий социальное явление с точки зрения его неповторимых, индивидуальных характеристик.

В отличие от психологии социология изучает не индивидуально-психические особенности человека, а социокультурные причины и последствия его поступков. Иными словами, социология объясняет явление не особенностями психики конкретного человека, а спецификой его статуса, места в социальных взаимодействиях, нормами, которые утвердились в данной среде, данном обществе⁷. Для социолога человек интересен в первую очередь с точки зрения его рациональной составляющей, т. е. социология не изучает бессознательное, иррациональное.

Как и многие другие науки, социология развивалась в двух основных направлениях: фундаментальном и прикладном. *Фундаментальная социология объединяет различные направления, изучающие фундаментальные пробле-*

⁷ В истории науки были (и есть) попытки свести социологию к психологии, объяснить социальные явления особенностями человеческой психики (бихевиоризм, этнометодология и др.). Однако «объяснение социальной жизни нужно искать в природе самого общества» (Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. 1991. С. 492), а не в природе индивида.

мы социального познания, формулирующие универсальные закономерности поведения индивида и социальной организации. Предполагается, что социология не зависит от политических и иных пристрастий и оценок. На фундаментальном уровне осуществляются взаимосвязи социологии с другими науками и областями научного знания: философией, историей, культурологией, политологией, антропологией, психологией, экономикой и др.

Социология как наука должна основываться на точных, конкретных данных об отдельных социальных фактах, составляющих процесс изменения и структуру общества. Эти данные собираются исследователями в рамках *эмпирической социологии* — комплекса социологических исследований, ориентированных на сбор и анализ социальных данных с использованием методов, методик, техники социологического исследования (опросов, наблюдений, изучения документов, экспериментов). При эмпирических исследованиях проводится не только сбор информации, но и ее первичное обобщение, формулирование гипотез с использованием индукции.

Эмпирические исследования должны быть неразрывно связаны с теоретическими, так как теоретизирование, не подкрепленное знанием конкретных фактов социальной действительности, становится бессодержательным, нежизненным. В то же время и эмпирические исследования, не связанные общетеоретическими выводами, не могут объяснить природу большинства социальных явлений. Объективное научное исследование общества в целях получения теоретического знания является задачей социологии теоретической.

Промежуточное положение между фундаментальными теориями и эмпирическим обобщением первичной социологической информации занимают теории среднего уровня⁸. Такие теории призваны обобщать и структурировать эмпирические данные в пределах отдельных областей социологического знания, таких как изучение семьи, девиантного поведения, конфликта и т. д.

Выделение теорий среднего уровня создает ряд неоспоримых удобств и преимуществ, главными из которых являются:

- *возможность создания прочной и удобной теоретической основы для исследований конкретных областей человеческой деятельности и отдельных*

⁸ Этот научный термин был впервые введен американским социологом Р. Мертном (1968). По Мертону, теории среднего уровня — это теории, находящиеся в промежуточном пространстве между частными, но тоже необходимыми рабочими гипотезами, во множестве возникающими в ходе повседневных исследований, и всеохватывающими систематическими попытками создать единую теорию, которая будет объяснять все наблюдаемые типы социального поведения, социальных организаций и социальных изменений.

составляющих социальных структур без использования громоздкого и излишне абстрактного понятийного аппарата фундаментальных теорий;

- *осуществление тесного взаимодействия с реальной жизнью, которая всегда находится в поле зрения теорий среднего уровня, отражающих практические проблемы жизни общества;*
- *демонстрирование возможностей и убедительности социологических исследований в глазах менеджеров, ученых и специалистов несоциологических областей знания.*

Все теории среднего уровня можно условно разделить на теории социальных институтов (изучающие сложные социальные зависимости и отношения), теории социальных общностей (рассматривающие структурные единицы общества от малой группы до социального класса) и теории специализированных социальных процессов (изучающие социальные изменения и процессы). В каждой из выделенных групп содержится множество теорий среднего уровня, которое увеличивается по мере углубления и развития изучения общества, по мере развития социологии как науки.

В исследовании общественных явлений, в управлении социальными процессами большое значение имеют *социальные законы* — законы, определяющие возникновение, функционирование и развитие социальных систем, выражающие существенные и повторяющиеся необходимые отношения и взаимосвязи между социальными субъектами, явлениями и процессами.

Социальные законы действуют во всех сферах человеческой деятельности и могут различаться по масштабам своего распространения. Как и все научные законы, социальные законы обладают следующими основными признаками: закон может вступать в действие только при наличии определенных, строго оговоренных условий, при соблюдении которых он действует всегда и везде без каких-либо исключений; в противном случае закон не может быть реализован полностью, а лишь частично или приблизительно.

Примером социального закона является утверждение: «если в одном учреждении человеку платят за работу больше, чем в другом, то человек поступит работать в первое из них при том условии, что для него работа в этих учреждениях не различается ничем, кроме зарплаты». Может случиться, что работник выберет учреждение, в котором меньше платят, но которое расположено ближе к дому или имеет лучшие условия труда. Это не опровергает приведенного выше утверждения, так как в данном случае явно не выполняются условия действия закона. Не может быть учреждений с абсолютно одинаковыми условиями работы, кроме зарплаты, но приблизиться к этому вполне возможно.

Основой социальных законов являются потребности индивидов, групп или институтов. Изучая социальные законы, необходимо прежде всего выявлять потребности индивидов, составляющих социальную группу, страту, социальный класс или общество в целом, и, отталкиваясь от этих потребностей, искать повторяемость в их поведении, определять условия, в которых наблюдается найденная повторяемость, и формулировать социальные законы, знание которых необходимо для успешного управления социальными процессами, происходящими в обществе.

1.3. ОБЩЕСТВО КАК СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СИСТЕМА

1.3.1. Социальная система и система культуры. Содержание культуры

Культура — достаточно сложное социальное образование⁹. В самом общем виде можно выделить две основные функции культуры.

Интегративная функция. Единые стандарты поведения, нормы, ценности, традиции делают возможным соорганизацию людей на огромных территориях, объединяют людей в единое общество, отделяя их от групп людей, руководствующихся иной системой норм, ценностей. Следовательно, культура отличает одно общество от другого.

Регулятивная функция. С помощью норм, ценностей, обычаев культура упорядочивает, направляет, ориентирует действия людей, благодаря культуре люди оценивают пользу или вред, добро или зло и т. д. Как регулирующая система культура информирует каждого отдельного индивида о том, что приветствуется в обществе, а что — нет, а также о системе требований и ожиданий, предъявляемых к индивиду; побуждает человека к поведению, одобряемому в данной общности; налагает ограничения и контролирует поведение людей.

Все социальное наследие можно рассматривать как синтез материальной и нематериальной культур. Нематериальная культура включает в се-

⁹ Среди множества существующих на сегодняшний день определений культуры, одно из наиболее удачных дал, по-видимому, английский этнограф Э. Тайлор в 1871 г.: «Культура... это некоторое сложное целое, которое включает в себя знания, верования, искусство, мораль, законы, обычаи и другие способности и привычки, приобретаемые и достигаемые человеком как членом общества». Дополнив это материализованными знаниями, верованиями и умениями, окружающими нас в виде зданий, произведений искусства, книг, предметов культа и повседневного обихода, получим, что культура — это все, что производится, социально усваивается и разделяется членами общества.

бя слова, используемые людьми, идеи, привычки, обычаи и верования, которые люди создают, а затем поддерживают. Материальная культура состоит из произведенных человеком предметов: инструментов, мебели, автомобилей, зданий, ферм и других физических сущностей, которые постоянно изменяются и используются людьми.

Каждое общество имеет некоторую совокупность культурных образцов, которые принимаются и разделяются всеми членами общества. Каждая из групп людей, стоящих на разных экономических ступенях в процессе распределения общественного продукта, обычно развивает способы поведения, отличающие данную группу от всего остального общества, а также свою субкультуру.

Молодежь, например, имеет свой специфический стиль поведения, броско одевается и общается на языке, который взрослые не всегда могут понять, — таким образом создается молодежная субкультура.

Каждый социальный институт стремится создать и внедрить поведенческие образцы, которые отличаются от подобных образцов других институтов, т. е. сформировать элементы собственной субкультуры.

Образцы, стандарты деятельности, правила поведения (выполнение которых ожидается от члена какой-либо группы или общества и поддерживается с помощью санкций) формируют социальные нормы, которые, в свою очередь, обеспечивают упорядоченность, регулярность социального взаимодействия.

Некоторые нормы перестают соответствовать потребностям членов общества, становятся неудобными или бесполезными. Преобразование одних норм происходит легко (правила этикета), других — намного сложнее (законы). Нормы не изменяются хаотично. Ориентиром и оценочным критерием служат *социальные ценности*, т. е. нравственные и эстетические императивы (требования), выработанные человеческой культурой и являющиеся продуктами общественного сознания. Таким образом, культуру можно рассматривать как совокупность ценностей и соответствующих им норм, т. е. как ценностно-нормативное образование¹⁰.

¹⁰ Изучение структуры культуры началось с 1949 г., когда американский исследователь Э. Хобель предложил выделить для изучения самую малую единицу культуры, которая получила название культурного элемента. По определению Хобеля, культурным элементом называется «считающаяся более неделимой единица поведенческого образца или материального продукта» (Hobell E. Man in the Primitive World. N. Y., 1949. P. 499). Элементами материальной культуры могут быть, например, гвоздь, карандаш, отвертка или носовой платок. Элементом нематериальной культуры может явиться пожатие руки или приподнятие шляпы при встрече, езда по правой стороне дороги, поцелуй как форма приветствия и др.

Рассмотрим более подробно типы социальных норм в порядке повышения их общественной значимости.

Обычай — это правило социального поведения, передающееся от поколения к поколению, воспроизводящееся в определенном обществе или социальной группе, укоренившееся, вошедшее в привычку, быт и сознание их членов. Обычай служит средством приобщения индивидов к социальному и культурному опыту, регламентирует поведение индивидов, поддерживает внутригрупповую сплоченность.

Пожимание правой руки при приветствии, еда вилкой, езда по правой стороне улицы, кофе или чай на завтрак — все это обычаи.

Нравственные нормы. Образцы поведения (рассматриваемые в контексте определенных общественных способов существования индивидов), существенные для благополучия группы или общества, нарушение которых крайне нежелательно, называют нравственными нормами, или нравами.

Таким образом, *нравственные социальные нормы* — это нравственные императивы, требования определенного поведения, основанные на принятых в обществе представлениях о добре и зле, о должном либо непозволительном.

Например, каннибализм, т. е. поедание человеческого мяса, вызывает у нас немедленную отрицательную психологическую реакцию. Нравственная норма делает каннибализм эмоционально невозможным.

Институциональные нормы. Определенные взаимосвязанные системы обычаев и нравственных норм могут служить для регулирования процессов удовлетворения постоянно возникающих наиболее значимых потребностей. Совокупность обычаев и норм, касающихся таких важных моментов в деятельности общества, воплощается в его социальных институтах, а сами такие нормы становятся институциональными.

Речь идет, например, о формировании семьи и ее функционировании в обществе, управлении государством, обучении школьников и студентов и др.

Институциональные нормы в отличие от нравственных норм и обычаев сознательно тщательно формулируются и вырабатывается формальный или неформальный кодекс следования им.

Закон — это усиленные и формализованные нравственные нормы, предназначенные для неукоснительного выполнения. Выполнение норм, входящих в законы, обеспечивается специально созданными для этой цели институтами (например, милицией или судом).

Передача культурных образцов была бы сильно затруднена, если бы в человеческом обществе не существовало развитых инструментов коммуникации. Основным таким инструментом является *язык* — это систе-

ма знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом выражения самосознания личности, средством передачи сведений от поколения к поколению и хранения информации. Язык связан с основами культуры и со всеми без исключения человеческими отношениями, с его помощью происходят социализация личности и ее адаптация к окружающей среде.

1.3.2. Теории развития и распространения культур

Теория эволюционного развития культуры. Изменение культурных образцов происходит от простого к сложному, от однородности к неоднородности. Преобразование культурных комплексов в социальных институтах приводит к тому, что со временем изменяется их культурное содержание, признаки и функции, что приводит к изменениям в социальной структуре общества.

Диалектический метод и теория конфликтов. Основной теоретический постулат диалектического подхода¹¹: все культурные образцы, произведенные людьми, представляют собой конечные явления. Уже при своем возникновении каждая из культурных норм и ценностей несет в себе зерна своей гибели. Однако до того как культурная норма или ценность прекратит свое существование, ее развитие должно пройти несколько стадий.

Первая стадия — стадия роста заключается в изменении значимости данного культурного образца, его распространенности в какой-либо группе или обществе. Сущность *второй стадии* — в достижении культурным образцом определенного предела, или границы, после чего он вступает в конфликт с внешней средой и со своим внутренним содержанием. *Третья стадия* — прекращение существования культурной нормы или ценности. Это не гибель, а скорее перерождение.

В ходе конфликта под воздействием противоречий культурный образец переходит в новое качественное состояние. При этом старое содержание не уничтожается полностью, а становится основой для своей противоположности — нового культурного образца. Несмотря на то что содержание нового образца будет существенно отличаться от содержания его предшественника, и новый образец станет играть принципиально иную роль в жизни общества, он неизбежно будет включать в себя элементы старого, отжившего образца.

¹¹ Основательный философский фундамент диалектического метода был заложен выдающимися философами И. Кантом и Г. Гегелем, а также их многочисленными последователями. В области социологии культуры наиболее известными разработчиками этого подхода были К. Маркс, Г. Маркузе и другие представители Франкфуртской школы социологии.

1.4. ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО

1.4.1. Человек, индивид, индивидуальность, личность

В реальной жизни на формирование *личности* как субъекта отношений и сознательной деятельности, в процессе которой он создает, воспроизводит и изменяет социальную реальность влияют как биологические, так и социальные факторы.

Наряду с понятием «личность» используют понятия «человек», «индивид» и «индивидуальность», все они взаимосвязаны. Наиболее общее, интегративное понятие — *человек*, высшая ступень развития живых организмов на Земле, субъект общественно-исторической деятельности и культуры. Человек является существом природным и общественным. Социология чаще оперирует понятием «индивид». *Индивид* — особь, отдельно существующий организм или отдельно взятый человек как представитель человеческого рода, носитель социальных и психических черт. Его характеристиками являются пол, возраст, раса, статус, роль.

В обществе нет иной реальности, кроме реальности взаимодействия людей на основе культурных символов, ожиданий. Однако не все в человеке значимо для его партнеров по взаимодействию, т. е. *социально значимо*. Прежде всего значимы качества, которые обеспечивают эффективное социальное взаимодействие: образование, квалификация, моральные качества и т. д. В связи с этим в центре внимания социальной науки стоит *личность*, т. е. отдельный человек как относительно устойчивая система социально значимых и уникальных индивидуальных черт, сформировавшийся в процессе социализации как продукт индивидуального опыта и социального взаимодействия. В понятии личности на первый план выдвигается система социально значимых качеств человека. В связях человека с обществом формируется и проявляется его социальная сущность.

На формирование личности влияют биологическая наследственность, физическое окружение, культура, групповой опыт, уникальный индивидуальный опыт.

Для отражения уникальности конкретных личностей социологи пользуются понятием индивидуальность. *Индивидуальность* — совокупность черт характера и психического склада, определяющих своеобразие человека в его отличии от других.

1.4.2. Социализация

Процесс становления личности, усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной группе — *социализация* играет огромную роль в жизни как общества, так и личности. Результат социализации индивида проявляется в его личностных особенностях, осознаваемых им и обществом как социально ценные качества — качества ума, характера, манеры и стиля поведения, воспитанности и образованности, социальной адаптированности.

Выделяют начальную, охватывающую период детства и юности и продолженную социализацию. Процесс начальной социализации относительно завершается при достижении личностью социальной зрелости, т. е. интегрального социального статуса и предполагает умение распоряжаться деньгами независимо от других, способность обеспечивать себя средствами к существованию, проживание отдельно от родителей, самостоятельность в выборе образа жизни.

Различают социализацию первичную (направленную на освоение межличностных ролей и отношений) и вторичную (направленную на освоение социальных ролей и отношений).

Процесс социализации личности протекает в основном под влиянием группового опыта. При этом личность формирует свое «Я» — образ на основе восприятия того, как о ней думают, как ее оценивают другие. Для того чтобы такое восприятие было успешным, личность принимает на себя роли других и глазами этих других смотрит на свое поведение и свой внутренний мир. Формируя свое «Я» — образ, личность социализируется¹².

В ходе социализации взрослых нередко происходят уточнение, пересмотр и даже отказ от тех установок, представлений, которые были сформированы в предыдущие годы. В этом случае говорят о ресоциализации, т. е. вторичной социализации, происходящей на протяжении всей жизни индивида в связи с изменениями его установок, целей, норм и ценностей жизни.

¹² Социализация взрослых в какой-то мере даже более драматична, чем социализация в детские и юношеские годы, хотя она чаще всего внешне незаметна. Считается, что взрослый человек испытывает ряд серьезных кризисов: так называемый кризис сорокалетних, когда человеку кажется, что жизнь теряет прежний смысл, а те ожидания, притязания, которые были у него в молодости, обнаруживают свою нереалистичность и многие казавшиеся незыблемыми нравственные понятия, сформированные в молодые годы, приходится пересматривать; кризис пятидесятилетних, когда человек ощущает существенное противоречие между внезапно (для него самого) снижающимися физическими возможностями и возрастающими социальными, профессиональными способностями; кризис, связанный с выходом на пенсию, и др.

1.4.3. Социальные статусы и роли

Социальный статус обычно определяется как положение (позиция) индивида или группы в соответствии с социальными признаками (экономическое положение, профессия, квалификация, образование и т. п.), природными признаками (пол, возраст и т. д.), а также престижем и местом в структуре власти.

Например, человек состоит членом семьи как малой группы и имеет в ней статусы мужа и отца, работает на предприятии и является там слесарем и коллегой, занимается футболом и является нападающим. Муж, отец, слесарь, коллега, нападающий — все это социальные статусы. Этот простой пример показывает, что у человека может быть множество статусов.

Статусы определяют степень включения индивида в различные группы, а также положение, которое он занимает в каждой из них, и формируют таким образом статическую структуру общества. Социальному статусу соответствуют определенные требования к поведению и ожидания. С каждым статусом может быть связано несколько таких наборов требований и ожиданий, а для обозначения этих наборов используют понятие социальной роли. *Социальная роль* — совокупность норм, определяющих поведение действующих в социальной системе индивидов в зависимости от их статуса или позиции, и само поведение, реализующее эти нормы.

Статус детей обычно подчинен взрослым, и от детей ожидается почти-тельность к родителям. Статус солдат отличен от статуса штатских; роль солдат связана с риском и выполнением присяги, чего нельзя сказать о других группах населения. Женщины имеют статус, отличный от статуса мужчин, поэтому от них ожидается иное поведение, чем от мужчин.

Формальные и неформальные статусы. Формальный статус — статус, занимаемый индивидом или группой в формальной организации, определяемый совокупностью официально предписанных прав и обязанностей. *Неформальный статус* — статус, занимаемый индивидом или группой в формальной организации, складывающийся на основе общественного признания (престижа, влияния, авторитета) и не совпадающий с предписанным (формальным) статусом. Первый, как правило, лучше закреплён, защищён законом (статус главного врача, губернатора области и др.). Человек, имеющий формальный статус, обладает точно оговоренными правами, привилегиями, преимуществами и обязанностями.

Предписанные и достигаемые статусы. Все социальные статусы можно подразделить на те, которые предписываются индивиду обществом

или группой независимо от его способностей и усилий, и те, которые личность достигает своими собственными усилиями.

Предписанные статусы и роли. Простейший путь достижения согласованного исполнения обязанностей — это разделение всех видов деятельности на множество предписанных ролей и обучение каждой личности с момента ее рождения заранее определенному набору ролей. После первого ролевого обучения, которое начинается в раннем детстве, предписанные роли должны назначаться в соответствии с некоторыми критериями, известными как «путь достижения успеха».

*Пол и возраст универсально используются в обществе как основа для ролевого предписания. Раса, национальность, классовая и религиозная принадлежность также используются во многих обществах в качестве основы для предписанных ролей*¹³.

Достижимые статусы и роли. Социальная позиция, которая закрепляется через индивидуальный выбор и конкуренцию, определяется как достижимый статус. Если каждая личность имеет некоторое количество предписанных статусов, которые назначаются ей в группе или обществе без учета ее индивидуальных способностей или предпочтений, то достижимые статусы закрепляются с учетом способностей данной личности, ее исполнительности и, возможно, в результате везения¹⁴.

В процессе достижения определенного статуса и исполнения соответствующей социальной роли может возникнуть *ролевое напряжение* — трудности при выполнении ролевых обязательств и несоответствия внутренних установок личности требованиям роли. Ролевое напряжение может повышаться в связи с неадекватной ролевой подготовкой, ролевыми конфликтами и т. п.

¹³ Уже с детства главная и большая часть процессов социализации личности состоит в обучении различным видам социальных действий как мужчин, так и женщин. Опыт показывает, что многолетнее раздельное обучение мальчиков и девочек приводит к тому, что в зрелости они имеют различные способности, чувства и предпочтения. В зрелом возрасте половые различия и роли четко определяются, а процесс ролевого обучения усложняется. Женщина, например, может одновременно выступать в ролях жены, матери, гражданки и т. д. Ее роль жены и матери включает одновременно множество различных ролей, каждая из которых неотделима от другой и вращается в нее.

¹⁴ Довольно удачно этот феномен описан М. Янгом: «... Быть мужчиной — предписываемый статус, зависящий от рождения, но быть мужем — достижимый статус, который не вытекает автоматически из факта рождения мужчины, а зависит от мужского поведения в будущем... Становление достижимого статуса осуществляется через собственный талант, выбор или активность каждого индивида» (Rabhi J., Horwitz M. The arousal of ingroup—outgroup bias by chance win or loss // J. Soc. Psychol. 1969. Vol. 13. P. 90).

Например, работающая жена находит, что требования ее основной работы могут прийти в конфликт с выполнением ею домашних обязанностей. Подобного рода конфликты относятся к ролевым конфликтам.

Примером конфликта, происходящего в пределах одной роли, может служить положение руководителя или общественного деятеля, публично провозглашающего одну точку зрения, а в узком кругу объявляющего себя сторонником противоположной, или индивида, который под давлением обстоятельств исполняет роль, не отвечающую ни его интересам, ни его внутренним установкам.

Существует несколько видов действий, с помощью которых может быть снижено ролевое напряжение и человеческое «Я» защищено от многих неприятных переживаний.

*Рационализация ролей*¹⁵. Рационализация скрывает реальность ролевого конфликта путем бессознательного поиска неприятных сторон желаемой, но недостижимой роли.

Разделение ролей снижает ролевое напряжение путем временного изъятия из жизни и выключения из сознания индивида одной из ролей с сохранением реагирования на систему ролевых требований, присущих данной роли. Процесс ролевого перерождения создает возможность снятия эмоциональной напряженности всякий раз, когда установки, присущие одной роли, сталкиваются с потребностями другой. Если индивид не защитил себя путем разделения ролей, эти противоречия становятся психологическими конфликтами.

Регулирование ролей — это формальная процедура, посредством которой индивид освобождается от личной ответственности за последствия выполнения им той или иной роли. Отличается от защитных механизмов рационализации и разделения ролей прежде всего тем, что является осознанным и преднамеренным.

1.5. СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

1.5.1. Социальное действие и социальное поведение

Впервые в социологию понятие «социальное действие» было введено и научно обосновано Максом Вебером. Он считал, что не всякие действия человека могут быть предметом исследования социологии, а только рацио-

¹⁵ Классической иллюстрацией этого считается басня про лису и виноград, когда лисица, не будучи в силах дотянуться до винограда, убеждала себя в том, что он невкусный.

нально обоснованные, когда индивид осознает смысл и цели своих поступков, не подчиняясь эмоциям и страстям. Кроме того, чтобы считаться социальным, действие должно быть ориентировано на поведение других людей.

М. Вебер выделял 4 типа социального действия¹⁶: целерациональное (инструментально-рациональное) поведение, ценностно-рациональное поведение, традиционное поведение, аффективное поведение. Он считал социальным действием целерациональное и ценностно-рациональное поведение, а традиционное и аффективное поведение исключал из предмета рассмотрения социологии.

В основе социального поведения и социальных действий отдельных индивидов лежат определенные мотивы и потребности. Каждая личность обладает набором мотивов относительно различных сторон окружающей его действительности. Эти мотивы представляют собой продукт прошлого опыта и существующих в настоящее время потребностей. *Мотив* трактуется как побуждение к деятельности, связанное с удовлетворением потребности. Мотивы связаны между собой и с потребностями и составляют в совокупности *потребностно-мотивационную структуру* личности. В основном мотивы являются потенциальными, т. е. до определенного времени не проявляются в человеческом поведении.

1.5.2. Социальное взаимодействие и социальные отношения

Обстоятельства сталкивают каждого человека со многими индивидами. В соответствии со своими потребностями и интересами человек отбирает в этом множестве тех, с которыми он затем вступает в сложные взаимодействия. Этот процесс представляет собой особый тип кратковременных связей, которые называются *социальными контактами*. Именно социальные контакты являются основой группообразующих процессов.

Пространственные контакты являются необходимым звеном формирования социальных взаимосвязей, от которого зависит выбор человеком его дальнейшего поведения. Социологи выделяют предполагаемые и визуальные пространственные контакты.

Контакты заинтересованности способствует возникновению более сложных взаимосвязей, они могут прерваться или продолжиться в зависимости от многих факторов, например, от силы и важности для личности актуализированного мотива и соответственно силы интереса;

¹⁶ Weber M. Economy and Society. Vol. 1. Berkeley, 1978. P. 24—25.

степени взаимности интересов; степени осознания своего интереса; окружающей обстановки.

Контакты обмена. Продолжая развивать и углублять социальные связи, индивиды начинают вступать в кратковременные соприкосновения, в ходе которых они обмениваются какими-либо ценностями (материальными предметами, информацией, образцами поведения и т. д.). В ходе подобных спорадических и кратковременных обменов внимание индивида концентрируется на самом предмете обмена, а не на другом индивиде, вступающем в обмен.

Ежедневно человек имеет множество контактов обмена: покупает билеты на транспорт, обменивается репликами с пассажирами в метро или автобусе, спрашивает, как найти какое-либо учреждение.

Под *социальным взаимодействием* понимается процесс, при котором индивиды и группы в ходе коммуникации своим поведением влияют на других индивидов и другие группы, вызывая их реакции. Каждое социальное действие вызывается предшествующим социальным действием и одновременно является причиной последующих действий, а совокупность таких действий образует процесс социального взаимодействия.

Социологи различают два типа взаимодействий: сотрудничество (кооперация) и соперничество (конкуренция). Социальные связи человека представляют собой множество взаимодействий, состоящих из действий и реакций. Постепенно, в ходе общения, выделяются устойчивые социальные связи, которые имеют определенную специфическую форму, характеризующуюся соответствующим поведением взаимодействующих индивидов. Это и есть *социальные отношения* — отношения между группами людей и индивидами, которые занимают определенное положение в обществе, имеют соответствующий статус и социальные роли.

В отличие от взаимодействий социальные отношения четко разделяются по смыслу и содержанию. Например, студент, попадающий в незнакомую группу, начинает взаимодействовать с другими студентами на лекциях, семинарах и вне учебного процесса. Постепенно, через какое-то время, повторяющиеся взаимодействия приводят к возникновению разных по содержанию социальных отношений, таких как любовь и ненависть, равнодушие, вражда, дружба, уважение, выгодный обмен, выполнение обязательств, презрение и т. д.

Основой, придающей социальным взаимодействиям определенную окраску и содержание как социальным отношениям, являются *ценности*. Существованием непреходящих ценностей определяется характер устойчивых социальных отношений людей.

Например, если во взаимодействиях основой является богатство как ценность, то возникают социальные отношения, которые в зависимости от условий обмена ценностями будут считаться отношениями благотворительности, кредита, экономического принуждения и т. д.

С одной стороны, человеческие ценности можно разделить на две группы: ценности благосостояния (благополучие, богатство, мастерство, просвещенность и т. д.) и прочие ценности (власть, уважение, моральные ценности, аффективность и т. д.). С другой стороны, социальные отношения образуются в результате повторяющихся взаимодействий, когда у одних индивидов или групп наблюдается потребность в приобретении ценностей или контроле над ними, а у других — имеются ресурсы желаемых ценностей. В связи с этим смысл и содержание социальных отношений определяются смыслом и содержанием перераспределяемых ценностей.

Среди бесконечного разнообразия социальных отношений выделяют отношения социальной зависимости и власти. *Социальная зависимость* — зависимость, возникающая между индивидами (группами, институтами) в результате их сознательных воздействий друг на друга как на членов общества. На практике часто встречается ситуация, когда личность или социальная группа при достижении одной цели зависима от другого индивида или социальной группы, а при достижении другой цели доминирует. Такие двойственные отношения называются взаимозависимыми.

Социальную зависимость делят по типам ее функционирования. Индивиды или группы, имеющие низкий статус, будут зависимы от индивидов или групп, имеющих более высокий статус, если их деятельность связана *отношениями иерархии*. Зависимость называется *латентной*, если отношения зависимости появляются в силу различий в обладании значимыми ценностями, когда официальный статус не имеет решающего значения.

Власть — способность и возможность для индивида или группы осуществлять свою волю, оказывать воздействие на других людей или группы независимо от их согласия или несогласия. Власть имеет огромное значение в деятельности человека.

Зависимость — неотъемлемое свойство властных отношений. Зависимость отличается от власти тем, что от нее можно уйти, ускользнуть, уклониться; в отношениях зависимости нет уступчивости, договоренности, согласия зависимой стороны на подчинение; зависимость может быть неосознанной, а отношения власти всегда осознанны. Власть — это зависимость в действии, зависимость, от которой нельзя скрыться. Когда

с помощью принуждения, потенциальной возможности насилия или добровольно, на основе авторитета, зависимая сторона соглашается на несамостоятельность своего поведения, в силу вступают отношения власти.

1.6. СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ

1.6.1. Сущность социальных институтов и процесс институционализации

История развития человеческих обществ показывает, что люди стремятся упорядочить, систематизировать определенные социальные отношения и взаимодействия. Прежде всего, это касается, отношений, вступающих в которые, члены социальной группы обеспечивают удовлетворение наиболее важных потребностей, необходимых для успешного функционирования группы как социальной единицы.

Например, потребность в воспроизводстве материальных благ заставляет людей закреплять и поддерживать производственные отношения; потребность воспитания и обучения подрастающего поколения заставляет закреплять и поддерживать семейные отношения.

Социальные отношения, направленные на удовлетворение насущных потребностей, закрепляются через создание жестко закрепленной системы ролей и статусов, предписывающих индивидам правила поведения, и установление системы санкций для того, чтобы добиться неукоснительного выполнения этих правил поведения. Такие системы ролей, статусов и санкций представляют собой *социальные институты* — наиболее сложные, важные и структурированные виды социальных связей.

В повседневной деятельности люди по-разному понимают термин «институт»¹⁷. Мы будем использовать следующее определение социального института.

Социальный институт — исторически сложившиеся формы организации и регулирования общественной жизни (например, семья, религия, об-

¹⁷ Среди социологов также нет полного единодушия в понимании этого термина. Например, Т. Веблен понимал под институтами «обычные способы реагирования на стимулы, создаваемые внешними изменениями» (Веблен Т. Теория праздного класса. М., 1984. С. 200—201.), а Р. Миллс рассматривал их как общественные формы определенной совокупности социальных ролей. Известный американский социолог П. Бергер называет институтом обособленный комплекс социальных действий, например, юридический закон, социальный класс, брак, организационно оформленную религию (Бергер П. Л. Приглашение в социологию: Гуманистическая перспектива. С. 84).

разование и т. д.), обеспечивающие выполнение жизненно важных для общества функций, включающие совокупность норм, ролей, предписаний, образцов поведения, специальных учреждений и систему контроля.

Любой социальный институт возникает в ответ на ту или иную социальную потребность, актуальную для общества. Институты формируются, функционируют и отмирают, как и многие другие общественные феномены. В жизни общества институты играют следующие основные роли: решение жизненно важных проблем, отражение и передача культуры, осуществление социального контроля, индукция социальных изменений и развития.

В ходе общественной практики люди находят некоторые приемлемые образцы, шаблоны поведения, которые через повторение и оценку постепенно превращают в стандартизированные обычаи и привычки. Спустя некоторое время эти шаблоны и образцы поведения поддерживаются общественным мнением, принимаются и узакониваются. Этот процесс называется *институционализацией* — образованием стабильных образцов социального взаимодействия, основанного на формализованных правилах, законах, обычаях и ритуалах. Институционализация делает возможным прогнозирование социального поведения в определенных социальных ролях (роль родителей, врача, священника и т. п.).

Процесс институционализации, т. е. образования социального института, состоит из нескольких последовательных этапов:

- возникновение потребности, удовлетворение которой требует совместных организованных действий;
- формирование общих целей;
- появление социальных норм и правил в ходе стихийного социального взаимодействия, осуществляемого методом проб и ошибок;
- появление процедур, связанных с нормами и правилами;
- принятие, практическое применение норм и правил;
- установление системы санкций для поддержания норм и правил, дифференцированность их применения в отдельных случаях;
- создание системы статусов и ролей, охватывающих всех без исключения членов института.

1.6.2. Типология социальных институтов

Все социальные институты обычно разделяют на главные (фундаментальные, основные) и неглавные (неосновные, частные). Неглавные социальные институты обычно являются частями главных, представляя

собой более мелкие образования¹⁸. Большинство социологов согласны с тем, что главных институтов в человеческом обществе всего 5. Их предназначение — удовлетворение важнейших жизненных потребностей общества в целом. Таких фундаментальных потребностей, важных для всех, всего 5 и им соответствуют главные институты общества:

- потребность в воспроизводстве рода (институт семьи);
- потребность в безопасности и социальном порядке (политические институты, государство);
- потребность в средствах существования (экономические институты, производство);
- потребность в получении знаний, в социализации подрастающего поколения, подготовке кадров (институты образования, включая науку и культуру);
- потребность в решении духовных проблем (институт религии).

Внутри главных институтов находятся неглавные, или неосновные институты, которые называют также *социальными практиками*, или обычаями.

1.6.3. Структура и функции социальных институтов

Некоторые социологи считают, что для социальных институтов с точки зрения внутренней структуры опорными элементами являются статусы и роли, другие уверены, что в первую очередь надо вести речь о системе норм и предписаний¹⁹.

По мнению С. С. Фролова, правильнее говорить не об элементах, входящих в структуру института, а об институциональных признаках, т. е. общих для всех институтов чертах и свойствах. Он выделяет 5 таких признаков: установки и образцы поведения (например, привязанность, лояльность, ответственность и уважение в семье, послушание, лояльность

¹⁸ Существует множество других критериев классификации институтов, например, институты классифицируются по времени возникновения, продолжительности существования (постоянно действующие и кратковременные институты), жесткости применяемых санкций, условиям существования, наличию или отсутствию формальных правил и процедур и т. д.

¹⁹ Например, Дж. Бернارد и Л. Томпсон (Bernard J., Thompson L. F. *Sociology // Nurses and Their Patients in a Modern Society*. Saint Louis, 1970. P. 131) выделяют следующие структурные элементы:

- цели и задачи, связанные с явными функциями института;
- образцы или правила поведения;
- символические черты;
- утилитарные черты;
- устные и письменные традиции.

и субординация в государстве); символические культурные признаки (обручальное кольцо, флаг, герб крест, иконы и др.); утилитарные культурные черты (дом для семьи, общественные здания для государства, магазины и фабрики для производства, учебные классы и библиотеки для образования, храмы для религии); устный и письменный кодексы (запреты, правовые гарантии, законы, правила); идеология (романтическая любовь в семье, демократизм в государстве, свобода торговли в экономике, академические свободы в образовании, православие или католицизм в религии).

К этому списку можно добавить еще несколько признаков, которые характеризуют не внутреннее содержание института, а его внешнюю форму, то, как его воспринимает человек: объективность, обязательность, принудительность, моральный авторитет и легитимность, историчность.

Если рассматривать деятельность любого социального института в самом общем виде, то его основной функцией является удовлетворение социальных потребностей, ради чего он и был создан и существует.

Функцией социального института называют пользу, которую он приносит обществу. Если же институт вместо пользы наносит обществу вред, то такое действие называют *дисфункцией*. Функции и дисфункции бывают *явными*, т. е. официально закрепленными и очевидными, и *латентными*, т. е. скрытыми от глаз, незаявленными.

Наряду с универсальными существуют и специфические функции, т. е. такие функции, которые присущи одним и не присущи другим институтам, например воспроизводство новых поколений (институт семьи), добывание средств к существованию (производство), наведение и поддержание порядка в обществе (государство), открытие и передача новых знаний (наука и образование), отправление ритуалов (религия).

Каждый институт выполняет в отношении своих участников явные функции, обеспечивающие совместную деятельность людей, стремящихся к удовлетворению потребностей:

- *функция закрепления и воспроизводства общественных отношений.* Каждый институт обладает системой правил и норм поведения, закрепляющих, стандартизирующих поведение своих членов и делающих это поведение предсказуемым. Тем самым институт обеспечивает устойчивость социальной структуры общества;
- *регулятивная функция.* Функционирование социальных институтов обеспечивает регулирование взаимоотношений между членами общества путем выработки шаблонов поведения;

- *интегративная функция.* Всякая интеграция в институте состоит из 3 основных элементов, или необходимых требований: консолидация или совмещение усилий; мобилизация, когда каждый член группы вкладывает свои ресурсы в достижение целей; конформность личных целей индивидов с целями других или целями группы;
- *транслирующая функция.* Общество не могло бы развиваться, если бы не было возможности передавать социальный опыт. В связи с этим в каждом институте предусмотрен механизм, позволяющий индивидам социализироваться к его ценностям, нормам и ролям;
- *коммуникативная функция.* Информация, произведенная в институте, должна распространяться как внутри института с целью управления и контроля за соблюдением норм, так и во взаимодействиях между институтами.

Явные функции институтов являются ожидаемыми и необходимыми. Они формируются и декларируются в кодексах и закреплены в системе статусов и ролей. Когда институт не справляется с выполнением своих явных функций, его непременно ждут дезорганизация и изменения: эти явные, необходимые функции могут быть присвоены другими институтами.

Нарастание дисфункций в деятельности социального института может вести к *институциональному кризису* — процессу падения авторитета данного института, снижения доверия к нему.

Причиной кризиса служит неспособность института эффективно исполнять свои главные функции, например образования — учить детей, медицины — лечить людей, семьи — укреплять брак, воспитывать детей. Институциональные нормы при этом существуют, они провозглашены, но обществом не соблюдаются. Следствием такого кризиса могут быть перераспределение функций, изменение социального института или даже упразднение института. Кризисы происходят постоянно, они представляют естественное состояние института.

1.6.4. Взаимосвязи между институтами

Среди всего многообразия взаимосвязей между институтами можно выделить следующие типы.

- *Институциональная конкуренция.* Проявляется в рамках одной и той же сферы общества между родственными институтами.
Например, институт телевидения отбирает аудиторию как минимум у трех институтов культуры — кино, театра и чтения.
- *Институциональная кооперация.* Потребность привести к гармонии систему ролей, предписанных индивидам, часто может быть

удовлетворена путем договоренности между отдельными институтами.

Например, школы ищут кооперацию с семьей, создаются педсоветы с участием родителей и родительские комитеты.

- *Влияние.* Важность и сила социальных институтов неодинаковы. Учитывая важность некоторых социальных институтов в общественной жизни, другие институты пытаются узурпировать контроль над их деятельностью.

Например, образование весьма значительно влияет на общество. Воздействовать на образование стремятся политические организации, производственные организации, церковь и т. д.

- *Конфликт интересов институтов.* Многие институциональные роли начинают конфликтовать из-за принадлежности исполняющей их личности к нескольким институтам.

В качестве примера можно привести хорошо известный конфликт между ориентациями на карьеру и семью.

- *Адаптация к изменениям в других институтах.* Изменения в одном институте, как правило, приводят к изменениям в других. После того как изменяются семейные обычаи, традиции и правила поведения, создается новая система социального обеспечения таких изменений с участием многих институтов.

Во всех основных институтах развиваются образцы поведения, которые способствуют поддержанию определенной степени независимости и препятствуют доминированию людей, объединенных в другие институты.

1.7. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ

Социальный контроль — это система процессов и механизмов, обеспечивающих поддержание социально приемлемых образцов поведения и функционирования социальной системы в целом.

Изучение социального контроля целесообразно начинать с рассмотрения социального порядка, внутри которого люди взаимодействуют друг с другом. *Социальный порядок* — это система, включающая в себя индивидов, взаимосвязи между ними, привычки, обычаи, действующие незаметно.

Основным механизмом поддержания социального порядка является социальный контроль, который по отношению к обществу выполняет:

- *охранительную функцию.* Социальным контролем предусматриваются определенные санкции, направленные на то, чтобы сохранить социальный порядок в неизменном виде;

- *стабилизирующую функцию*. Социальный контроль призван сглаживать последствия как положительных, так и отрицательных резких социальных изменений.

Социальный контроль состоит из двух элементов — социальных норм и санкций.

Социальные нормы — это образцы, стандарты деятельности, правила поведения, предписания, выполнение которых ожидается от члена какой-либо группы или общества и поддерживается с помощью санкций. Социальные нормы обеспечивают упорядоченность, регулярность социального взаимодействия. Социальные нормы регулируют общий ход социализации; интегрируют индивидов в группы, а группы — в общество; контролируют отклоняющееся поведение; служат образцами, эталонами поведения.

По размеру общности, на которую распространяются нормы, можно выделить нормы, которые возникают и существуют только в малых группах²⁰ и нормы, которые возникают и существуют в больших группах или в обществе в целом (обычаи, традиции, нравы, законы, этикет, манеры поведения).

С социальными нормами тесно связаны *социальные ценности* — нравственные и эстетические императивы (требования), выработанные человеческой культурой и являющиеся продуктами общественного сознания. Индивид интернализует (усваивает) ценности в процессе своей социализации. Ценности не подвергаются сомнению, они служат эталоном, идеалом для всех людей.

Меры воздействия социальной группы (общности, общества) на поведение индивида, отклоняющееся как в позитивном, так и в негативном смысле от социальных ожиданий, норм и ценностей, — это *социальные санкции*. По способу воздействия на индивида различают: физические (физическое воздействие или принуждение), экономические (экономическое поощрение или наказание), символические социальные санкции. Санкции можно разделить на позитивные и негативные, формальные и неформальные.

- *Формальные позитивные санкции (Ф+)* — публичное одобрение со стороны официальных организаций.
- *Неформальные позитивные санкции (Н+)* — публичное одобрение, не исходящее от официальных организаций.

²⁰ Например, американский социолог Элтон Мэйо, в 1927—1932 гг. проводивший знаменитые хоторнские эксперименты, обнаружил нормы, которые предъявляли новичкам, принятым в производственную бригаду, опытные товарищи: не держись со «своими» официально; не говори начальству то, что может навредить членам группы; не общайся с начальством чаще, чем со «своими»; не изготовляй изделий больше, чем твои товарищи.

- *Формальные негативные санкции* (Ф—) — наказания, предусмотренные юридическими законами, правительственными указами, административными инструкциями, предписаниями, распоряжениями.
- *Неформальные негативные санкции* (Н—) — наказания, не предусмотренные официальными инстанциями.

Основными способами осуществления социального контроля являются социальный контроль через социализацию²¹; социальный контроль через групповое давление (в основном осуществляется для *моральных социальных норм*, т. е. нравственных императивов, требований определенного поведения, основанных на принятых в обществе представлениях о добре и зле, должном либо непозволительном); социальный контроль через принуждение (осуществляется за выполнением *правовых социальных норм*, т. е. установленных государством, законом, указом, актом и т. д.).

Множество конфликтующих норм в повседневной практике, неопределенность в связи с этим выбора линии поведения может привести к явлению, названному Э. Дюркгеймом аномией (состояние отсутствия норм). *Аномия*, по Дюркгейму, — это состояние, при котором личность не имеет твердого чувства принадлежности, никакой надежности и стабильности в выборе линии нормативного поведения. Это состояние общества, при котором наступают дезинтеграция и распад системы норм, которые гарантируют общественный порядок.

Поведение индивида, противоречащее принятым в данном обществе правовым, нравственным, социальным и другим нормам, называют *девиантным (отклоняющимся) поведением*. Отклонения во многом зависят от культурных целей и институциональных средств, которых придерживается и которые использует та или иная личность.

1.8. СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕСТВА

1.8.1. Социальные структуры

Каждый институт выполняет строго предписанную функцию. Функция и роль тесно связаны. Меняются люди, выполняющие ту или иную роль, но сама роль остается. Сохраняются и социальные статусы, т. е. можно

²¹ Как можно заставить женщин принять на себя тяжелую и неблагодарную домашнюю работу? Только социализировав их таким образом, чтобы они хотели иметь мужа, детей и домашнее хозяйство и чувствовали себя несчастными без них. Большинство социальных ролей люди играют неудачно не потому, что они не способны выполнить определенные ролевые требования, а потому, что они либо не принимают содержание ролей, либо не хотят их исполнять.

говорить о сохранении структуры ролей и статусов — *социальной структуры* — совокупности взаимосвязанных и взаимодействующих социальных групп, социальных институтов и отношений между ними.

В социологии понятие «структура» — одно из центральных. *Структура* — это наиболее устойчивые, важные связи, взаимоотношения, «взаиморасположения» внутренней организации системы. Система (общество) сохраняется в данном виде до тех пор, пока ее элементы соподчиняются, взаимоотносятся определенным образом. Когда говорят «структура социальной системы», то имеют в виду повторяющиеся, относительно неизменные связи (взаиморасположения), которые и организуют прочную целостность, т. е. социальную систему.

Итак, социальная структура — это связи (взаиморасположения), наиболее важные, устойчивые, неизменные, делающие эту систему относительно устойчивой, целостной; независимые от сознания отдельных людей, новых поколений; во многом предудказывающие индивидам их поведение.

1.8.2. Принципы и модели стратификации

В каждом обществе существует неравенство доступа к социальным благам. Расположенные друг над другом группы (страты) составляют социальную стратификацию общества²².

Социальная стратификация — постоянное ранжирование социальных статусов и ролей в социальной системе (от малой группы до общества); социальное дифференцирование и неравенство на основе таких критериев, как социальный престиж, самоидентификация, профессия, доход, образование, участие во властных отношениях и т. д.

Социальная стратификация представляет собой регулируемое неравенство с институциональными и нормативно-ценностными механизмами социального контроля. *Институциональные механизмы* — это совокупность институтов, закрепляющих статусное, экономическое и политическое неравенство в обществе.

Например, институт собственности и институт наследования делают неравными шансы богатого наследника и человека, родившегося

²² Теории, призванные в рамках социологии дать научное объяснение основным принципам иерархического строения общества, называются теориями стратификации (от лат. *stratum* — слой и *fatío* — делаю). Нередко вместо понятия «страта» используются другие термины: класс, каста, сословие. Мы будем понимать под стратой большую группу людей, отличающуюся от других групп в социальной иерархии общества.

в бедной семье, т. е. определяют их изначальную принадлежность к разным стратам.

*Механизмы легитимации*²³ *неравенства* — это устойчивый и непрерывный процесс усвоения населением ценностных суждений, представлений о необходимости и целесообразности сложившейся в обществе стратификационной структуры. Легитимация неравенства обеспечивается путем превращения внешних реальных действий, социальных форм общения в устойчивые внутренние качества личности через усвоение индивидом выработанных в обществе норм, ценностей, верований, установок, представлений и т. д.

Например, в Средневековье была распространена идея о божественном происхождении государственной власти и, следовательно, принципы политической иерархии должны были восприниматься как данные свыше и не подлежащие пересмотру.

Механизмы хабитуализации (опривычивания) — это множество социально-психологических процессов, раскрывающих особенности приспособления личности к существующей в обществе стратификационной структуре.

Место индивида в социальной структуре не остается неизменным. Люди переезжают из одного города в другой, получают должностные повышения, улучшают свое благосостояние, получают высшее образование. Все это примеры *социальной мобильности* — перемещения индивидов или групп в социальном пространстве. Формы проявления социальной мобильности бывают разными. Выделяют мобильность горизонтальную и вертикальную, восходящую и нисходящую. *Горизонтальная мобильность* — переход индивида или социального объекта от одной социальной позиции к другой, лежащей на том же уровне, т. е. индивид не меняет социального слоя, к которому он принадлежит, или социального статуса.

Например, переход индивида из одной семьи в другую, из одной религиозной группы в другую, а также смена места жительства.

Вертикальная мобильность — совокупность взаимодействий, способствующих переходу индивида или социального объекта из одного социального слоя в другой.

Здесь входит, например, служебное повышение (профессиональная вертикальная мобильность), существенное улучшение благосостояния (эконо-

²³ Легитимация — установление легитимности. Легитимность, по М. Веберу, — признание правомочности, значимости социального порядка, типа господства.

мическая вертикальная мобильность) или переход в более высокий социальный слой на другой уровень власти (политическая вертикальная мобильность).

Восходящая и нисходящая мобильность. Общество может возвышать статус одних индивидов (обладающих, например, талантом, энергией, молодостью) и понижать статус других. В зависимости от этого различают восходящую и нисходящую социальную мобильность. Восходящие течения профессиональной, экономической и политической мобильности существуют в двух основных формах: как индивидуальный подъем, или инфильтрация индивидов из низшего слоя в высший, и как создание новых групп индивидов с включением групп в высший слой рядом с существующими группами этого слоя или вместо них²⁴. Аналогично нисходящая мобильность существует как в форме выталкивания отдельных индивидов с высоких социальных статусов на более низкие, так и в форме понижения социальных статусов целой группы.

1.8.3. Группы и квазигруппы

Для обозначения совокупности групп индивидов, имеющих одинаковые характеристики по тому или иному признаку (например, пол, возраст, профессия, вероисповедание и т. д.), в социологии используется понятие *социальная категория*.

Существует несколько видов социальных общностей, к которым в обыденном смысле часто применяется понятие «группа», но в научном понимании они представляют собой нечто другое. Примером такого сообщества могут быть пассажиры, едущие в одном вагоне метро. Для обозначения таких общностей социологи используют термин *социальный агрегат*.

Социальный агрегат при определенных условиях может превратиться в группу. Однако в такой группе, скорее всего, будет отсутствовать устойчивое ожидание, а взаимодействия будут односторонними. Такие спонтанные, неустойчивые группы называются *квазигруппами*. Они могут превратиться в социальные группы, если в ходе постоянного взаимодействия будет возрастать социальный контроль между ее членами. Именно социальный контроль за деятельностью коллектива определяет его как социальную группу, так как деятельность людей в данном случае скоординирована.

²⁴ Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992. С. 374.

Остановимся на классификации социальных групп, позволяющей выделять и оценивать основные виды групп, а также определять степень внутригруппового и межгруппового взаимодействия.

Ингруппы и аутгруппы. Каждый индивид выделяет некоторое множество групп, к которым он принадлежит, и определяет их как «мои». Такие группы будут считаться ингруппами. Группы, к которым индивид не принадлежит, будут для него аутгруппами.

*Референтные группы*²⁵. Различают нормативные и сравнительные референтные функции группы. Нормативная функция референтной группы проявляется в том, что эта группа является источником норм поведения, социальных установок и ценностных ориентации индивида. Сравнительная функция проявляется в том, что референтная группа выступает в качестве эталона, с помощью которого индивид может оценить себя и других.

Первичные и вторичные группы. Под первичными группами понимаются такие группы, в которых каждый член видит других членов группы в качестве личностей и индивидуальностей. Во вторичных группах социальные контакты безличные, односторонние и утилитарные. Таким образом, первичные группы всегда ориентированы на взаимосвязи между ее членами, обычно они формируют личность, в них она социализируется, в то время как вторичные группы ориентированы на достижение цели.

Малые и большие группы. Малая группа — относительно устойчивая, небольшая по численности социальная группа, члены которой находятся в непосредственном взаимодействии друг с другом (личные контакты и т. п.), что и приводит к возникновению эмоциональных связей, а также специфических межличностных ценностей и норм. В отличие от малых групп, в больших группах не происходит социальных взаимодействий каждого с каждым и по большей части не формируются эмоциональные связи, ценности и нормы.

Малая группа может быть как первичной, так и вторичной в зависимости от того, какой тип взаимоотношений существует между ее членами; большая группа может быть только вторичной.

²⁵ Термин «референтная группа» был впервые введен в оборот социальным психологом Мустафой Шерифом в 1948 г. и означает реальную или условную социальную общность, с которой индивид соотносит себя, как с эталоном, и на нормы, мнения, ценности и оценки которой он ориентируется в своем поведении и самооценке (Sherif M., Sherif C. *Groups in Harmony and Tension*. N. Y., 1954. P. 93).

Вопросы взаимодействия членов социальных групп между собой называются вопросами *групповой динамики*. Существует множество видов взаимоотношений и взаимодействий. К процессам групповой динамики относятся руководство, лидерство, формирование группового мнения, сплоченность группы, конфликты, групповое давление и другие способы регуляции поведения членов группы.

1.9. СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

1.9.1. Механизмы социальных изменений

Социальное изменение — переход социального объекта из одного состояния в другое; любая модификация в социальной организации общества, его социальных институтах и социальной структуре, установленных в нем образцах поведения.

Обычно изменения, происходящие в обществе, разделяют на социальные — изменения в социальной структуре и социальных взаимосвязях в обществе и культурные — изменения в культуре общества. Однако на практике социальные и культурные изменения сопровождают и дополняют друг друга, в значительной степени пересекаются, поэтому социологи используют также термин «социокультурные изменения».

Процессы изменения, связанные с созданием, признанием или внедрением новых элементов (или моделей) материальной и нематериальной культуры в определенной социальной системе называются *инновациями*.

Не все предлагаемые инновации принимаются обществом. Некоторые могут приниматься немедленно, некоторые — спустя длительное время. Сопротивление изменениям возникает в силу разных обстоятельств:

— *наличие специфических установок и ценностей, отличающихся от общей установки на изменение*. Социальные изменения всегда должны преодолевать сопротивление специфических установок и ценностей по той причине, что никогда не бывает такого благоприятного положения, когда все единодушно поддерживают социальные изменения;

— *простота демонстрации возможностей инновации широкой аудитории*. Опыт показывает, что инновация принимается быстрее, если легко продемонстрировать ее полезность.

Например, американские индейцы быстро приняли оружие белого человека, но не приняли его медицину, так как она не давала немедленного эффекта, т. е. это новшество не могло быть легко продемонстрировано.

— *несовместимость с существующей культурой.* Инновации могут быть несовместимыми с существующей культурой по 3 причинам: могут находиться в конфликте с существующими культурными образцами; могут вносить новые культурные образцы, не представленные в существующей культуре; могут только замещать и вытеснять культурные образцы в существующей культуре, а не просто присоединяться к ним, что значительно замедляет принятие этих инноваций.

Нет социальных изменений, которые проходили бы бесследно для существующей культуры. Тема социальных эффектов²⁶ инноваций приобретает в настоящее время особую актуальность. Не имеет значения, создана ли инновация внутри данного общества или проникла извне в результате диффузии. Важно, что современное общество, являющееся крайне динамичным образованием, обязано реагировать на инновации, принимать и осваивать их в социальной, культурной и других областях человеческой деятельности.

1.9.2. Социальные конфликты

Социальный конфликт — столкновение противоположных интересов, целей, взглядов, идеологий между индивидами, социальными группами, классами. В зависимости от зон разногласий выделяют личностный конфликт, межличностный конфликт, межгрупповой конфликт.

Межгрупповые конфликты по внутреннему содержанию делятся на рациональные и эмоциональные. К *рациональным* относятся такие конфликты, которые охватывают сферу разумного, делового соперничества, перераспределения ресурсов и совершенствования управленческой или социальной структуры. Однако в ходе конфликтных взаимодействий, столкновений агрессия его участников часто переносится с причины конфликта на личности. При этом первоначальная причина конфликта просто забывается и участники действуют на основе личной неприязни. Такой конфликт называется *эмоциональным*.

²⁶ Вильям Огберн (Ogburn W. On Culture and Social Change: Selected Papers. Chicago, 1964. P. 122) различал 3 основные формы социальных эффектов инноваций:

- дисперсия, или множественные эффекты одного изобретения или открытия;
- последующие, или производные эффекты одного изобретения или открытия;
- конвергенция, или соединение нескольких влияний различных изобретений.

Конфликт принадлежности происходит в силу двойной принадлежности индивидов, например, когда они образуют группу внутри другой, большей группы или когда индивид входит одновременно в две конкурентные группы, преследующие одну цель.

Конфликт с внешней средой. Любой социальный конфликт можно условно разделить на 3 стадии: предконфликтная стадия, непосредственно конфликт и стадия разрешения конфликта. Предконфликтная стадия — это период, в который конфликтующие стороны оценивают свои ресурсы, прежде чем решиться на агрессивные действия или отступить.

Непосредственно конфликт характеризуется прежде всего наличием инцидента, т. е. социальных действий, направленных на изменение поведения соперников. Это активная, деятельная часть конфликта.

На этапе непосредственного конфликта есть критическая точка, при достижении которой конфликтные взаимодействия между противоборствующими сторонами достигают максимальной остроты и силы. После прохождения критической точки число конфликтных взаимодействий, их острота и сила резко снижаются и дальше конфликт идет по нисходящей к своему разрешению или, если конфликтная ситуация осталась прежней и не устранены причины конфликты, к новому всплеску сил противостояния, к новому подъему, новой критической точке.

Внешним признаком разрешения конфликта может служить завершение инцидента, но не его временное прекращение. Это означает, что между конфликтующими сторонами прекращается конфликтное взаимодействие. Устранение, прекращение инцидента — необходимое, но не достаточное условие погашения конфликта.

Всем конфликтам присущи 4 основные характеристики: причины конфликта (идеологические, противоположные ориентации, различные формы экономического и социального неравенства, отношения между элементами социальной структуры), острота конфликта, длительность конфликта и последствия конфликта²⁷.

²⁷ В каждом конфликте существуют как дезинтегративные, разрушительные, так и интегративные, созидательные моменты, определяющие его последствия. К первым можно отнести то, что конфликты усиливают ожесточение, ведут к разрушениям и кровопролитию, внутригрупповому напряжению, разрушают нормальные каналы кооперации, отвлекают внимание членов группы от насущных проблем, ко вторым — то, что конфликты позволяют найти выход из сложных ситуаций, приводят к разрешению проблем, усиливают групповую сплоченность, ведут к заключению союзов с другими группами, приводят группу к пониманию интересов ее членов.

Разрешение социального конфликта возможно лишь при изменении конфликтной ситуации. Это изменение может принимать разные формы, но наиболее эффективным считается устранение причины конфликта. Социальный конфликт может быть также разрешен в результате истощения ресурсов сторон, вмешательства третьей силы, создающей подавляющий перевес одной из сторон, или, наконец, в результате полного устранения соперника. Во всех этих случаях непременно происходит изменение конфликтной ситуации.

1.9.3. Социальные движения

Социальное движение — массовые коллективные действия по реализации специфических интересов и целей (движение рабочее, крестьянское, национально-освободительное, экологическое, женское, молодежное и др.). Социальные движения не имеют устойчивого институционального статуса, в них задействовано ограниченное число индивидов, большинство членов общества не втянуто в них и относится к ним равнодушно или с неприязнью. Если движение получает более или менее общую поддержку со стороны членов общества, его деятельность как социального обычно заканчивается и оно превращается в социальный институт, становится необходимым элементом общественной жизни.

Когда люди находятся внутри ограниченной социальной системы, из которой они не в силах вырваться и которую не в силах изменить, обычно возникает *экспрессивное социальное движение* — более или менее массовое движение людей, которые отчетливо понимают непривлекательность и порочность существующей социальной действительности, но стремятся модифицировать, изменить не ее, а свое отношение к ней²⁸.

Вся идеология *утопических движений* основывалась на концепции доброго, альтруистичного, кооперативного человека²⁹.

Первоначально небольшие общности, создаваемые членами утопических движений, были исключительно религиозными (движение первых христиан, религиозные секты Востока, создаваемые на основе всеобщего равенства,

²⁸ Социология: Энциклопедия / сост. А. А. Гришанов и др. Мн. Книж. Дом, 2003.

²⁹ С тех пор как Томас Мор написал свою знаменитую «Утопию», слова «утопия» и «утопический» означали общество совершенства, существующее только в человеческом воображении.

и др.). *Современные утопические движения постоянно встречают сопротивление со стороны законопослушных членов общества, которых страшат новые культурные образцы и смена ролей и приоритетов в новом «наилучшем» жизненном укладе.*

Как попытки изменить отдельные стороны общественной жизни и структуру общества без полной его трансформации можно рассматривать *движения реформ*, которые в законченном виде возникают лишь в демократических обществах, когда люди имеют значительную свободу и могут критиковать существующие социальные институты и изменять их по желанию большинства.

Примерами движений реформ являются аболиционистские (движения за отмену какого-либо закона), феминистские (движения за равноправие женщин), запрещающие (порнографию, строительство атомных электростанций и т. д.).

Революционные движения пытаются свергнуть, разрушить существующую социальную систему и установить новый социальный порядок, в значительной степени отличающийся от прежнего. Движения сопротивления — это усилия определенных групп людей, направленные на блокирование возможных или искоренение уже происшедших изменений. Подобные движения всегда сопровождают реформы и революционные изменения. Примером этого могут служить оппозиционные движения во многих обществах.

Все социальные движения в процессе своего развития проходят одинаковые стадии: беспокойства, возбуждения, формализации и институционализации.

Стадия беспокойства. Когда люди испытывают неуверенность в завтрашнем дне либо повсеместно развивается чувство социальной несправедливости, или некоторые изменения в обществе ломают привычный жизненный ритм, у людей возникает чувство боязни, нестабильности своего положения в социальной среде, которое называется социальным беспокойством.

Стадия возбуждения. Когда беспокойство фокусируется на определенных условиях и причины несчастий и неудач идентифицируются с реальными социальными объектами, а в результате возникает побуждение к активным действиям.

Стадия формализации. Достаточно разросшееся и оформившееся социальное движение, постепенно обрастая системой упорядоченных статусов и ролей, устоявшихся норм и правил поведения, формализованной структурой, фактически достигает стадии социальной

организации. На этой стадии возникает ряд деятелей, которые систематизируют активность и идеологию движения, делают ее ясной и определенной.

Стадия институционализации наблюдается практически во всех движениях, которые длятся достаточно долго. Движение кристаллизуется в определенных культурных образцах, включая традиции поддержки и защиты интересов его членов. Институционализация придает социальным движениям законченность и определенность.

Стадия распада. Под влиянием внешних условий, внутренних сил или после достижения поставленных целей многие движения распадаются или превращаются в социальные институты (например, развитие коммунистического движения в царской России).

Социальные движения появляются и развиваются при определенных социальных условиях, эти условия создаются в ходе деятельности многих людей, разделяющих основные цели движения.

Проведенные во многих странах исследования социальных движений показывают, что относительная неудовлетворенность, ощущение несправедливости и статусной неопределенности приводят к внутренней готовности личности присоединиться к социальным движениям.

Обобщив все социальные условия, благоприятствующие возникновению и развитию социальных движений, можно выделить основные предпосылки их возникновения.

Американский исследователь социальных движений Д. Стокдейл³⁰ отметил 5 таких основных условий, которые он назвал структурными предпосылками возникновения социальных движений:

- *социальная неудовлетворенность;*
- *структурная блокада (барьеры в социальной структуре, которые способствуют возникновению социальной неудовлетворенности);*
- *контакты и взаимодействия между неудовлетворенными людьми;*
- *уверенность в том, что общие коллективные действия могут ослабить социальную неудовлетворенность и улучшить условия существования;*
- *наличие идеологии, оправдывающей предполагаемые коллективные действия в социальных движениях.*

Когда эти основные предпосылки появляются у некоторой части общества, социальные движения и соответствующие коллективные действия становятся почти неизбежными.

³⁰ Stockdale J. The Society for the Study of Social Problems. Washington, 1970. P. 158—162.

1.9.4. Теории социальных изменений

Существует множество социологических теорий, которые можно рассматривать как теории социальных изменений, т. е. теории, постулирующие, объясняющие и прогнозирующие социальные изменения.

Одна из типологий теорий социальных изменений предложена известным французским социологом Будоном³¹, согласно которой теории делятся по уровню проработанности, структуризации процесса изменений.

К 1-му типу относятся теории, выявляющие и доказывающие существование более-менее значимых и необратимых тенденций. Примерами таких теорий может быть тенденция глобализации мировой экономики или теория длинных циклов, согласно которой экономическая жизнь общества подвержена колебаниям с периодом 40—60 лет, в зависимости от фазы которых изменяется как способ производства, так и весь уклад жизни общества. Длинный цикл является эндогенным, т. е. обуславливается внутренними причинами³². Обычно такие теории не стремятся объяснить причины выявленных тенденций или определить структуру соответствующих изменений.

Ко 2-му типу относятся теории, которые оперируют «причинно-следственными» социальными законами. В этих теориях, кроме непосредственной констатации существования определенных явлений и тенденций социальной жизни, ясно просматривается стремление объяснить причины этих явлений, отойти от конкретной ситуации и сформулировать общий закон.

Теории 3-го типа исследуют преимущественно форму происходящих изменений. Например, теория научных революций Т. Куна разделяет научное развитие в целом на 3 последовательные фазы:

- существование «нормальной науки» и постепенное накопление исключений, необъясненных фактов (аномалий). Достраивание в рамках основной парадигмы дополнительных объясняющих теорий;
- революционные изменения, разрушение старой парадигмы под влиянием накопившегося чрезмерного груза аномалий;
- появление и институционализация новой научной парадигмы, свободной от аномалий.

³¹ Будон Р. Место беспорядка. Критика теорий социального изменения. М.: Аспект Пресс, 1998.

³² Кондратьев Н. Д. Проблемы экономической динамики. М.: Экономика, 1989.

Теории этого типа выделяют структурные элементы, характерные для соответствующих изменений, но не указывают ни на форму этих изменений, ни на причины.

В теориях 4-го типа рассматриваются причины и факторы социального изменения. В качестве примеров теории четвертого типа можно привести исторический материализм К. Маркса или теорию М. Вебера о причинах формирования современного ему капитализма именно в Западной Европе («Протестантская этика и дух капитализма»).

Поиск причин и факторов социальных изменений всегда был и остается одним из основных направлений формирования теорий социальных изменений. Такое великое множество и разнообразие теорий социальных изменений частично можно объяснить областью исследований социальных изменений (демографические и экологические изменения, урбанизация, социальная мобильность, динамика элит, культура и т. д.), что затрудняют их классификацию.

Рекомендуемая литература по I части

Основная:

1. *Кравченко А. И.* Социология: Учебник для студентов вузов. — М., 1999.
2. *Кравченко С. А., Мнацкян М. О., Покровский Н. Е.* Социология: парадигмы и темы. — М., 1997.
3. *Решетников А. В.* Социология медицины. — М., 2002.
4. Социология. Учебник для высших учебных заведений / Осипов Г. В., Кабыща А. В., Тульчинский М. Р. и др. — М., 1995.
5. *Фролов С. С.* Социология: учебник. — М., 2000.

Дополнительная:

1. Американская социологическая мысль: Тексты / под ред. В. И. Добренкова. — М., 1994.
2. *Андреев Ю. П., Коршевская Н. М., Костина Н. Б.* Социальные институты: содержание, функции, контроль. — Свердловск, 1989.
3. *Арон А.* Этапы развития социологической мысли. — М., 1992.
4. *Арутюнян Ю. В., Дробижева Л. М., Сусоколов А. А.* Этносоциология. — М., 1998.

5. *Афанасьев Г., Глинский Я.* Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса российского общества. — СПб., 1995.
6. *Голосенко И. А., Козловский В. В.* История русской социологии XIX—XX в. — М., 1995.
7. *Ерасов Б. С.* Социальная культурология. — М., 1994.
8. *Здравомыслов А. Г.* Социология конфликта. — М., 1996.
9. *Ионин Л. Г.* Социология культуры: учеб. пособие. — М., 1996.
10. *Капитонов Э. А.* Социология XX века. История и технология. Ростов н/Д, 1996.
11. *Коган Л. Н.* Социология культуры. — Екатеринбург, 1992.
12. *Кузьмин С. А.* Социальные системы: опыт структурного анализа. — М., 1996.
13. *Ланин Н. И.* Ценности социальных групп и кризис общества. — М., 1991.
14. *Медушевский А. Н.* История русской социологии. — М., 1993.
15. *Смелзер Н.* Социология. — М., 1994.
16. *Современная американская социология.* — М., 1994.
17. *Социальные отклонения / В. Н. Кудрявцев, С. В. Бородин, В. С. Нерсесянц и др.* — М., 1989.
18. *Социология / под общ. ред. Э. В. Тадевосяна.* — М., 1995.
19. *Тощенко Ж. Т.* Социология. Общий курс. — М., 1999.
20. *Штомпка П.* Социология социальных изменений. — М., 1996.
21. *Ядов В. А.* Диспозиционная концепция личности. Социальная психология. — Л., 1979.

Темы для рефератов

1. Эволюционистская социология Г. Спенсера.
2. Теория общества Э. Дюркгейма.
3. Социологическая концепция М. Вебера.
4. Т. Парсонс о социальной системе и способах ее изучения.
5. Культура и ее влияние на развитие общества.
6. Потребностно-мотивационная сфера личности: мотивация, мотив и мотивировка.
7. Властные отношения как вид социальных отношений.
8. Медицина как социальный институт и его функция с точки зрения теории Т. Парсонса.
9. Социализация как способ социального контроля.

Вопросы и задания для повторения

1. Расположите этнические общности в порядке их возникновения: *племя, нация, семья, клан, род, народность.*

2. Отметьте главные социальные институты общества: *семья, торговля, религия, право, образование.*

3. Как соотносятся между собой социальная система и система культуры в обществе?

А. являются автономными;

Б. первая включает в себя вторую;

В. вторая включает в себя первую;

Г. являются взаимосвязанными.

4. Укажите способы социального контроля:

А. через обучение;

Б. через социализацию;

В. через групповое давление;

Г. через принуждение.

5. Укажите концепции, созданные следующими учеными:

I. К. Маркс А — концепция социального действия

II. Э. Дюркгейм Б — концепция социального факта

III. М. Вебер В — концепция классового конфликта

IV. О. Конт Г — концепция социального организма

V. Г. Спенсер Д — концепция позитивизма

I — ____ II — ____ III — ____ IV — ____

6. Что относится к квазигруппам?

А — Страта

Б — Аудитория

В — Толпа

Г — Социальные круги

7. Какая из характеристик не может быть применима к организации?

А — большая и малая

Б — бюрократическая

В — первичная и вторичная

Г — формальная и неформальная

8. Подберите к каждому из понятий слева подходящие понятия справа:

I. Базовые элементы духовной культуры а) Обычай; б) Манеры; в) Этикет;

II. Дополнительные элементы духовной культуры г) Нравы; д) Законы; е) Кодекс культуры

I — _____ II — _____

9. Понятия прогрессивной дифференциации и конфликта характеризуют:

- А — уровни социальных изменений;*
- Б — механизмы социальных изменений;*
- В — факторы социальных изменений;*
- Г — социальные движения.*

10. Какое из понятий менее всего связано с понятием социального статуса?

- А — «предписанная роль»;*
- Б — «достигаемая роль»;*
- В — «ролевой набор»;*
- Г — «ролевая идентификация».*

ЧАСТЬ 2

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Основные понятия: авторитет врача, болезнь, брак, группы риска, добровольное медицинское страхование, доступность медицинской помощи, защита интересов застрахованных, здоровый образ жизни, здравоохранение, институциональный уровень общества, информированность населения, карьера, качество медицинской помощи, медицинские системы, медицинский маркетинг, медицинское страхование, мониторинг, образ жизни, общественное здоровье, обязательное медицинское страхование, организации здравоохранения, органы управления здравоохранения, первичный уровень общества, платные медицинские услуги, потоки пациентов, престижность профессии, роль врача, роль пациента, рынок медицинских услуг, свойства медицинских услуг, семья, системы управления здравоохранением, социальная значимость здравоохранения, социальная поддержка, социальная эффективность здравоохранения, социально-демографические факторы, социально-психологический статус, социальный маркетинг, социальный статус врача, социальный эффект, социология лечебно-профилактического учреждения, социология медицинских профессий, спрос на медицинские услуги, стресс, удовлетворенность пациентов, уровень жизни, факторы риска, федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, субъекты системы обязательного медицинского страхования, частное здравоохранение, экономический статус врача.

2.1. СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ОТРАСЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ

2.1.1. История социологии медицины

В истории развития социологии медицины можно выделить несколько этапов.

1. Ранний период (зарождение дисциплины) (XVI—XIX в.)

Возникновение социологии медицины разные авторы относят к разным этапам развития медицины и здравоохранения. Немецкий ученый М. Susser (1962) считает, что впервые социологический анализ места здравоохранения

в обществе был проведен в работе известного автора трудов по политической экономии W. Petty «Политическая арифметика» (1690). Профессор К. Winter относит начало медицинской социологии к середине XIX в., а советские авторы И. В. Венгрова (1970) и Ю. А. Шилинис (1986) связывают начало социологии медицины с именем Мак—Интайра (1895).

2. Период формирования (начало XX века — Первая мировая война)

В начале XX века вышел в свет двухтомный сборник «Essays on medical sociology» E. Blackwell (1902), а также книга «Медицинская социология» (1910). Большое значение для развития социологии медицины имела книга A. Gotjan «Социальная патология» (1912), в которой содержатся актуальные и сегодня фундаментальные принципы изучения заболеваний в социальном аспекте.

В этот период в США были проведены социально-статистические работы медико-социологической направленности, связывавшие, например, экономическую динамику с показателями здоровья общества и объяснявшие выявленные зависимости в соответствии с социологическими теориями.

В России методы и теории социологии еще в начале XX века нашли применение в области медицины. Достаточно отметить, что с 1909 г. социология преподавалась в Психоневрологическом институте В. М. Бехтерева. В 1913 г. З. Г. Френкель основал первую в России кафедру социальной гигиены в нынешней Академии профилактической медицины.

3. Период становления (20-е—40-е годы XX в., период между Первой и Второй мировыми войнами)

Формальной датой возникновения медицинской социологии³³ на Западе считают 1923 г., когда в Великобритании появилась фундаментальная работа Н. Sigerist.

До 1929 г. отечественные исследователи в крупных городах страны (Москве, Ленинграде, Риге, Харькове) провели широкомасштабные исследования алкоголизма, психических расстройств, проституции,

³³ М. Sussser относит появление социологического анализа в медицине к 20-м годам XX в., а говоря о его развитии в 30-е годы, упоминает следующие работы: В. Stern «Social Factors in Medical Progress» (1941) и L. Henderson «Врач и больной как социальная система» (1935). Несколько позднее R. Pharis и W. Dunham изучили социальное положение больных, госпитализированных по поводу шизофрении («Психические нарушения в городских районах», 1939), а Н. Rowland описал отношения между больными шизофренией в палатах психиатрических больниц («Psychiatry», 1938, 1939). В исследованиях устанавливалась связь между распределением больных шизофренией и социальными процессами территориальной дифференциации городского населения (хотя сделанные в нем социологические обобщения не подтвердились при углубленном анализе).

досуговой активности и прочих явлений, результаты которых не потеряли значимости и по сей день.

4. Период развития социологии медицины как самостоятельной дисциплины (50—80-е годы XX века)

После Второй мировой войны медицинская социология выделилась в самостоятельную отрасль науки: помимо врачей, занимавшихся социологией медицины, в разработку ее проблем включился широкий круг профессиональных социологов. В 50-е годы XX в. в США, Великобритании, Германии и других странах сформировались устойчивые методы медико-социологического осмысления роли и места медицины, системы здравоохранения, самого пациента в современных социально-экономических условиях и потребность в социологическом образовании для медицинского персонала³⁴.

Серьезной вехой в развитии медицинской социологии в США стало выполненное в середине 50-х годов XX в. Холлингсхедом и Реддиком нью-хевенское исследование, основанное на психиатрическом материале и делающее акцент на социальном распределении психических заболеваний. В нью-хевенском исследовании выявилась важная черта развивавшегося в США подхода — тесная связь конкретной медико-социологической проблематики с академической (университетской) теоретической социологией.

В США и Великобритании был развернут ряд социально-эпидемиологических и медико-социологических исследований, главная цель которых заключалась в верификации основных выводов теоретических моделей в социологии, социальной психологии, социальной медицине.

Медико-социологическое осмысление здоровья и болезни, по сути дела, выделило предмет социологии медицины в ее современном понимании. Таким предметом выступает социальная детерминация здоровья популяции, влияние на него социальных процессов и институтов, включая систему здравоохранения как вида социальной организации.

5. Современное состояние науки (с 80-х годов XX века до настоящего времени)

Современная западная медицинская социология стремится избегать глобальных теоретических обобщений. В современной социологии

³⁴ Социология медицины рассматривалась многими учеными как часть социологии, как часть медицины, как наука «на стыке» социологии и медицины. В литературе существовало несколько названий этой специальности: социология здоровья и болезни; социология здоровья и медицины; медицинская социология; социология в медицине; социология здравоохранения; социальная медицина; социальная эпидемиология. После долгих дискуссий научная дисциплина получила свое современное название «социология медицины».

медицины не ставятся задачи познания наиболее глубоких и общих закономерностей жизни общества. Это привело к тому, что эталоном исследования в социологии медицины стали исследования в области индивидуальной деятельности медсестры, врача, пациента.

В настоящее время в социологии медицины ощущается нехватка теоретических концепций³⁵. Сложившаяся ситуация во многом обусловлена тем, что современные процессы постиндустриального общества вызвали бурное развитие медико-социальных технологий. Научеёмкие, основанные на современных высоких технологиях лечебно-диагностические и профилактические комплексы промышленного типа стремительно вовлекают в свое функционирование многомиллионные массы людей. Это привело к коренному изменению сложившихся стереотипов поведения и представлений о болезни и здоровье, которые не укладываются в прежние теоретические концепции.

Усилия социологов медицины направлены на определение природы социальных изменений и построение адекватных моделей медицинской и организационной деятельности как органов и учреждений здравоохранения, так и поведения самих индивидов.

2.1.2. Особенности развития отечественной социологии медицины

Одно из первых определений социологии медицины предложил Н. Добронравов (1924). По его мнению, социология медицины — отрасль социологии, изучающая социальные проблемы, связанные со здоровьем, болезнями и медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности населения в социальном развитии. Определяя задачи социологии медицины и здравоохранения, А. М. Анохин считал, что социология медицины — это отрасль здравоохранения, занимающаяся социологическими аспектами профилактики, лечения и социально-трудовой реабилитации больных. Она изучает социологические особенности взаимоотношения больного с врачами, медсестрами, другими лицами и организациями, влияние социальных факторов на здоровье, в том числе психическое.

³⁵ V. Olesen (1968) перечисляет следующие концепции, в разработке которых возникают проблемы в области медицинской социологии: стресс, социализация, профессионализм, комплекс социальной организации, доминантность, роль и поведение больного, медицинская, социальная, экономическая культура студентов, характерная вариабельность социальной системы, девиантность. V. Olesen относит теории социальной организации, стресса, поведения больного к «теориям среднего уровня».

Хотя в отечественной социологии вплоть до середины 1960-х годов социально-гигиенические исследования были прекращены, а сама научная дисциплина существовала в усеченном виде как «организация здравоохранения», теоретические и практические успехи советского здравоохранения этого периода были признаны мировым сообществом. На IV Всемирном социологическом конгрессе «Общество и социология» в Милане (Италия) в 1959г. была впервые организована секция социологии медицины, председателем которой стал чл.-кор. АН СССР Н. И. Гращенков, представивший доклад «Здоровье и социальное благополучие».

Своеобразное официальное возрождение социальной гигиены в 1960-е годы произошло одновременно с признанием так называемой конкретной социологии. В конце 60-х—70-х годах XX века в стране начали активно исследовать широкий круг медико-социальных и медико-социологических проблем. Появились фундаментальные теоретические работы в области социологии медицины (Ю. П. Лисицын, Г. И. Царегородцев, Е. М. Изуткин, И. В. Давыдовский, В. П. Петленко, Г. Х. Шингаров и др.).

В целом освещались:

- социальные проблемы медицины;
- роль и взаимодействие социального и биологического в медицине;
- роль и место социальной гигиены³⁶;
- критика буржуазной медицинской социологии и социальной гигиены;
- философские проблемы медицины;
- диалектический материализм и медицина;
- народное здоровье и социология.

В развитии современной отечественной социологии медицины можно выделить два этапа. На *первом этапе* научные исследования отечественной социологии медицины формировались на социально-экономической парадигме. Акцент делался на исследовании социально-экономических факторов деятельности медицинских учреждений и экономических последствий явлений и процессов в общественном здоровье населения страны, сопоставлении в этой связи систем здравоохранения разных стран³⁷. Реализуемый на этом этапе социально-экономический подход в описании

³⁶ В тот период название «социология медицины» отсутствовало в наименовании специальности.

³⁷ Оформлению данного подхода как самостоятельного научного направления в российской социологии медицины 60—90-х годов XX века в значительной степени способствовал успех экономико-социологического направления в социологии, которое развивала одна из наиболее авторитетных в стране новосибирская научная школа экономической социологии. Лидером на всем протяжении ее становления являлась акад. РАН Т. И. Заславская (большой вклад в становление школы внес акад. РАН А. Г. Аганбегян). Другая школа в социологии медицины сложилась в Москве, где исследования базируются преимущественно

процессов в медицине и здравоохранении способствовал появлению ряда оригинальных социально-экономических теоретико-методологических концепций, которые стали основой новых социальных технологий в медицинской сфере (индивидуальный подряд, бригадные формы организации труда младшего и среднего медперсонала, организация труда в подрядных коллективах, хозяйственный механизм в здравоохранении).

На *следующем этапе* были заложены основы еще одного из научных направлений отечественной социологии медицины — социального маркетинга в здравоохранении. Здравоохранение и медицина стали изучаться не только статистическими, но и социологическими методами — с позиции социального поведения. Это позволило исследовать актуальные проблемы здравоохранения, поставив во главу угла целостное восприятие медико-социальных систем и социальных процессов, выявление социальных механизмов и последствий трансформационного процесса. Накопленные обширные эмпирические медико-социологические данные впоследствии стали надежной базой сравнительных исследований и позволили глубже понять реальные закономерности трансформации современного российского здравоохранения.

Современный период развития отечественной социологии медицины, вобрав в себя теоретико-методологические достижения предыдущих этапов, сохраняет выработанные научные традиции и на этой основе формирует новые теоретические направления.

2.1.3. Медико-социологическая точка зрения на медицину и здравоохранение

В современном мире медицина (в том числе и здравоохранение) как важнейшая для человека сфера влияет на людей порой сильнее, чем политика и экономика. Система охраны здоровья воздействует не только на индивида, но и на общество в целом. Понимание роли медицины, медицинской практики и здравоохранения в социальной системе, медико-социальных, экономических, политических проблем здравоохранения нашло свое место в социологии медицины.

Социология медицины изучает на макро- и микроуровнях состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи в зависи-

на достижениях европейской и американской социологической мысли и играют важную роль в трансляции классических и передовых идей зарубежной социологии российскому научному сообществу, в создании условий для его интеграции с мировой социологией, в обеспечении методологического и теоретического плюрализма.

мости от социально-экономических факторов и рассматривает медицину как социальный институт, а также как подсистему социальной системы в целом, используя при этом социологические аспекты.

С целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья и работоспособности, продлению жизни граждан социология медицины, используя социологические подходы, изучает:

- роль и место системы охраны здоровья в жизни общества;
- представления различных слоев общества о влиянии социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи;
- функционирование и развитие социальных процессов, протекающих в системе здравоохранения, ее институтах и в медицине как социальном институте.

При этом социология медицины:

- рассматривает функции медицины не только как излечение от болезней, облегчение физических страданий и помощь инвалидам, но и как социальную помощь общества всем нуждающимся;
- рассматривает вероятность заболевания и картину его лечения с учетом социальных, культурных, психологических и другие факторов;
- изучает процессы социализации в сфере охраны здоровья, исследуя с социальных позиций действия пациента и врача, индивидуальное и общественное отношение к здоровью и болезни;
- анализирует, используя социологические методы, состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с учетом социально-экономических факторов;
- изучает механизмы социального действия и взаимодействия социальных институтов (групп, социальных статусов, ролей, ценностей, норм, санкций и т. д.), влияющих на сферу болезни и здоровья человека.

2.2. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

2.2.1. Здоровье и болезнь

Здоровье человека, как и болезнь — социально опосредованное явление, заключающее в себе гармоничное единение биологических и социальных качеств в условиях воздействия факторов окружающей среды.

Различают индивидуальное и общественное здоровье (фонд здоровья, потенциал здоровья, здоровье нации). Здоровье человека имеет биологическую основу, т. е. естественное течение процессов жизнедеятельности организма. Здоровье индивидуума является элементарной «клеточкой» общественного здоровья, которое формируется на основе показателей здоровья половозрастных, социальных и профессиональных групп, проживающих на определенной территории, в различных регионах.

Общественное здоровье — макроэкономическое понятие, характеризующее страну, государство, общество. Оно отражает сложное социально-биологическое состояние общности людей. Общественное здоровье столь же реальное явление, как национальное богатство, общественное потребление, образовательный уровень, качество жизни. Это не только совокупность характеристик и признаков индивидуального здоровья, но и интеграция социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество.

С одной стороны, общественное здоровье отражает вероятность достижения каждым членом общества максимального уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной индивидуальной жизни. С другой стороны, показатели общественного здоровья характеризуют жизнеспособность всего общества как социального организма, уровень его социально-экономического развития, рационального использования природных ресурсов и поддержания равновесия с природной и социальной средой.

Рассматривая здоровье (индивидуальное и общественное) как социопсихическое явление, следует отметить его двоякий характер. Во-первых, здоровье — это естественное, абсолютное и непреходящее благо, занимающее верхние ступени иерархической лестницы ценностей, значимых для всех без исключения людей. Такой взгляд на здоровье как на наивысшее по своему значению благо имеет тысячелетнюю традицию. Влияние здоровья пронизывает все сферы жизнедеятельности людей. Полнота и интенсивность многообразных жизненных проявлений человека, не говоря уже о самой их возможности, находятся в непосредственной зависимости от «качества» здоровья. Высокий потенциал физической и психической дееспособности служит важнейшим залогом полноценной жизни человека.

Во-вторых, здоровье входит в качестве составной части в экономический фактор труда, оно представляет ресурс трудоспособности, от которого зависит производительность труда, а с ней и уровень удовлетворения практически всех потребностей.

Здоровьем определяется возможность приобщения к труду и использования его как источника материального благосостояния. Реализация этой важной социальной задачи требует в качестве основной предпосылки сохранения и укрепления здоровья людей³⁸.

Подход к здоровью как к дискретной категории, определяемой состояниями «здоровый» и «больной», «практически здоровый», которые используются в медицинской практике, чрезмерно упрощен, но пригоден для восприятия здоровья и нездоровья, болезненного состояния, самочувствия и ощущения на бытовом уровне. Быть здоровым означает не иметь субъективных жалоб и ощущать полноту физических и душевных сил.

Разновидностью функционального подхода к изменению состояния здоровья является определение здоровья как способности индивида осуществлять присущие ему биологические (видоспецифические) и социальные функции, в частности способности к общественно-полезной деятельности. В связи с таким подходом и возникло понятие «практически здоровый человек», когда возможное наличие в организме патологических изменений существенно не сказывается на самочувствии и работоспособности человека.

Как физическое, так и психосоциальное здоровье целесообразно рассматривать в динамике на протяжении жизни человека. Оно во многом зависит от физиологических возрастных циклов, через которые проходит организм. Взаимодействие со средой любого организма, особенно организма человека, преимущественно активное, а не реактивное, и здоровье должно обеспечить такое взаимодействие.

Основная проблема исследований болезни в хронобиологии и хрономедицине — нарушения соответствия биологических ритмов организма, темпов жизненных процессов и реакций, происходящих в определенных интервалах времени (в так называемых индивидуальных аркадах), с внешнесредовыми природными временными периодами, циклами и пр., т. е. своего рода дисхроноз. Болезнь приводит не только к нарушению физиологических, соматических, но и психических, социальных, трудовых,

³⁸ Право на здоровье, в отличие от других прав человека, лишь недавно стало предусматриваться Конституциями многих стран мира. В международном масштабе право человека на здоровье признано в 1948 г. Фактически это право есть право прежде всего на получение медицинской помощи. Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) закреплено положение: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи». Конституция Российской Федерации также закрепляет право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41).

моральных и других функций, нарушению всего спектра жизни, определение которого — крайне трудная задача.

Например, с точки зрения руководства предприятием, любая болезнь есть неспособность работника выполнять свои функции, но с точки зрения семьи больного болезнь есть изменение поведения как самого больного, так и членов его семьи, наконец, с точки зрения патолога болезнь — это те или иные нарушения процессов жизнеобеспечения и т. д.

По существу, деятельность в системе охраны и улучшения здоровья граждан выходит далеко за пределы собственно медицины и фармации. Для здоровья человека решающее значение имеет и экологически безопасная среда обитания, и условия его труда, быта и отдыха, и характер питания, и социально-психологический климат в отношениях с окружающими, обществом и государством.

2.2.2. Социокультурные факторы заболеваемости

Социально-демографические факторы здоровья включают в себя пол, возраст и семейное положение.

Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в данной культуре. В связи с этим структура заболеваемости для каждого пола своя.

В современных обществах западного типа у женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, а у мужчин — расстройства психопатического круга, алкоголизм и алкогольные психозы, мужчины чаще переносят инфаркт миокарда, язвенную болезнь, с ними чаще происходят несчастные случаи.

Существует устойчивая связь между психическим здоровьем и *семейным положением*, опосредованная фактором пола. Наиболее высокий уровень психического здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют никогда не состоявшие в браке женщины, затем — женщины, состоящие в браке. Наихудшее психическое здоровье отмечается у одиноких мужчин, разведенных и овдовевших женщин. С позиций психологии здоровья важна роль женщины в современном обществе как хранительницы традиционных медицинских знаний и навыков. Основным источником медицинской помощи и советов на этапе, предшествующем обращению к профессионалам, как правило, выступают пожилые женщины.

Возраст также является первичной биологической характеристикой индивида. В традиционных обществах пожилой возраст сопряжен,

как правило, с более высокими социально-статусными позициями. Многообразие и разнородность влияний затрудняют установление связи возраста и здоровья.

Корреляция с возрастом устанавливается практически в каждом исследовании здоровья. Наиболее часто худшее нервно-психическое здоровье обнаруживается в группе мужчин 25—35 лет и женщин 45—55 лет. В российской популяции здоровье ухудшается с увеличением возраста, а в американской популяции в течение последних десятилетий подобной связи не устанавливается. В производственных выборках систематически выявляется парадоксальная связь возраста и здоровья. Она получила название «эффекта здорового рабочего»: здоровье работающих 55—60 лет и старше лучше, чем работающих младших возрастных групп.

В течение жизненного цикла личность испытывает 3 основных вида влияний, находящих свои проявления в состоянии здоровья. Первый вид таких влияний — когортный эффект, или исторические влияния, которым подвержено все данное поколение. Воздействие когортных влияний длительное.

Эмпирически показано, что мужчины, чье раннее детство пришлось на годы «великой депрессии» в США, в течение всей жизни испытывали трудности социальной адаптации.

Второй вид влияний на здоровье — нормативные «случаи», такие как поступление на учебу, вступление в брак, рождение детей, выход на пенсию и т. п. Такие случаи могут оказывать, а могут и не оказывать патогенного воздействия на личность.

Примером здесь может служить обучение в вузе. Многочисленные исследования как в нашей стране, так и в странах Запада показывают более высокий уровень стресса и связанной с ним симптоматики у студентов по сравнению с работающей молодежью.

Третий вид влияний в течение жизненного цикла — ненормативные, т. е. присущие лишь отдельным подгруппам индивидов «случаи». Это физическая болезнь, привлечение к уголовной ответственности, участие в боевых действиях и т. п. С ненормативными случаями чаще всего связывают патологические эффекты отдельных фаз жизненного цикла.

Культурные традиции семейной жизни. Семья — самый распространенный вид социальной организации и вместе с тем самый фундаментальный институт общества. Институт семьи включает множество более частных институтов, а именно институт брака, институт родства, институт материнства и отцовства, институт собственности, институт социальной защиты детства и опеки и др.

Институт семьи различен в каждом обществе и отражает специфику этого конкретного общества. Формы семьи варьируют от общества к обществу, от эпохи к эпохе. Культурные нормы, помимо всего прочего, предписывают число супругов, которое может иметь один человек, правила выбора брачных партнеров, роль главы семейства, права и обязанности близких и дальних родственников, место поселения и генеалогию, систему родства, типы брака, роли и статусы в семье и т. д.

Конъюгальная семья основана на супружеских, а не на родственных отношениях. Это значит, что вновь созданная семья отделяется от родителей и живет в отдалении от них. Такая семья допускает более широкую свободу в исполнении семейных ролей. Американские, российские и европейские семьи принадлежат к конъюгальному типу.

Консангуинальная семья основана на биологическом родстве. Это семья единокровных родственников, она формирует базис системы родства. В современном обществе примером такой семьи выступает расширенная семья, в которой вместе проживают 3 поколения и более. В этой семье один из супругов, обычно старшая женщина, приносит свои желания и потребности в жертву всей родственной структуре. Расширенная семья дает своим членам выраженное чувство безопасности, она не поощряет индивидуализм, разводы.

По критерию лидерства различают: патермальную семью (доминирование мужчины) и матермальную семью (доминирование женщины). Если ни отец, ни мать не выполняют четко выраженных лидирующих функций, говорят о эквалитарной семье (эгалитарность понимается как равное влияние супругов с взаимозаменяемыми ролями).

Большинство российских семей являются конъюгальными и эквалитарными.

Анализируя влияние семьи и брака на здоровье, следует выделять ряд проблем. Во-первых, это проблемы здоровья молодых людей, которые они вносят в семью, вступая в брак. Во-вторых, это отношение семьи к здоровью и болезни ее членов, в третьих, это собственно влияние культурных традиций семьи и брака на здоровье³⁹.

³⁹ Статистика показывает, что число распавшихся браков косвенно зависит от болезней, которыми страдают супруги. В частности, каждая 8-я семья, в которой женщина заболевает неизлечимой болезнью, распадается по вине супруга. Другая многочисленная группа мужчин помогает своим нездоровым женам, окружает их любовью и повышенным вниманием. Женщины, напротив, не только сочувствуют своим заболевшим мужьям, но и берут на себя все тяготы и заботы по уходу за ними. Чем моложе семейная пара, тем больше вероятность, что она распадется в случае болезни одного из супругов.

С точки зрения социологии медицины интересны комплексные исследования, охватывающие влияние на здоровье членов семей материальной обеспеченности, уровня культуры, жилищных условий, питания, воспитания детей, внутрисемейных отношений, обеспеченности медицинской помощью и др. Результаты подобных исследований изменили традиционные представления о прямом воздействии материальных условий жизни на здоровье. Различия в обеспеченности жильем, в размере жилой площади порой не оказывали прямого влияния на состояние здоровья.

Решение женщины родить или прервать беременность зависит от условий жизни (материальной обеспеченности, жилищных условий и особенно пьянства мужа и др.), но эта зависимость опосредована через отношения между супругами (Кузнецов В. К., 1974). Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья. Состав и состояние семей заметно сказываются и на распространенности отдельных заболеваний⁴⁰.

Распорядок дня членов семей — один из комплексных показателей, характеризующих образ жизни.

Например, нарушение режима сна, питания, прогулок и других видов физической активности уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье. Каждый 3-й ребенок, не соблюдающий режима дня, имел неудовлетворительные показатели здоровья — частые острые и хронические заболевания, низкие показатели физического развития и др. (Полунина Н. В., 1974).

Распространенность отдельных заболеваний также находится в большой зависимости от социальной активности, прежде всего учебы, быта, общественной работы, отношений дома, в школе и др. По данным Е. Н. Савельевой (1980), каждый 2-й ребенок, заболевший ревматизмом, обладал низкой социальной активностью.

Обобщив результаты более 8000 посемейных обследований в г. Таганроге, Н. М. Римашевская (1987) пришла к заключению, что показатели

⁴⁰ Напряженные отношения в семье, неблагоприятный психоэмоциональный климат способствуют возникновению и более тяжелому течению ревматизма у детей и подростков (Полунин В. С., 1972; Савельева Е. Н., 1980 и др.): в таких семьях в 2,3 раза больше детей с язвенной болезнью желудка и в 1,7 раза — с гастродуоденитами (Лапин Ю. Е., 1977). Даже при таких заболеваниях, возникновение которых, казалось бы, связано с конкретными физическими воздействиями, устанавливается влияние, и подчас существенное, семейного фактора. Например, в социально-гигиеническом исследовании пояснично-крестцового радикулита (Яковлев Ю. Г., 1977) наряду со значением анатомических дефектов, перенесенных травм, большого физического напряжения, охлаждения и других конкретных причин показана роль производственных и семейных факторов, и прежде всего напряженных семейных отношений.

здоровья зависят в первую очередь от характера труда, питания, отдыха, психологических и другие влияния образа жизни. Особенно убедительны результаты изучения заболеваний, при которых, казалось бы, невозможно или трудно определить влияние социальных условий и факторов образа жизни, так как традиционно такие заболевания рассматриваются исключительно с медико-биологических позиций⁴¹.

Работа. Важной составной частью здорового образа жизни трудоспособного населения является занятость. Безработица оказывает угнетающее влияние на большинство стремящихся работать людей, деформирует сложившийся образ жизни, порождает стрессовые состояния.

Медико-социологические исследования показывают, что большинство работающих не хотели бы оставить работу, даже если бы не испытывали материальной необходимости в ней. Обследования безработных фиксируют легкие нервно-психические нарушения здоровья, которые, однако, быстро компенсируются при трудоустройстве. Выход на пенсию не дает каких-либо патологических эффектов отставки, если только на этот момент человек обладает достаточно хорошим здоровьем и уверенностью в будущей материальной обеспеченности. В связи с этим выход на пенсию в период экономического спада переносится более болезненно, чем в период экономического процветания.

Социально-психологический климат в трудовых коллективах существенно влияет на здоровье и образ жизни работающих всех категорий. Неудовлетворительная психологическая обстановка — одна из причин текучести кадров, увольнений, перемены места работы и даже места жительства, что сказывается на здоровье людей.

Для занятых в тяжелых и вредных условиях малоквалифицированных работников основными стрессогенными факторами являются вредность условий труда, его тяжесть и монотонность. Эти факторы высокоспецифичны для отдельных видов производств, поэтому какие-то обобщения здесь делать трудно.

Однако первой группой повышенного риска считаются руководители. Источники стресса в работе руководителя: ответственность за результаты

⁴¹ Например, в исследовании особенностей распространения рака желудка в Западной Сибири (Вебер О. А., 1980) показано, что на возникновение и развитие этого заболевания воздействуют нарушение питания (нерегулярный прием, систематическое питание всухомятку, плотная еда на ночь, переизбыток, употребление специй, пережаренной, очень горячей пищи и пр.) в сочетании со злоупотреблением алкоголем и курением, тяжелый физический труд, нервно-психическое напряжение и др. Автор делает вывод о формировании к 40-летнему возрасту комплекса характерных экзогенных и эндогенных факторов, способствующих возникновению рака желудка.

основной деятельности организации и за людей; профессиональная карьера; перегрузки; взаимоотношения с другими лицами, занимающими ключевые позиции в организации; трудности в семье, вызванные особенностями управленческой деятельности.

Особенно стрессогенной является позиция женщины-руководителя, поскольку существующие в профессиональной среде стереотипы предъявляют к женщине повышенные и достаточно специфичные требования как на ступенях карьеры, так и при реализации управленческих функций.

Любая индустриальная организация может быть представлена как структура социально-статусных позиций, сопряженных с соответствующими социальными ролями. Идентифицированы 3 основные характеристики организационной роли, вызывающие нервно-психическое напряжение:

- ролевой конфликт, т. е. противоречия требований, предъявляемых к личности, выполняющей данную роль;
- ролевая неопределенность, т. е. неясность требований, которым должна удовлетворять деятельность личности;
- ролевая перегрузка, т. е. чрезмерность требований, превышающих возможности их выполнения личностью.

Влияние индустриального стресса⁴² на работающих можно представить в виде 3 групп показателей: заболеваемости; абсентеизма; производительности.

Заболеваемость работающих отражает не только производственный стресс, но и всю совокупность условий труда и жизни. Однако по исследовательским данным можно выделить симптомы и состояния, связанные с производственным стрессом больше, чем с другими биологическими и социальными факторами.

Это, например, психофизиологические (вегетативные) симптомы, несчастные случаи на производстве, простудные заболевания, а также обращение за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения предприятий. К собственно соматической и психоневрологической заболеваемости тесно примыкают алкоголизм, нарко- и токсикомании.

Абсентеизм — отсутствие на работе из-за заболеваний, прогулов, забастовок и увольнений (текучесть кадров). Нетрудно заметить, что

⁴² На сегодняшний день наиболее известны 3 направления изучения индустриального стресса. Первый из них основан на классическом понимании стресса Н. Selye (1956) как общего адаптационного синдрома. Второй подход основывается на «медицинской» модели стресса Н. Wolff (1953). Третий подход использует «инженерную» («мичиганскую») модель стресса.

абсентеизм возможен не только по причине заболевания, но и из-за нарушения технологической дисциплины, употребления алкоголя на рабочем месте и т. п.

Производительность может снижаться как количественно, так и качественно по причине невыполнения норм выработки, простоев по вине работника, нарушения технологической дисциплины и выпуске бракованной продукции.

От стресса на производстве защищают опыт работы, идентификация с организацией и социальная поддержка на работе. Опыт способствует выработке и закреплению навыков преодоления типичных стрессогенных ситуаций, складывающихся в производственном окружении, создавая «чувство мастерства и компетентности». Идентификация с целями, задачами и субкультурой организации повышает личностную самооценку. Идентификация с организацией обычно тем выше, чем выше производственный статус личности. Социальная поддержка снижает риск многих заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечного тракта, кожных и т. д.). Наибольшее значение для редукации производственного стресса имеет инструментальная поддержка руководителя, а для разрешения личностных проблем — эмоциональная и оценочная поддержка коллег.

Психопрофилактические программы в индустриальных организациях имеют относительно недавнюю историю. До 1980-х годов прошлого столетия психоневрологическая и психологическая консультативная помощь работающим включала периодические медицинские осмотры, борьбу с пьянством и алкоголизмом на производстве.

В странах Запада разрабатываются и узко направленные программы — клинического (ориентированная на индивида консультация в организации) и поведенческого (формирование здорового стиля жизни) содержания. Следует отметить параллелизм развития этих программ с развитием программ обогащения труда и гуманизации индустриальных отношений.

Поведенчески ориентированные программы первоначально сосредоточивались на профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, но затем стали включать в себя рациональное питание, физические упражнения, управление стрессом, отказ от курения и т. п. Интеграция этих программ с традиционными лечебно-профилактическими и наркологическими мероприятиями позволила создать высокостандартизованные и применимые в любой крупной индустриальной организации всесторонние программы сохранения и укрепления здоровья работающих. В качестве примеров можно назвать программы «Джонсон и Джонсон», «Здоровье ради жизни».

Образ жизни. Главные составляющие здоровья человека — полное психическое, физическое и социальное благополучие непосредственно связано с его социально-экономическим и культурно-этническим окружением, слабо контролируемым системой здравоохранения.

Поддержание здоровья ассоциируется с профилактикой, лечением, приемом лекарств и другими методами и средствами врачебного воздействия. Между тем здоровье человека (и еще больше общественное здоровье) зависит от образа жизни людей.

Например, существует прямая зависимость между состоянием здоровья и социальной стратификацией — чем выше социальный класс, тем меньше у его представителей нервно-психических и соматических расстройств.

Образ жизни — способ, формы и условия индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека (трудовой, бытовой, социально-политической и культурной), типичные для конкретно-исторических социально-экономических отношений⁴³.

Различают *коллективный и индивидуальный* образ жизни. Первый относится к большим социальным группам — народам, нациям, культурам, обществам: кочевой и оседлый; христиан, мусульман, буддистов, язычников и т. п.; людей, живших в разных исторические эпохи; представителям разных социальных слоев и классов; представителям разных национальностей; городской или сельский.

Понятие индивидуального образа жизни раскрывает индивидуальные, отличительные особенности жизни человека любой социальной группы.

В широком смысле образ жизни — это вошедший в привычку способ жизнедеятельности, поведения популяции. Он имеет определенную структуру, составные элементы, характерные особенности, отличающие образ жизни одного народа или индивида от всех других. В узком значении образ жизни — сознательно регулируемый способ поведения людей как членов общества.

Образ жизни определяется не только личными качествами человека (характером, темпераментом, культурой), но и социальными условиями среды (социальным положением семьи, уровнем экономического развития общества и политическим режимом страны, климатическими условиями места жительства).

Образ жизни южан и северян, выходцев из высшего и низшего классов, граждан высокоразвитого капиталистического или бывшего социалистического общества сильно различается.

⁴³ Социологический энциклопедический словарь / ред.-координатор — акад. РАН Г. В. Осипов. — М., 2000.

Образ жизни как комплексное понятие характеризуют уровень и качество жизни; особенности культуры; совокупность факторов риска.

Уровень жизни — социально-экономическая категория, выражающая степень удовлетворения материальных и культурных потребностей населения страны (или отдельного региона), классов и социальных групп, семьи, индивида в смысле обеспеченности потребительскими благами, характеризующимися преимущественно количественными показателями, абстрагированными от их качественного значения.

Близко к понятию «уровень жизни» понятие «качество жизни».

Качество жизни — это совокупность материальных, социальных, демографических и т. п. условий жизни и уровень их развитости. Качество жизни можно трактовать и как субъективное восприятие и оценку своей жизни.

В отличие от понятия «уровень жизни» качество жизни включает такие факторы, как уровень демократизации, состояние здоровья населения и состояние окружающей среды, возможности образования, степень социальной защищенности и т. д.⁴⁴

Согласно некоторым данным, по качеству жизни из 173 стран на 1-м месте находятся США, на 2-м — Канада, а Россия занимает 37-е место.

Жизнь и многообразные формы активности человека протекают в рамках определенной культурной общности. Американский антрополог Л. Уайт пишет «Поведение людей — функция культуры. Культура — константа, поведение — переменная; если изменится культура, изменится и поведение»⁴⁵.

Образ жизни, поведение людей в сфере рекреации (области культурной активности, направленной на поддержание здоровья, — медицине, оздоровительных технологиях) формируется под действием культурных факторов: природно-ресурсных, пространственного размещения культурных форм, взаимодействия разных культур, духовно-идейных, рационального исследования и управления, факторов социальных институтов и отношений⁴⁶.

Особенности влияния факторов культуры на состояние общественно-го (индивидуального) здоровья заключены в социальной активности лю-

⁴⁴ Социологический энциклопедический словарь / ред.-координатор — акад. РАН Г. В. Осипов. — М., 2000.

⁴⁵ Уайт Л. Определение культуры // Антология исследований культуры. — СПб., 1997.

⁴⁶ См. подробнее: Социология. Основы общей теории : учеб. для вузов / под ред. акад. РАН Г. В. Осипова. М., 2003.

дей по поддержанию и обновлению своего образа жизни. В этом случае говорят о культуре человеческого поведения, традициях, накопленных знаниях о здоровье и болезни.

Отдельные психические расстройства, в основном психогенной этиологии, присущи только тем или иным культурам. Для иллюстрации влияния этнокультуры на здоровье можно привести биокультурную модель А. Уоллеса, разработанную на примере «арктической истерии» у аляскинских эскимосов (Wallace, 1979). В модели предполагается органическая причина психического расстройства, связанная с объективными условиями жизни конкретной группы.

Общие для граждан России традиции, обычаи, культурные образцы определяются жизненным и хозяйственным практицизмом. В отличие от практицизма народов Западной Европы (ориентированном на расширение производства, достижение прибыли, индивидуальный успех и др.), практицизм народов Евразии определяется способностью преодолевать суровые природно-климатические условия жизни, потенциальную катастрофичность окружающей среды, вести скромный образ жизни при минимальном бытовом комфорте и т. п.⁴⁷

Наряду с уровнем жизни, особенностями культуры к характеристикам образа жизни, влияющим на состояние здоровья популяции, относят *факторы риска*: вредные экологические условия, производственный, бытовой и уличный травматизм, курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и психоактивных веществ, плохое питание, низкая физическая активность, недостаточная охрана здоровья беременных, детей (в первые годы их жизни) и подростков, слабый санитарно-эпидемиологический контроль за инфекционной патологией.

Факторы риска принято разделять на первичные: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамию, психоэмоциональный стресс и вторичные: диабет, артериальная гипертензия, липидемия, холестеринемия, ревматизм, аллергия, иммунодефициты.

Большинство факторов риска зависит от образа и условий жизни людей. Наиболее известна группировка факторов риска и степень их влияния на здоровье популяции Ю. П. Лисицына и Ю. М. Комарова (табл. 1).

В структуре заболеваемости экономически развитых стран преобладают сердечно-сосудистые, болезни органов дыхания, обменные, аллергические, эндокринные, онкологические, нейропсихические и др. расстройства,

⁴⁷ Зарубина Н. Н. Социально-культурные основы хозяйства и предпринимательства. — М., 1998.

а также несчастные случаи и травмы. Эти и другие заболевания, характерные для современного периода цивилизации («болезни цивилизации»), как правило, не имеют строго определенной этиологии в отличие от инфекционных и паразитарных болезней. Их причины объясняются факторами риска — социальными, психологическими, генетическими и др. (см. табл. 2). По мнению Ганс Селье, на смену прежней превалирующей патологии, определяемой воздействием на организм микробных и других факторов, пришла патология патогенных ситуаций, вызванная нарастающими «стрессами жизни», т. е. поведенческими особенностями образа жизни.

Таблица 1. Группировка факторов риска⁴⁸

Сферы влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес факторов риска (в%)
1	2	3
Образ жизни	Курение	49—53
	Употребление алкоголя	
	Несбалансированное питание	
	Стрессовые ситуации (дистрессы)	
	Вредные условия труда	
	Гиподинамия	
	Плохие материально-бытовые условия	
	Употребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Непрочность семей, одиночество	
	Низкий культурный и образовательный уровень	
Высокий уровень урбанизации и пр.		
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням	18—22
	Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням (наследственное предрасположение к заболеваниям)	

⁴⁸ Источник: Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения : в 2 т. / под ред. Ю. П. Лисицына. М. Медицина, 1987. Т. 1, с. 149.

Окончание табл. 1

1	2	3
Внешняя среда	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воздуха	17—20
	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воды	
	Загрязнение почвы	
	Резкие смены атмосферных явлений	
	Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий	8—10
	Низкое качество медицинской помощи	
	Несвоевременность медицинской помощи	

Таблица 2. Распределение факторов риска при различных хронических заболеваниях и травмах (в %) ⁴⁹

Заболевания	Неблагоприятные факторы образа жизни	Генетический риск	Загрязнение внешней среды	Недостатки здравоохранения
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	60	18	12	10
Сосудистые поражения мозга	65	17	13	5
Прочие сердечно-сосудистые заболевания	40	35	17	8
Рак	45	26	19	10
Сахарный диабет	35	53	2	10
Пневмония	19	18	43	20
Эмфизема легких и астма	35	15	40	10
Цирроз печени	70	18	9	3
Транспортный травматизм	65	3	27	5
Несчастные случаи	55	5	30	10
Самоубийства	55	25	15	5

⁴⁹ Источник: Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Проблемные лекции. М. Медицина, 1992. — С 148.

Социальные группы, образ жизни которых наиболее предрасположен к различным заболеваниям, составляют так называемые группы риска. В настоящее время выделяют 5 групп риска:

- демографическая: дети, старики, одинокие, вдовы, вдовцы, мигранты, беженцы, перемещенные лица;
- профессионального риска: работающие в условиях вредных для здоровья производств (тяжелое машиностроение, химическая, металлургическая, транспорт и др.);
- функционального, патологического состояния: беременные; недоношенные дети, родившиеся с малой массой тела; лица с генетическим риском, с врожденными аномалиями, дефектами; инвалиды детства;
- низкого материального уровня жизни, бедности, нищеты: бедные, необеспеченные, безработные, работающие неполный рабочий день, «бомжи».
- лица с девиантным поведением, наличием психопатических, социально-психологических и других коллизий: алкоголики, наркоманы, токсикоманы, проститутки, лица с сексуальными перверзиями, лица с деформациями психического здоровья и поведения (невропатии, психопатии и др.), религиозные и другие сектанты с психическими и физическими отклонениями.

2.2.3. Стимулирование самосохранительного поведения

Долгое время охрана здоровья считалась обязанностью исключительно систем здравоохранения и социальной защиты, в результате критерии оценки деятельности самих систем заменили критерии здоровья населения. Пересмотр этой политики начался с концепции приоритетного развития доступных для населения видов и формирования программ здорового образа жизни.

Начиная с 1991 года, в России вводится медицинское страхование (обязательное и добровольное) как форма социальной защиты населения в области охраны здоровья, разрабатывается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Реформы систем здравоохранения, как в развитых, так и в развивающихся странах, начинались с решения задачи управления здоровьем населения путем дифференцированной адресной поддержки населения и перераспределения средств и кадровых ресурсов, направляемых на раз-

витие здравоохранения и медицинской науки. Основная цель этих реформ — сохранение и укрепление здоровья нации.

Здоровье конкретного человека и общества в целом зависит от общего уровня культуры, образования, психологической установки, условий жизни, состояния системы здравоохранения и др. Характер и объем оказываемой медико-социальной помощи определяется не только возможностями системы здравоохранения, необходимо учитывать мнение людей о своем здоровье и влияние на него факторов риска.

Ключом улучшения общественного здоровья являются стимулирование самосохранительного поведения и здоровый образ жизни.

Самосохранительное поведение включает в себя регулярность питания, занятия физкультурой и спортом, отказ от вредных привычек, соблюдение гигиенических норм, санитарную грамотность, гигиенические привычки, своевременность обращения в медицинские учреждения, в том числе в профилактических целях, строгое выполнение медицинских рекомендаций, соблюдение правил техники безопасности на работе и в быту и т. д.

Ничто не в состоянии способствовать укреплению здоровья больше, чем знание людьми основных факторов, вызывающих болезни или способствующих их возникновению, и принятие мер по ослаблению негативного воздействия этих факторов на здоровье. Лучший способ предотвращения заболеваний — здоровый образ жизни и поддержание условий среды обитания, уменьшающих вероятность болезней.

Известно, что квадратный метр или рубль сами по себе на здоровье влиять не могут, но они воздействуют на способ их использования — и в большой квартире, и с большой зарплатой можно вести нездоровый, негигиенический образ жизни.

Здоровье можно считать даром природы, но от человека и от общества зависит, сохранится, умножится или растратится этот бесценный дар. Особенно беззаботно относятся к своему здоровью молодые люди, не обремененные болезнями. Непонимание значимости здоровья для полноценной жизни — признак не только низкой общей культуры и медицинской неграмотности, но и социального инфантилизма.

Самосохранительное поведение определяется вниманием к собственному здоровью и своевременной профилактикой заболеваний, сознательной ориентацией на здоровый образ жизни. Формирование здорового образа жизни имеет 2 направления: создание, развитие, усиление, активизация позитивных для здоровья условий, факторов, обстоятельств

(по существу формирование потенциала общественного здоровья); преодоление, уменьшение факторов риска здоровью.

Хотя оба направления взаимно связаны, нередко на практике дело ограничивается лишь борьбой с факторами риска, что само по себе очень важно, но это преодоление явлений, лежащих на поверхности, достаточно хорошо известных и измеряемых. Гораздо сложнее создавать факторы здорового образа жизни, в частности, через кооперативные или коммуникативные программы здоровья. В целом такие программы ориентируют население на сознательное активное участие в создании условий, способствующих сохранению здоровья.

Если к этому добавить рекомендации по соблюдению гигиенического распорядка труда, отдыха, учебы, снижению уровня социального и профессионального стресса, повышению физической активности, то перечисленное можно определить как медицинскую программу формирования здорового образа жизни.

При разработке мер по профилактике заболеваний и формированию программ здорового образа жизни необходимо учитывать особенности влияния одинаковых факторов риска при различных заболеваниях. Например, несбалансированное, нерегулярное питание, курение, употребление алкоголя, продолжительность профессионального стажа, эмоциональные нагрузки входят в число факторов развития ИБС, диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Многочисленные медико-социологические исследования подтверждают, что повышение физической активности и сокращение первичных и вторичных факторов риска: курения; потребления поваренной соли, животных жиров, алкогольных напитков и пр. улучшают состояние здоровья. Подобные меры экономичнее, чем лечение болезней.

Медико-социологические исследования влияния факторов риска на уровень общественного здоровья имеют принципиальное значение, так как позволяют выработать общую тактику борьбы (профилактики) с наиболее распространенными неэпидемическими, хроническими заболеваниями, составляющими основу современной патологии экономически развитых стран. Они лишней раз указывают на роль факторов риска как ведущих в развитии патологии и пути снижения риска заболеваний, роль здорового образа жизни и возможности первичной профилактики. Первичная профилактика и формирование здорового образа жизни являются основными направлениями социальной политики в области охраны здоровья.

2.2.4. Социальный статус врача

В системе оказания медицинской помощи врач является центральной фигурой, его позиция, поведенческие установки и практики в конечном счете определяют качество медицинских услуг. Положение самого врача в системе здравоохранения оценивается по приписываемым или достигаемым критериям и фактически определяет его социальный статус. Эта оценка может быть как личностной (личная привлекательность, индивидуальное ощущение престижа), так и объективной, так как самооценка тесно связана с внешней оценкой (социальная значимость), которой индивид наделяется в соответствии с его местом в общественной иерархии.

М. Вебер рассматривал статус как показатель жизненных шансов и предлагал учитывать его как отличный от класса способ измерения уровней социальной стратификации. Согласно М. Веберу, разделение на классы определяется не только наличием или отсутствием контроля над средствами производства, но и экономическими, не связанными с собственностью различиями (мастерством и квалификацией), влияющими на возможности человека выполнять работу. Люди, принадлежащие к категориям профессионалов и управленцев, работают по найму, как и рабочие, но зарабатывают больше, и условия их труда лучше.

Статус врача в системе здравоохранения определяется в первую очередь официальной социальной позицией этой профессии, формируемой государственной политикой (образование, официальная тарифная сетка, официальный престиж профессии и т. д.). Данные характеристики выражаются в отдельных статистических показателях (кадровое обеспечение, стаж работы, квалификационная категория, заработная плата), демографических (пол, возраст, семейное положение и др.) стандартах результативности (количество пролеченных больных, нагрузка на одного врача, численность населения на участке и др.), конечных результатах (количество расхождений диагнозов — врачебных ошибок, обоснованных жалоб и т. д.).

Однако, оценивая статус врача исключительно статистическими методами, невозможно оценить доброту, милосердие, сочувствие медицинского персонала, семейное благополучие, обстановку в коллективе и т. д.

Социальный статус врача — соотносительное положение (позиция) врача, определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения.

Принято выделить критерии статуса врача:

Экономический: экономический контекст врачебной деятельности; эффективность экономического стимулирования; структура текущих доходов; уровень и принципы оплаты труда; дополнительные работы и зарплата (официальная и теневая); стратегия повышения уровня зарплаты как показатель успешности деятельности врача.

Профессионально-должностной: профессиональная карьера; притязания; успех; трудовая мобильность; удовлетворенность своим квалификационно-должностным положением.

Престижность: уровень оплаты труда; возможность переподготовки и повышения квалификации; место работы; опыт врачебной деятельности; мнение коллег-профессионалов; уровень образования; квалификация; коммуникации в системе здравоохранения и вне ее; доступность имущественных благ и привилегий; материальное вознаграждение; возможность решения бытовых проблем; возможности поддержания собственного здоровья и своевременная диагностика и лечение заболеваний.

Социально-психологический: адаптация в коллективе медицинского учреждения; профессиональный рост; объем получаемых доходов; оснащенность рабочего места; авторитет в глазах коллег и пациентов; отношения с пациентами, коллегами, с администрацией; опыт и стаж работы; количество наград и поощрений; дополнительное образование; дополнительная нагрузка; коммуникационные каналы.

В социологической теории статус определяется не только размером и структурой доходов, но и индивидуальными и семейными стратегиями достижения соответствующего материального положения. Индивидуальные стратегии заключаются в усилиях самого врача, например, смена места работы, поиск дополнительных заработков, овладение современными методами диагностики и лечения и т. п. Данные стратегии называют активными в отличие от пассивных индивидуальных стратегий — обращений за материальной помощью в органы социальной защиты, благотворительные фонды или профсоюзные организации. Семейные стратегии сосредоточены на помощи родственников или использовании семейных ресурсов, например, сдача в аренду квартиры, продажа дорогостоящих вещей, работа на приусадебном участке.

В рыночных условиях экономическое стимулирование любого вида деятельности, в том числе врачебной — ключевой регулятор спроса и предложения.

При замене «бесплатного» медицинского обслуживания советского времени на страховую и частную практику лечения важной составляющей

социально-экономического статуса врача становится материальное положение: текущие доходы и уровень благосостояния (обеспеченность предметами длительного пользования). Обе составляющие оцениваются объективными статистическими показателями и субъективными оценками удовлетворенности.

Параметры должностного и профессионального статуса врача задаются жесткими рамками трудового поведения. Признаваемая сообществом и соответствующая социальным нормам и интересам профессиональная карьера — сознательно выбранный путь профессионального или должностного продвижения, результатом которого является достижение определенного «желаемого» статуса. В трудовой биографии каждого врача карьера реализуется по-разному в соответствии с личностными представлениями об успехе, наличием необходимых ресурсов (материальных, культурных, сетевых и др.) и представлениями о приемлемых способах ее достижения.

В целом профессиональную карьеру можно рассматривать как один из видов социальной мобильности личности. При этом движение вверх по должностной лестнице оценивается как вертикальная карьера, а содержательное освоение профессии, профессиональный рост — как горизонтальная карьера.

Для врача наиболее важна горизонтальная карьера: работа в частных клиниках, в страховых медицинских компаниях, за рубежом и т. д. Критерии профессионального уровня врача включают в себя ученую степень, наличие публикаций, преподавание в вузе, которые, в свою очередь, позволяют врачу претендовать на более высокие статусные позиции.

В достижении желаемого профессионального статуса существенны представления врача об успехе. В структуре представления об успехе можно выделить 3 ключевых момента:

- успех оценивается (следовательно, существует некая система мер);
- успех отмечается (следовательно, существует набор знаков и символов, определяющих это понятие);
- успех признается (следовательно, существует «жюри», которое и дает оценку).

Все эти критерии оценки входят в структуру мотивации человека, направляют его активность и ложатся в основу стратегии карьерного роста.

Успех может быть определен по отношению к значимым для человека критериям. Для самого человека восходящая или нисходящая мобильность выражается в реализации его модели жизненного успеха. Модель успеха всегда существует в голове человека, и он пытается воплотить ее в жизнь. На разных этапах жизненного цикла критерии успеха могут

меняться, кроме того, в сознании могут сосуществовать различные модели успеха. В основе лежит усвоенная человеком шкала престижа профессий и соответствующие ей образцы социальных достижений (ценностей на шкале социального престижа), а также уровни профессиональных притязаний. Образцы социальных достижений выступают целью поведения человека (идеальный аналог социального статуса, которого предполагается достичь в будущем). Кроме того, они являются своеобразным эталоном для сравнения и корректировки собственного поведения.

В профессиональном престиже врача, помимо материальной составляющей — оплаты труда, важен и социально-психологический фактор — удовлетворенность работой, возможность наиболее полно реализоваться в профессиональной сфере.

Согласно теории Уорнера, который разрабатывал эту тему с 20-х годов прошлого столетия, *престиж* — это социально-психологическая категория: индивид или социальная группа могут пользоваться им до тех пор, пока их ожидания (требования) признаются другими, желающими выразить свое почтение. Следовательно, статусные различия в этой типологии зависят от осознания ранжирования по престижу. Это американский подход, индивидуальный престиж несколько отличен от европейской традиции, в которой статус характеризует объективную позицию, объем прав и привилегий, а не только самоощущение.

Престиж можно считать и социально-психологической категорией, если ожиданиям престижа соответствует общественное признание. Престиж имеет как личностное, так и объективное измерение.

Престиж с экономической⁵⁰ (рыночной) стороны связан с наличием или отсутствием спроса на конкретные врачебные специальности и специализации. Если медицинская услуга (как результат работы врача) пользуется спросом, то предложение такой работы будет ограниченным. В этом случае удовлетворение от получения престижного места связано с его исключительностью.

Понятие престижа целиком и полностью закрепилось за рыночной медициной, став ее синонимом. Для престижа профессии врача важны

⁵⁰ Экономический метод, или рыночный подход, разработан Ф. Хиршем (Eds F. Hirsch, J. H. Goldthorpe. *The Political Economy of Inflation*. London: Martin Robertson, 1978). Автор считает, что престиж определяется спросом. Если работа пользуется спросом, то предложение этой работы обязательно будет ограниченным. Согласно этой теории, специалисты конкурируют между собой за более высоко оплачиваемые и высоко статусные профессиональные позиции. Удовлетворение, получаемое в результате получения престижной работы, объясняется дефицитом и социальной исключительностью данного места.

образование, квалификация и специализация, которые определяют конкретные предложения на рынке медицинских услуг.

Престижной может быть как специальность, так и место работы. Врачи имеют возможность больше заработать в таких областях, как стоматология, урология, гинекология, дерматовенерология, эндохирургия, там, где услуги могут оказываться на платной основе. Современная иерархия престижа является дополнительным фактором утечки лучших врачебных кадров из государственной медицины. Если есть предложение, существует и спрос, но он ограничен для определенных категорий врачей. Среди этих ограничений — возрастные рамки: предпенсионный возраст; квалификационные и профессиональные требования: наличие особого образования, достаточный стаж работы, высокая квалификация, дефицитная специализация. Дополнительно оцениваются и индивидуальные качества претендента — умение качественно выполнять работу, быть занятым полный рабочий день, мобильность.

Статус врача внутри ЛПУ во многом определяется его взаимоотношениями с пациентами. С введением системы медицинского страхования, с одной стороны, пациенты стали более требовательны к качеству лечения, а с другой — мало что изменилось в материально-техническом положении ЛПУ. Часто это противоречие становится основной причиной конфликтов между недовольным пациентом и не виноватым в данном положении врачом. Способность избежать такого конфликта или сгладить его повышает статус врача в коллективе.

В условиях рыночной экономики материальный фактор заметно усложнил взаимоотношения врача с пациентом. Основной этический принцип — равенство всех перед болезнью требует полной профессиональной включенности врача вне зависимости от личности, статуса и финансовой состоятельности больного. Новые рыночные практики требуют разного отношения к «тем, кто платит» (ДМС, платные услуги, частные практики), и к «тем, кто платит мало» (ОМС, «бюджетники»). В связи с формированием рыночных отношений, к сожалению, сформировался даже новый элемент «врачебной этики»: быть более внимательными, предупредительными к больным платежеспособной категории, причем подчас на глазах остальных пациентов.

2.2.5. Социальное взаимодействие врача и пациента

Правила медицинской этики в отношениях врача и пациента вытекают из многовекового профессионального опыта и общечеловеческих качеств. Поддержание здоровья представляется как партнерство врача с пациентом.

Врач воспринимает пациента как личность со своим миром духовных ценностей, своими привычками, особенностями. Врач умеет успокоить больного, понять его стыдливость, не выпытывать в присутствии других подробности интимных сторон его жизни и заболевания. Врач не должен обидеть больного скепсисом, пренебрежением, невнимательностью или грубостью. Не всякий человек достоин уважения, но всякий достоин сострадания. К сожалению, часто врач спешит, не умеет выслушать пациента, не может скрыть личные симпатии или антипатии, не умеет выбирать слова в разговоре с больным.

В основе большинства конфликтных ситуаций между пациентом и врачом лежит неумение последнего наладить контакт. Пренебрежение личностными психическими реакциями в исследовании болезненного процесса, в установлении контакта с больным и в проведении лечебных мероприятий может привести к ряду неблагоприятных последствий. Иногда психическая реакция определяет состояние больного больше, чем его болезнь. Терапевтический процесс подразумевает активную работу пациента, отсутствие такой активности снижает эффективность лечебных процедур⁵¹.

Выполнение пациентами предписаний врача зависит от многих факторов. Во-первых, пациент может просто не понимать, что ему говорит врач. Однако даже если пациент понимает врачебное назначение, он нуждается в дополнительной подготовке, обучении, чтобы его выполнить. Во-вторых, пациент может руководствоваться не тем, что ему сказал врач, а своими собственными соображениями (снизить дозу лекарства, сделать перерыв в лечении, прервать поддерживающее лечение для того, чтобы «освободиться от лекарства»)⁵². В-третьих, при длительной терапии пациент оказывается неспособным регулярно принимать лекарства.

Почти половина пациентов декларируют свое право знать правду о болезни и претендуют на то, чтобы врач учитывал их мнение. Вместе с тем лишь треть заявляет, что хочет все знать и иметь возможность выбора действий. Однако лишь 10—20 % больных по крайней мере 1 раз пытались получить информацию из более или менее надежных источников, независимых от лечащего врача. К более серьезным источникам информации (медицинские

⁵¹ Результаты исследований показывают, что лишь 50—60 % пациентов выполняют предписание врача.

⁵² Справедливости ради надо сказать, что такой мотив движет и врачами, которые нередко снижают дозу лекарства ниже рекомендованной или неоправданно сокращают курс лечения для того, чтобы уменьшить предполагаемый ущерб для пациента.

книги или журналы) пациенты прибегают еще реже. Половина пациентов получали информацию только от лечащего врача и медсестер и каждый третий — от других пациентов.

Пациенты хорошо чувствуют, что врач не имеет времени и желания вдаваться в подробности, и потому не хотят быть ему неприятными. Это естественные человеческие желания, которые усугубляются слабостью, ранимостью, подавленностью больного, его реальной или воображаемой зависимостью от врача.

В отдельных случаях конфликтные ситуации связаны с элементарными коммуникативными ошибками, совершаемыми врачом. Если, назначая лечение, врач говорит: «Попробуйте вот это лекарство» или «Попробуем еще одно лекарство», то пациент может оценить эту ситуацию как элементарное профессиональное невежество врача. Больной активно лечится только у того врача, которому доверяет. За утратой доверия следует разочарование, эффект лечения резко снижается.

Больной, обращаясь за медицинской помощью, надеется на участие, внимательное отношение и сострадание со стороны врача, и врач не может (не должен) обмануть надежды больного. При правильном поведении врача, соблюдении деонтологических положений доверие к нему должно появиться уже после первой беседы, а авторитет — в течение нескольких недель.

Часто резкое изменение своего поведения непосильно для пациента. При работе с пациентом необходима индивидуальная гибкая программа с учетом конкретных потребностей человека, его образовательного и социального статуса. Индивидуальный подход врача и обратная связь с пациентом позволяют значительно больше изменить поведение и повысить информированность обратившегося за медицинской помощью. Пациенту предоставляются в доступном виде сведения о состоянии его здоровья, и при выборе тактики помощи врач обязательно вовлекает пациента в принятие решения. По окончании лечения пациента обучают самосохранительному поведению, связанному с перенесенным заболеванием, учат распознавать и справляться с незначительными нарушениями, инструктируют, в каких случаях следует обращаться за медицинской помощью.

Пациент, зная заключение врача, может сам выбрать приоритеты поведения. Однако только врач определяет способы лечения с учетом личности пациента. Конкретные цели по улучшению здоровья должны быть оговорены с пациентом и зарегистрированы в амбулаторной карте или истории болезни. Необходимо обсуждать те моменты поведения,

которые должны быть изменены, уделяя внимание культурным навыкам больного и тем его психологическим характеристикам, которые могут помешать или способствовать успеху.

После разработки стратегии изменения поведения предлагается программа последующих визитов или телефонных контактов для анализа положительных изменений. Обратная связь повышает шансы на успех. Пациенты, которые преуспели в одной своей попытке, захотят продолжить этот путь.

Например, отказ от курения позволяет человеку более активно заниматься спортом, что, в свою очередь, может заставить его изменить режим питания.

Врач обязан заботиться о своем авторитете, беречь и развивать его как элемент лечебного воздействия. Стремление к авторитету — не только личное дело врача, это его обязанность и предмет заботы всего общества.

Совершенствование профессиональных знаний, повышение квалификации — одно из главных положений медицинской деонтологии. Широко образованный врач может более доходчиво и убедительно объяснить сущность того или иного явления, связанного с физиологией и патологией человека, как и чем можно помочь больному, что для него полезно или вредно и т. п. Врач низкой квалификации, решая сложные вопросы, может допустить ошибки из-за профессионального невежества, которые повлекут тяжелые последствия.

Взаимодействия врача и пациента зависят от:

- эффективности подходов к изменению поведения пациента;
- конструирования потенциальной эффективности медицинской услуги (возможность выполнить обследование, скрининговые тесты, использование лекарственных средств и медицинских ресурсов амбулаторной помощи);
- помощи в выборе тех факторов, которые уменьшают страдания пациента;
- контроля за состоянием пациента путем последующих контактов;
- включения в работу с пациентом среднего медицинского персонала, семьи;
- привлечения специалистов для оценки эффективности медицинской помощи;
- разработки превентивных мер по профилактике патологических состояний.

Врач добровольно возлагает на себя моральную ответственность за неблагоприятные исходы лечения. Эта ответственность требует максималь-

ной отдачи духовных сил. В свою очередь, общество в целом и государство как один из главных социальных институтов обязаны гарантировать врачам достойное существование и жизненные перспективы.

Главная цель профессиональной деятельности врача — сохранение жизни человека и повышение ее качества путем оказания неотложной, плановой и превентивной медицинской помощи. Несмотря на совершенствование законодательства, регулирующего деятельность медицинских работников и повышение профессионального уровня врачей, все же встречаются врачебные ошибки, конфликтные ситуации, которые могут резко снижать общественную полезность врачебной деятельности⁵³.

2.2.6. Социологические аспекты медицинских профессий

Медицина наряду с юриспруденцией стала одной из первых областей, которые теперь принято называть профессиями⁵⁴.

По Т. Парсонсу, профессия определяет свой собственный уровень образования и подготовки. Обучающийся профессии студент проходит обширный курс подготовки и социализации. Профессиональная деятельность признается законной при наличии лицензии. Выдача лицензий и допуска к деятельности осуществляется представителями этой профессии. Большая часть законов, относящихся к профессии, формируется самой профессией. Профессия добивается выгоды в доходах, власти и положении и может требовать наиболее высокого уровня подготовки студентов. Профессионал относительно свободен от оценки своего труда непрофессионалами. Нормы деятельности, налагаемые профессией, часто более требовательны, чем официальный контроль. Члены профессионального сообщества имеют развитое чувство единства со своей группой в трудовой деятельности. Профессия в большинстве случаев остается делом всей жизни.

В социологии профессий, связанных с медициной, важны исследования взаимоотношений между группами специалистов, различной

⁵³ Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ (статья 63) предусмотрено, что медицинские и фармацевтические работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

⁵⁴ «Профессия в самом чистом виде — это академическая профессия, профессия поиска и передачи знаний. Она окружена кольцом профессий, посвященных приложению знаний к задачам общественного порядка (право), здоровья (медицина), эффективности государственных и частных организаций (администрация), эффективного использования ресурсов вне социальной среды (технология)». Parsons T. The Professions and Social Structure (1939) // Parsons T. Essays in Sociological Theory (Revised Edition). N.Y.: The Free Press, 1966. P. 35.

занятости и профессий в рамках одной социальной системы — системы здравоохранения.

В западной социологии медицины основное внимание уделяется исследованиям деятельности медсестер, врачей, администраторов и управленцев (формирующих политику здравоохранения). В основном анализируются процессы адаптации работников к собственно медицинским нуждам. Все более пристальное внимание уделяется исследованиям социальных различий между разными специальностями и их связи с социокультурной ситуацией.

Остается актуальной проблема саморегуляции (каким образом врачи осуществляют влияние друг на друга и на работу всего медицинского персонала) в поликлинике, стационаре, лечебно-диагностическом центре и т. д. Качество работы и профессионализм медицинских работников во многом зависят от условий их жизни, возможностей профессионального роста и развития.

Медицинские профессии постоянно претерпевают определенные изменения. Это связано не только с экономическими преобразованиями системы здравоохранения, но и с социальными изменениями, изменениями в отношении к здоровью и болезни.

Важны социологические исследования результатов внедрения научных достижений в медицинскую практику; престижа деятельности всей системы здравоохранения (начиная от участкового врача до научно-исследовательского института); последствий перехода системы здравоохранения к работе в условиях рыночной экономики.

2.3. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

2.3.1. Основные направления исследований

Социокультурные аспекты институциональных изменений медицины и здравоохранения

Сравнительный анализ систем организации здравоохранения. В рамках этого направления изучаются и сравниваются системы здравоохранения разных стран и возможности их применения в России.

Социокультурные аспекты здравоохранения. В эту область входит исследование взаимоотношений между врачом и пациентом и их влияния друг на друга, влияния культуры и социальной истории на составляющие

медико-социальной системы и организационные формы медицинской практики в различных медицинских системах.

Медико-социологический взгляд на распространение и этиологию болезней. Здесь важнейшую роль играют социальная мобильность, социальная изоляция и социальное давление, взаимовлияние биологических, генетических и социальных факторов. Выделяют и изучают значимые медико-социальные отношения и типы поведения личности и групп в социальных процессах, способствующих возникновению и распространению заболеваний.

Социальная эпидемиология. Эпидемиология применима не только к распространению болезни, но и к медицинским услугам и различным болезненным состояниям социальной этиологии (онкологические и сердечно-сосудистые заболевания и др.). Эпидемиологический подход можно применять к исследованию детерминант поведенческих реакций, последствий для здоровья и жизнеспособности у разных народов.

Смертность как медико-социологическая проблема. В изучении смертности социологию медицины интересуют медико-социальные модели (pattern) смертности и адаптация функции медицинских учреждений к изменившимся моделям болезни и смерти. Одной из важнейших тем исследований отечественных социологов являются причины растущей разницы смертности мужчин и женщин и влияние социальных и культурных событий на смертность.

Социологическое осмысление влияния состояния здоровья и последствий заболеваний на общество. Исследования в этой сфере социологии медицины базируются на описании и объяснении того, как отношение людей к болезни и собственному здоровью отражается на формировании норм и ценностей в обществе; как культурные традиции и различия в обществе влияют на понимание человеком необходимости укрепления и сохранения собственного здоровья (развития заболеваний, проблем нетрудоспособности, процессов старения и умирания).

Проблемы медицинского образования. Изучают влияние на медицинское образование государственной поддержки медицинских исследований; изменения роли и ответственности научно-педагогических исследовательских центров, имеющих непосредственное отношение к системе охраны здоровья.

Институциональные изменения в предоставлении медицинских услуг

Социология лечебно-профилактического учреждения. В основном исследования такого рода касаются роста числа и уровня технологий, профессионального соперничества, межличностных взаимоотношений

в коллективах, вопросов подготовки и принятия решений, разделения труда и др. *Например, роль стационара в значительной мере зависит от деятельности амбулаторных учреждений различного назначения и от профессиональных норм, определяющих необходимость госпитализации.*

Организация медицинской практики. Социологические исследования медицинской практики имеют несколько основных направлений:

- медико-социологический анализ медицинских технологий;
- изучение отношения населения к различным видам медицинской помощи, объему и характеру предоставляемых медицинских услуг;
- общественная оценка новых организационных форм и методов работы в медицинской практике.

Потребление услуг системы охраны здоровья. Решение пациента обратиться за медицинской помощью, является результатом психологической работы по осознанию собственного заболевания, потребности в медицинской помощи, сложных шагов по отбору медицинского учреждения и врача, т.е. зависит не только от тяжести заболевания. Для социологии медицины важно построить типичные модели потребителей медицинских услуг.

Социально-психологические аспекты институциональных изменений поведения медико-социальных групп

Социальное поведение и технологии его изменения. Новые социальные технологии позволяют модифицировать медицинское поведение⁵⁵ личности и групп. Необходимо обучить людей элементарным навыкам, которые могут облегчить их социальную и личностную адаптацию или позволить им жить более полноценной жизнью, несмотря на утрату трудоспособности.

Взгляд на проблемы стресса и болезни. Социологи и медики анализируют источники социального стресса в обществе и связь между стрессом и болезнью. Исследования этиологии различных болезней, включая ишемическую болезнь сердца, гипертоническую и язвенную болезни и невроты подтверждают взаимосвязь между стрессом и возникновением заболевания.

Социальная психиатрия и групповая психотерапия. Исследования включают в себя анализ социальных, юридических, этических и нравственных

⁵⁵ *Медицинское поведение* — взаимодействие индивида или социальной группы с окружающей средой и медициной как социальным институтом, позволяющее сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

проблем, связанных с определением реакции общества на психические болезни; изучают социальную этиологию психических болезней и формирование здорового психологического климата как в трудовых коллективах, так и в обществе в целом. Путем адаптации социального окружения можно ограничить нетрудоспособность и социальную беспомощность человека в создавшихся условиях.

Общественное здравоохранение. Социологию медицины интересует влияние образа жизни и социального окружения человека (несчастные случаи, различные хронические болезни, социальная эпидемиология, загрязнение окружающей среды, профилактическая работа и пропаганда здорового образа жизни, организация и планирование медицинской помощи) на деятельность системы здравоохранения.

Институциональные изменения в управлении здравоохранением

Политика здравоохранения и политическая деятельность. Западные социологи рассматривают политику здравоохранения как самостоятельную отрасль социологии медицины. Подход к здравоохранению как к политической системе позволяет исследовать, насколько интересы политиков и специалистов-медиков влияют на развитие здравоохранения, получение льгот и юридической защиты, определение социальных приоритетов на национальном уровне, на уровне регионов, медицинских организаций, непосредственных поставщиков медицинских услуг.

Социология профессий, связанных со здравоохранением. Исследования социальной организации и взаимоотношений групп людей в рамках одной медико-социальной системы, исследования деятельности среднего медперсонала, врачей, администраторов и людей, ответственных за формирование политики здравоохранения. Изучаются вопросы саморегуляции медицинских работников в поликлинике, стационаре, лечебно-диагностическом центре и др.

Социальные аспекты экономики здравоохранения. Социология медицины не включает в себя экономику здравоохранения как таковую, но занимается медико-социологическим прогнозом результатов экономических реформ, проводимых в системе здравоохранения, и может внести существенный вклад в разработку экономической концепции политики здравоохранения путем исследования медико-социологических и экономических переменных.

Организация и управление структурами здравоохранения. Социология медицины изучает возможности использования социальных методов в управлении коллективом медицинского учреждения, кооперации, информации и информационного пространства в развитии взаимоотношений

между различными как частными, так и государственными организациями — посредниками.

Юридические и этические проблемы. Медико-социологические исследования в этой области социологии медицины касаются продления жизни пациентам с неизлечимой болезнью; развития трансплантологии; согласия на медицинское вмешательство; экспериментов на людях; аборт.

2.3.2. Стратегическое планирование медико-социологических исследований

Вопросы охраны здоровья населения, нужды и запросы людей, их представление о том, какой должна быть система здравоохранения, находят все большее отражение в медико-социологических исследованиях.

Разрозненные исследования и социологические опросы по отдельным регионам, конкретным ЛПУ и от случая к случаю не позволяют получить полное представление о реальном состоянии дел в системе здравоохранения и уровне здоровья населения.

Управление здоровьем населения требует учета факторов различной природы (медико-биологической, медико-социальной, эколого-антропогенной, социально-экономической), эффективной системы контроля и формирования единых социальных стандартов.

Для стратегического планирования здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования нужно иметь четкое представление о состоянии здоровья населения в конкретном регионе. Необходимо регулярное изучение медицинских, экономических, политических и социальных проблем охраны здоровья населения, т. е. создание постоянной системы сбора и оценки информации — медико-социологического мониторинга общественного здоровья и здравоохранения. Это будет инструментом для исследования социально-экономических процессов в сфере здравоохранения, анализа происходящих перемен и в перспективе должно стать одним из основных методов прогноза как позитивных, так и негативных тенденций в медицине как социальном институте.

Целью медико-социологического мониторинга (МСМ) могут быть различные стороны здоровья населения, качества жизни пациентов, деятельности систем здравоохранения и ОМС. При этом объектом медико-социологического исследования является статистическая совокупность, состоящая из относительно однородных единиц (половозрастные группы населения, лечебно-профилактические учреждения, врачи-специалисты и т. п.), в определенном времени и пространстве.

Цели медико-социологического мониторинга:

- установление и оценка факторов, вредно влияющих на здоровье человека;
- прогнозирование состояния здоровья населения;
- подготовка предложений по государственной политике в совершенствовании медицинского страхования и здравоохранения.

МСМ осуществляется путем:

- наблюдения за показателями здоровья населения с использованием всех информационных баз данных о состоянии здоровья граждан;
- сбора, хранения, обработки и систематизации данных наблюдения за состоянием здоровья населения, качеством и объемами медицинской помощи и т.д.;
- системного анализа и оценки получаемой информации.

МСМ осуществляется по нескольким направлениям, например:

- социально-экономическая активность, положение и социальный портрет потребителя медицинских услуг;
- социально-экономический портрет страхователей;
- экономико-социологическая характеристика поставщиков медицинских услуг;
- социально-экономическая активность и социальный портрет представителей медицинских услуг;
- роль системы обязательного медицинского страхования в расходах населения на поддержание здоровья.

2.3.3. Практическое использование результатов медико-социологических исследований

Дифференциация потока пациентов. Для адекватного медицинского обеспечения населения необходима информация как об уже оказанной медицинской помощи, так и о потребностях в ней. Для получения такой информации проводят медико-социологические исследования.

Данные МСМ помогают сравнить объемы «бесплатной» медицинской помощи (за счет бюджета и средств ОМС) с общим объемом медицинской помощи, необходимой больным и оказанной населению в медицинском учреждении. Однако по неудовлетворенным потребностям можно лишь косвенно судить о потребностях и качестве медицинских услуг. Важно знать, как потоки пациентов (спрос на медицинские услуги) зависят от типа и географического расположения медицинских учреждений. По отношению к конкретной территории (к конкретному ЛПУ)

пациентов разделяют на внутренний и внешний потоки. К *внутреннему потоку* относят пациентов, пользовавшихся медицинскими услугами только на данной территории или в данном ЛПУ. Во *внешний поток* включают пациентов, обращающихся за медицинской помощью полностью или частично за пределами данной территории.

Например, в условиях обязательного медицинского страхования к внутреннему потоку относят пациентов, застрахованных на данной территории и прикрепленных к данному ЛПУ. Во внешний поток попадают застрахованные на иных территориях РФ.

В ходе мониторинга важно отслеживать динамику обращений за медицинской помощью. Величина потоков в лечебно-профилактические учреждения, расположенные близко к месту жительства пациентов, не является постоянной. Внешний поток может быть обусловлен закреплением плановой и экстренной стационарной помощи для жителей тех или иных районов за другими медицинскими учреждениями, а также возможностью получения частью населения медицинской помощи в специализированных ведомственных учреждениях по месту работы.

Пример постоянного внешнего потока для Московской городской системы ОМС: стремление части застрахованного населения РФ получить специализированную медицинскую помощь только в медицинских учреждениях Москвы.

По данным удовлетворенного спроса в ЛПУ можно определить нерациональное с точки зрения пациента расположение ЛПУ на территории и оценить интерес пациентов к муниципальным медицинским учреждениям. Перераспределение внутреннего потока потребителей медицинских услуг по ЛПУ, расположенным на территории, можно объяснить объективными факторами:

- более слабой материально-технической базой по сравнению с другими ЛПУ (нет рентгенологической службы, узкий спектр функциональной диагностики, односменная работа узких специалистов, удаленность от лабораторной службы и пр.);
- реорганизацией и перепрофилированием в больничном (стационарном) комплексе консультативной, диагностической служб, стационаров дневного пребывания и т. д.;
- заинтересованностью ведомственных медицинских учреждений, располагающих мощным материально-техническим и кадровым потенциалом, в обслуживании городского населения в условиях ОМС.

Таким образом, данные МСМ позволяют оценить влияние распределения ресурсов системы здравоохранения на общественное здоровье.

Оптимизация доступности квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Организация медицинской помощи, особенно высококвалифицированной и специализированной определяется департаментами здравоохранения региона (и/или медицинским учреждением областного уровня), в то же время при планировании должны учитываться мнения пациентов и медицинских работников. Важно изучать мнение потребителей медицинских услуг о доступности и качестве медицинского обслуживания на всех уровнях, а также мнение врачей о реализации их трудового потенциала, эффективности проводимых диагностических и лечебно-оздоровительных мер.

Мониторинг целевых программ в здравоохранении. Программа обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (далее Программа) включает медицинскую помощь, оказываемую учреждениями здравоохранения за счет бюджетного финансирования и средств обязательного медицинского страхования. Целью Программы является выполнение государственных гарантий по обеспечению населения всех социальных групп бесплатной медицинской помощью и профилактическими мероприятиями установленного объема и качества.

К целевым программам в Московской системе здравоохранения относятся: целевая диспансеризация населения; скорая и неотложная медицинская помощь; экстренная медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях (городская служба медицины катастроф); охрана здоровья матери и ребенка; вакцинопрофилактика; охрана здоровья подростков, студентов и учащихся средних специальных учебных заведений; лечение ветеранов (инвалидов) войн; лекарственное обеспечение, в том числе льготных категорий населения, медицинская помощь больным с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями и т. д.

С целью повышения качества оказываемых населению бесплатных медицинских услуг, совершенствования льготного лекарственного обеспечения декретированных групп населения и укрепления материально-технической базы отрасли необходим медико-социологический мониторинг:

- выполнения Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;
- социально-экономических результатов деятельности системы ОМС;
- социально-экономической активности и социального портрета потребителя медицинских услуг;
- социально-экономического портрета поставщиков медицинских услуг (статуса врача в системе ОМС);
- социально-экономического состояния страхователей;

- отношения граждан к системе ОМС и реформам в здравоохранении;
- доступности и качества медицинского обслуживания в системе ОМС;
- медицинских технологий.

Спрос населения на медицинские услуги. Нормативная потребность в медицинской помощи не отражает всех нужд и запросов пациентов, поэтому спрос на медицинские услуги в известной мере определяет взаимоотношения врача и больного. Больной становится полноправным субъектом этих отношений, если за ним признается право влияния (через учет его интересов получить наиболее качественную для его возможностей медицинскую услугу) на развитие системы здравоохранения.

Удовлетворение спроса на медицинские услуги является субъективным критерием комплексной оценки потребности населения в медицинской помощи; оптимальности муниципальной медицинской сети; качества медицинской помощи и т. д. Исследования спроса населения на основные виды специализированной медицинской помощи с учетом половозрастного состава позволяют оптимизировать структуру ЛПУ. В связи с этим спрос населения на медицинские услуги является важным объектом медико-социологического мониторинга.

Отношение населения к реформам в здравоохранении. Здравоохранение является важнейшим институтом социальной защиты населения. Изменение экономической или политической ситуации в стране чаще всего влечет за собой реформирование системы здравоохранения⁵⁶. В большинстве случаев изменения в структуре и организации системы здравоохранения осуществляются с целью:

- реализации новых программ по улучшению здоровья населения;
- повышения доступности и качества медицинской помощи;
- достижения социальной справедливости при получении медицинской помощи;
- приведения потребностей населения в медицинской помощи в соответствие с финансовыми и материальными возможностями в стране.

Оценка реформ не всегда объективна. Так, в отношении бюджетно-страховой медицины большинство субъектов ОМС высказывается положительно или более положительно, чем отрицательно. Население проявляет большое недоверие к работе медицинских учреждений в условиях МС.

⁵⁶ В 90-х годах XX века автором были разработаны предложения по социологическому сопровождению перехода здравоохранения России к обязательному медицинскому страхованию (медико-социологический мониторинг внедрения обязательного медицинского страхования в регионах России). Для этого были разработаны и реализованы конкретные программы медико-социологического мониторинга во всех сферах здравоохранения.

Результат реформ здравоохранения может быть признан положительным при улучшении:

- состояния здоровья населения;
- медицинского обслуживания населения;
- медико-технологических характеристик деятельности медицинских учреждений (используемые медицинские технологии, профилактическая работа, диспансеризация, эффективность управления, использование медицинского оборудования, квалификация персонала, удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, доступность различных видов медицинской помощи, эффективность использования имеющихся ресурсов и др.).

Информированность населения о деятельности ЛПУ, страховых медицинских организаций. Хотя 90% жителей имеют страховой полис, население плохо осведомлено об особенностях медицинского обслуживания в новых условиях. Данные МСМ по вопросам информированности граждан в сфере медицинской помощи могут служить основой для корректировки работы субъектов системы ОМС (ЛПУ, страховых медицинских организаций).

Защита интересов застрахованных в системе ОМС заключается в обеспечении прав граждан на получение необходимого объема качественной медицинской помощи. Обеспечение прав застрахованного реализуется на уровне субъектов ОМС: страховой медицинской организацией (СМО), ЛПУ и территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС). О деятельности территориальной системы ОМС можно судить по числу жалоб и заявлений застрахованных, досудебных и судебных разбирательств, регрессивных исков. Все это зависит не только от состояния и качества медицинского обслуживания, но и от информированности населения и медицинского персонала о своих правах и обязанностях. Несовершенство просветительской работы в системе ОМС, с одной стороны, ограничивает реализацию прав застрахованных в полном объеме, а с другой — ведет к необоснованному росту числа заявлений, жалоб и судебных исков.

При недостатке информации реализация прав застрахованного перемещается с недопущения их нарушения в область следствия, т. е. уже произошедшего нарушения.

Недостаточная информация порождает необъективную оценку качества и экономической целесообразности медицинской деятельности.

Информированность населения важна для определения перспектив развития платных услуг в системе муниципального здравоохранения и повышения качества медицинского обслуживания.

Доступность и качество медицинской помощи. Доступность медицинской помощи — это возможность потребителя получить необходимую помощь в то время и в том месте, когда и где это требуется, в должном объеме и по разумной цене. В стратегическом плане все население страны, включая мигрантов и вынужденных переселенцев, должно иметь доступ ко всем видам медико-социальной помощи, направленной на улучшение физического и психического здоровья и обеспечение реабилитации инвалидов.

Доступность медико-социальной помощи и справедливость в ее распределении отражается в уменьшении разницы в состоянии здоровья различных социально-демографических групп населения.

Для оценки качества медицинской помощи используются данные по применяемым медицинским технологиям и медицинскому оборудованию; объемах профилактической и диспансерной работы; хирургической активности; уровню квалификации персонала, а также равенству и доступности первичной медико-санитарной помощи для всех групп населения и регионов страны; доступности различных видов медицинской помощи; удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Обеспечение качества медицинской помощи в определенной степени связано с защитой прав застрахованного. Для повышения качества обслуживания пациентов важно также знать мнение врачей и среднего медицинского персонала. По мнению опрошенных врачей, на качество медицинской помощи существенно влияют экономические показатели работы ЛПУ.

Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи. Наиболее наглядным показателем качества медицинской помощи является удовлетворенность как всего населения, так и его отдельных социально-экономических групп. Удовлетворенность следует понимать как соотношение потребностей и установок, проявляющихся в фактических требованиях, с оценкой возможности их реализации. Неудовлетворенность определяется как разрыв между запросами человека и реальным положением, определяющий взаимосвязь его объективных и субъективных социальных запросов. В качестве критерия оценки используют процент удовлетворенности и неудовлетворенности респондентов.

В ходе медико-социологического мониторинга удовлетворенность медицинским обслуживанием в конкретном медицинском учреждении должна рассматриваться дифференцированно для различных сфер его деятельности.

Например, об удовлетворенности больных медицинским обслуживанием в стационарах можно судить по организации работы приемного отделения; условиям и качеству питания; бытовым условиям в палатах и отделениях;

возможности социальных контактов в больнице; отношению к больным лечащего врача; работе диагностических подразделений; работе среднего медицинского персонала; качеству проведения лечебных процедур; квалификации врачей; организации ухода за больными.

Удовлетворенность неотложной медицинской помощью складывается из своевременности приезда бригады, качества оказания помощи, личностных характеристик обслуживающего персонала, получения информированного согласия больного на оказываемую помощь и т. п.

Динамика потребления платных медицинских услуг. Развитие рынка медицинских услуг в России, платного медицинского обслуживания и добровольного медицинского страхования повысило материальную заинтересованность работников ЛПУ во внедрении новых эффективных медицинских технологий, повышении качества лечения.

Регулярное изучение мнения пациентов о платных медицинских услугах (объемах и условиях предоставления) позволяет анализировать спрос населения территории на платные услуги. Прежде чем выяснять мнение пациентов, необходимо владеть информацией об оказании платных медицинских услуг в ЛПУ. Кроме того, следует изучить платежеспособность лиц, пользующихся платными услугами (доходы в расчете на 1 члена семьи, стоимость потребительской корзины на территории).

Важно не только выяснить стабильность пользования платными медицинскими услугами в определенной группе населения, но и определить формы оплаты услуг (подарки медицинскому работнику, дополнительная оплата услуги независимо от официальной оплаты).

По полученным данным можно делать выводы о значимости и доступности, каналах и формах оплаты для населения медицинских услуг.

Формирование платежеспособного спроса на медицинские услуги регулируется социальными институтами общества; социально-экономическим положением социальных групп; наличием общественных потребностей в получении бесплатной, квалифицированной и качественной медицинской помощи.

Рыночные механизмы менее всего проявляют себя в условиях пассивного (по участково-территориальному принципу) обслуживания населения. Заинтересованность медицинских организаций в пациентах может стимулировать переход к их свободному обслуживанию.

Для повышения качества медицинской помощи и оптимизации деятельности ЛПУ следует учесть мнение населения о:

- состоянии объектов амбулаторно-поликлинической сети и диагностических служб;

- приемлемости цен на платные услуги (стоматология и др.);
- материально-технической базе здравоохранения территории в целом и конкретных медицинских учреждений;
- укомплектованности ЛПУ узкими специалистами;
- квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- доступности диагностических услуг (УЗИ, томография, гастроскопия, исследование на СПИД и др.).

Медико-социологическая оценка врачами эффективности использования своего трудового потенциала. Мнение врачей об организации рабочего времени (на диагностику, лечение основного заболевания, лечение сопутствующего заболевания, лечение осложнений после хирургического вмешательства, консультирование пациентов, профилактические осмотры, обсуждение случаев патологии и обучения коллег и др.) может служить субъективной оценкой качества их работы.

Важно знать мнение врачей о причинах снижения эффективности диагностических и лечебно-оздоровительных мер в лечении заболеваний; современных материалах, медицинском оборудовании; причинах плохого отношения пациентов к своему здоровью и рекомендациям врачей; о возможности проводить диагностические процедуры (наличие/отсутствие реактивов, специалистов, аппаратуры) и др.

Воздействие экологических факторов (замеры проб воздуха на территории города по основным показателям, статистика загрязненности городских территорий и т. п.) на потребность в тех или иных видах медицинской помощи для различных половозрастных групп является одним из направлений медико-социологического мониторинга. Влияние экологии на характер и объемы медицинской помощи особенно заметно для населения, проживающего на экологически неблагоприятных территориях (прежде всего в крупных мегаполисах, промышленных центрах).

2.4. МЕДИЦИНА КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

2.4.1. Сущность медицины как социального института

Социальные институты определяют жизнеспособность любого общества. Базовый, *первичный уровень общества* включает в себя устойчивые, нормативно фиксируемые и воспроизводимые социальные действия и взаимодействия.

Например, в поведении разных врачей будут воспроизводиться неизменные, устойчивые элементы, которые составляют ролевой стандарт врача, принятый в данном обществе.

Вторичный, институциональный уровень общества образует система социальных институтов, которые выполняют строго предписанную функцию: обучают, производят, защищают, лечат и т.д. Функция и роль тесно связаны. Меняются люди, но роли остаются. Сохраняются и социальные институты.

В свою очередь, устойчивость социальных институтов, организаций обеспечивается так называемой социетальной⁵⁷ структурой, состоящей из двух взаимодополняющих способов организации связей между институтами и общностями: культуры и политической власти, которые препятствуют распаду общества, обеспечивают его целостность.

По аналогии с социальной культурой *медицинская культура* — это совокупность передаваемых из поколения в поколение социально значимых ценностей, социально приобретенных знаний, гигиенических норм и правил поддержания и продления физической активности, предупреждения и лечения болезней, сохранения и укрепления здоровья.

Благодаря передаче медицинской культуры медицина сохраняется и развивается как социальный институт. С помощью медицинских норм, ценностей, обычаев медицинская культура упорядочивает, направляет, ориентирует действия людей в сфере здоровья. Благодаря медицинской культуре человек усваивает сложившиеся представления о целесообразности, необходимости или неизбежности поведения в период (до или после) болезни.

Медицинская культура:

Во-первых, информирует человека о том, на что можно рассчитывать, надеяться, как себя вести, чтобы быть принятым, одобренным другими, и о том, что может быть нежелательным при возникновении болезни, при обращении к врачам.

Во-вторых, побуждает, мотивирует человека к медицинскому поведению, одобряемому в социальной группе (обществе).

В-третьих, налагает ограничения, контролирует поведение людей, которые должны вести себя принятым (приемлемым) образом.

Перечисленные функции медицинской культуры воплощаются в деятельности всех организационных структур здравоохранения.

⁵⁷ Социетальный (societal) — термин, используемый тогда, когда говорят об обществе в целом. Аберкромби Н. и др. Социологический словарь: Пер. с англ. / Н. Аберкромби, С. Хилл, Б. С. Тернер / Под ред. С.А. Ерофеева. М.: Экономика, 1999.

Индивидуальные и коллективные формы поведения обладают устойчивостью, существуют десятилетия или даже столетия. В больнице нас лечат, в школе обучают детей, в суде устанавливают виновность, в вузе готовят специалистов, на работе у нас есть надежные партнеры, с которыми мы взаимодействуем, и т. д. Институциональный (утвердившийся, отлаженный и регулярный) образ общественной жизни определяет устойчивость жизнедеятельности личности.

Поведение личности в рамках социального института предсказуемо. С точки зрения производственных отношений это разделение труда и профессиональное выполнение функций. Общество может осуществлять и специальную подготовку людей для выполнения профессиональных обязанностей. Тем самым достигается достаточно высокая эффективность социальных институтов в удовлетворении потребностей людей.

Регулярность и самовозобновляемость большинства социальных институтов обеспечиваются путем обезличенности требований к тому, кто включается в деятельность института, «замещает вышедшего».

Предположим, участковый врач по той или иной причине уволился из поликлиники. На место ушедшего возьмут нового врача. Однако где гарантия, что он сумеет работать на этом месте? Как добиться, чтобы его деятельность была предсказуемой в смысле как качества, профессионального уровня, так и норм взаимоотношений с руководителем, коллегами, подчиненными, пациентами? В ходе исторической практики были выработаны стандартизованные, деиндивидуализированные требования к тому, кто «заменит ушедшего» (в том числе правила отношений врачей друг с другом, с подчиненными, руководителями, пациентами), к любому претендующему на определенную должность или уже выполняющему определенную функцию. Деиндивидуализация требований к тем, кто занимает определенную позицию, «ячейку» в цепочке взаимосвязей института (т. е. берется за выполнение определенной функции) предохраняет социальный институт от развала.

Социальные институты помогают людям решать жизненно важные проблемы. Например, люди для продолжения рода прибегают к институту семьи, а заболев — к институту медицины и т. д. Законный порядок в обществе обеспечивают такие институты, как государство, правительство, суды, полиция, адвокатура и пр.

Любой социальный институт предполагает учреждения, в которых организуется его деятельность, осуществляются управление и контроль этой деятельности. Институт медицины имеет в своем распоряжении больницы, поликлиники, органы управления здравоохранением.

Каждый социальный институт должен обладать необходимыми средствами и ресурсами. Для деятельности системы здравоохранения нужны материальные ресурсы (помещения, медицинское оборудование), интеллектуальные ресурсы (высококвалифицированные медицинские работники), моральные ресурсы (доверие пациентов) и т. д.

Система социальных норм, правил, статусов и ролей, созданная для удовлетворения общественной потребности, выступает гарантом общественного порядка, на котором держится социальный мир. Так, институционализация медицины предполагает принятие государственных решений (открытие факультетов, отделений, кафедр и курсов подготовки профессиональных специалистов; издание журналов, учебников, монографий и т. д.).

Институты одновременно выступают и инструментами социального контроля, так как благодаря своему нормативному характеру заставляют людей подчиняться принятым нормам и соблюдать соответствующую дисциплину.

В каждый момент времени социальный институт представлен совокупностью людей и социальных организаций.

Сфера здравоохранения — одна из форм социальной организации общества для реального обеспечения прав человека на охрану здоровья путем оказания массовой медико-санитарной и профилактической помощи. Субъектами этой сферы выступают население и медико-социальные системы.

Совокупность больных, врачей, поликлиник, стационаров, медицинских институтов, училищ, департаментов и комиссий по здравоохранению, федерального и региональных министерств здравоохранения, научно-исследовательских институтов, редакций журналов и газет, типографий, т. е., всего, что связано с медициной, составляет социальный институт — институт медицины.

Социология медицины изучает институционально закрепляемые взаимодействия в медико-социальных системах, возникающие в связи с их функционированием. Эти отношения во многом определяются социально-экономическими обеспечением национальной системы здравоохранения, но более всего зависят от способов функционирования медицинских систем и управления ими.

В ходе развития здравоохранения возникают и создаются разные медико-социальные системы. Одни из них распадаются, другие модифицируются и агрегируются в комплексы. Развитые современные общества, как правило, имеют мощную систему здравоохранения. Состав, структура и закономерности взаимодействия медико-социальных систем обеспечивают развитие медицинской науки, процесс оказания медицинской

помощи, производство товаров медицинского назначения для удовлетворения потребностей общества (или его групп).

Неспособность социального института эффективно исполнять свои главные функции, например образования — учить детей, медицины — лечить людей, семьи — укреплять узы брака, воспитывать детей, — приводит к институциональному кризису. Кризис обнажает неполадки в механизме функционирования института и помогает избавиться от них, а в результате — лучше приспособиться к изменяющейся реальности. Без кризисов не может быть и развития института. В начале 1990-х годов в России наметился кризис медицины как социального института. Система здравоохранения перестала справляться с оказанием медицинской помощи населению соответствующего качества в необходимых видах, объемах. В ходе реформ 1990-х годов система здравоохранения России была дополнена системой обязательного и добровольного медицинского страхования.

2.4.2. Социальные аспекты политики здравоохранения

Социальные катаклизмы, как правило, сопровождаются повышенной заболеваемостью. Существует ряд теоретических моделей, с различных позиций объясняющих эту зависимость.

R. Lazarus (1966) выдвигает теоретическую модель «повседневных тревог и забот», согласно которой длительно существующие трудности оказывают более сильное патогенное воздействие по сравнению с массивным, но кратковременным стрессом.

Формализованная модель влияния социальной дезинтеграции на здоровье предложена D. Dodge и W. Martin (1970). Согласно этой модели распространение социально индуцированного стресса в популяции обратно пропорционально стабильности и прочности социальных отношений в этой популяции. Показателем воздействия социального стресса на индивида является конгруэнтность статуса, т.е. соответствие его статусной позиции различным социальным ролям. Соответственно уровень первичной заболеваемости и распространенность хронических болезней (болезненность) в популяции обратно пропорциональны статусной интеграции общности⁵⁸.

⁵⁸ Процессы депопуляции, интенсивно протекающие в нашей стране на фоне социальных изменений, привлекают внимание к тем областям социальной психологии здоровья, достижения в которых могут быть использованы для уменьшения повреждающего воздействия стресса, вызванного социальными изменениями, методами первичной профилактики.

Изменения в области медицины и здравоохранения, происходящие в настоящее время, нельзя объяснить напрямую рассмотренной выше моделью и теорией болезни и здоровья. Во второй половине XX века произошло значительное изменение предрасположенности к болезням от преимущественно острых инфекционных заболеваний, несущих непосредственную угрозу жизни, к хроническим состояниям, которые не представляют непосредственной угрозы для жизни, но дают дополнительную социальную нагрузку (расстройство кровообращения, сердечные болезни, сахарный диабет и др.). Стала иной реакция на болезнь индивида, социальных групп и общества в целом.

Предрасположенность к заболеваниям можно уменьшить, изменив образ жизни (заметим, что еще в начале прошлого века для этого стремились изменить социальное устройство общества). Медицина как социальный институт в последние годы уделяет внимание здоровью, а не только болезням. Об этом свидетельствует детально проработанные и обширные программы укрепления здоровья (медико-социальные программы борьбы с курением, стрессами, гиподинамией, избыточной массой тела и др.). Организационные действия, направленные на укрепление физического и психического здоровья, все больше исходят от общества, его политических структур, а не ограничиваются медицинскими учреждениями, как это было еще совсем недавно.

В целом, современные тенденции изменений в медицине можно объяснить смещением акцента с болезни на здоровье; с острого заболевания на хроническое; с лечения на профилактику; с вмешательства на наблюдение; с пациента на человека; с терапии на уход; с медицинского учреждения на общество.

Медицина, существуя в обществе, вбирает в себя культурные традиции общества. Благодаря этому сохраняется преемственность между построением медицинской культуры и национальным самосознанием. Строго соблюдаемые обычаи, в том числе в сфере охраны здоровья, воспринимаются как нравы. Они включают в себя оценку правильности и неправильности. Нарушение медицинских запретов считается аморальным, безнравственным и осуждается обществом. Это играет важную роль в формировании мировоззрения в обществе по отношению к болезни и здоровью.

Например, запрещение купаться в грязных водоемах, пить воду из непроверенных источников снижает риск для жизни.

Существует как этика поведения врача, так и этика поведения пациента. В систему ценностей медицины как социального института

могут включаться национальные способы, навыки поддержания и укрепления здоровья, социально приобретенные, обусловленные образом жизни и ставшие традиционными (например, лечебно-восстановительные процедуры в русской бане, купание в проруби, грязелечение и т. п.).

Медицина как социальный институт включает предписанные нормы, которые вводятся специальными постановлениями и закрепляются законодательно, т. е. институциализируются. Предписанных норм достаточно много и они определяют профессиональные роли и статусы.

2.4.3. Социально-экономическая эффективность здравоохранения

Здравоохранение как часть социального сектора экономики, создающего благоприятные условия для жизни, относится к отрасли нематериального производства⁵⁹, критериями которого могут служить:

- социальная направленность услуг (цель предоставления услуг — удовлетворение потребности человека);
- совпадение во времени производства и потребления услуг (потребитель может оценить полезность и качество услуги только после получения услуги);
- невозможность хранения и транспортировки услуг;
- связь услуги с ее производителем (в процессе предоставления услуги происходит личный контакт потребителя и производителя).

Здравоохранение как отрасль нематериального производства имеет два основных аспекта: социальный и экономический. Деятельность системы здравоохранения, направленная на охрану и укрепление здоровья, имеет свой предмет труда (пациента) и средства труда (медицинский инструментарий). Здоровье неотделимо от человека, поэтому совокупность пациентов и средств медицинского труда составляет средства производства здоровья на индивидуальном, социально-групповом и общественном уровне. Как и всякое производство, производство здоровья направлено на его потребление. Потребление здоровья — реальная жизнь каждого человека и общества в целом (совокупностей людей).

⁵⁹ Нематериальное производство — это сфера приложения сервисного труда, в которой в рамках экономических отношений производятся как материальные, так и нематериальные услуги, а также организуется обслуживание процесса потребления социальных услуг.

Здоровье (физическая основа и индивидуальное сознание) человека является первой предпосылкой способности к труду, к любой профессиональной деятельности. Участие в воспроизводстве рабочей силы, трудового потенциала общества, обладающего хорошими показателями здоровья, является главной социально-экономической миссией здравоохранения.

Отдельные услуги⁶⁰ здравоохранения (например, противоэпидемические программы и т. п.) являются, по сути, общественными благами⁶¹ и обладают следующими свойствами:

- отсутствие способа исключения индивида из пользования этими благами;
- неделимость, т. е. невозможность предоставления этих благ отдельным лицам;
- трудность нормирования при определении затрат на производство и потребление;
- превышение числа пользователей над числом покупателей этих услуг.

Общественных благ немного. Большинство услуг здравоохранения этими характеристиками обладают не в полной мере и имеют товарную природу, поэтому в их предоставлении возможно участие как государства, так и частного сектора с использованием рыночных механизмов. В то же время в структуре здравоохранения велика доля благ товарного характера (например, зубопротезирование). Таким образом, здравоохранение производит услуги (и сопутствующие товары) для удовлетворения не только общественных, но и индивидуальных потребностей.

Социальная значимость здравоохранения. Общественное здоровье определяется комплексом социальных, экономических, поведенческих и биологических факторов; его улучшение приводит к увеличению

⁶⁰ Услуга — это благо, предоставляемое в форме деятельности, не имеющее материального выражения и существующее только в момент его оказания (получения).

⁶¹ Блага — все, что способно удовлетворить жизненные потребности людей, приносить людям пользу, доставлять удовольствие. Блага могут быть как произведениями природы, так и человеческого труда, служащими для удовлетворения материальных потребностей людей; первые (например, вода, дикорастущие плоды и пр.) называются полезностями, вторые, т. е. произведения человеческого труда, — ценностями.

Блага нематериальные — жизнь, здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, право на имя, право авторства, иные немущественные права и др., принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемые и непередаваемые иным способом.

Товары и услуги, предоставляемые государством на нерыночной основе — это общественные блага. Общественное благо обладает высокой исключаемостью, но низкой конкуренцией, оно потребляется сообща, коллективно, но ограниченными группами людей (охрана правопорядка, пользование библиотеками, лечение инфекционных заболеваний).

продолжительности и повышению качества жизни, благополучию людей, гармоничному развитию личности и общества.

В деятельности по охране общественного здоровья выделяются 5 направлений: разработка общественной политики укрепления здоровья, создание благоприятной окружающей среды, усиление общественной активности по охране здоровья, развитие личных умений и знаний, переориентация служб здравоохранения.

Таким образом, социальный эффект здравоохранения характеризуется удовлетворением потребности населения в охране и укреплении здоровья, зависит от многочисленных социально-экономических факторов и измеряется демографическими показателями (рождаемостью, смертностью, естественным приростом населения и т.д.).

Экономическая значимость здравоохранения. Экономическое значение здоровья работоспособного населения можно рассматривать на 3 уровнях: государственном, производственном, семейном. Временная и тем более полная утрата трудоспособности приносит экономический ущерб самому больному, предприятию, на котором работает (или работал) заболевший, обществу, в котором он живет.

Важно уметь сопоставлять экономические потери от заболеваемости с затратами, необходимыми для предупреждения болезней. К экономическим потерям вследствие заболеваемости и травматизма работоспособного населения относятся:

- новая стоимость, недопроизведенная работниками материального производства вследствие неявки на работу по болезни;
- выплата пособий по временной нетрудоспособности;
- стоимость лечения;
- пенсия инвалидам труда и потери, связанные с преждевременным выходом на пенсию по инвалидности работников трудоспособного возраста;
- прочие потери (простой оборудования, снижение производительности труда ослабленного болезнью работника и др.).

Снижение уровня заболеваемости способствует росту национального дохода в результате повышения производительности труда; снижения смертности и продления периода активной трудовой жизни; снижения потерь рабочего времени; снижения уровня инвалидности и экономических потерь от выхода на пенсию до достижения пенсионного возраста.

Говоря об экономических потерях от заболеваемости, следует помнить о постоянном удорожании медицинских услуг для общества.

Издержки плохого здоровья включают производственные потери и затраты на улучшение здоровья. Общество заинтересовано в минимизации издержек, связанных с плохим здоровьем, нетрудоспособностью, преждевременной смертью.

Основная проблема состоит в том, что, с одной стороны, довольно просто определить текущие издержки, а с другой — трудно продемонстрировать будущие выгоды. Выгоды от инвестиций в здравоохранение проявляются в предотвращении будущих издержек, связанных с преждевременной смертью и нетрудоспособностью.

Если не инвестировать средства в здоровье детей, то через 10—15 лет основную массу экономически активного населения будут составлять малочисленные и нездоровые граждане, не способные эффективно трудиться, потому что в их здоровье на начальном этапе не вкладывалось достаточно средств.

Между социальными и экономическими показателями в здравоохранении существует функциональная взаимосвязь.

Социальная эффективность здравоохранения — это сокращение болезненных состояний, степени тяжести болезни путем проведения медицинских и социальных мероприятий, обеспечивающих профилактику и лечение болезней, укрепление здоровья и продление активного долголетия.

Экономическая эффективность здравоохранения (величина экономического эффекта на единицу затрат) выражается в соответствии размеров финансирования и объемов потребления медицинской помощи (количественные показатели, характеризующие медицинскую помощь).

Социальная эффективность измеряется предотвращенным социальным ущербом, т. е. предупреждением преждевременной смерти, инвалидности, снижением заболеваемости. Предотвращение социального ущерба обеспечивает положительные экономические последствия: рост производительности и эффективности труда, рост производства.

Между социальным и экономическим эффектом здравоохранения существуют противоречия при выборе приоритетов развития. Например, направление средств на борьбу со старческими недугами дает социальный эффект, но не сопровождается прямым экономическим эффектом, лечение трудоспособного населения сопровождается и социальным, и экономическим эффектом.

Социально-экономическая эффективность здравоохранения — достижение максимальных социальных показателей при минимальных финан-

совых затратах, т. е. работа медицинских учреждений при минимальных экономических затратах в соответствии с установленными минимальными стандартами медицинской помощи при максимально возможном удовлетворении потребностей населения в качественных медицинских услугах.

Социально-экономическая эффективность отражает всю совокупность взаимосвязей между экономическими затратами и удовлетворением общественных потребностей в сложившейся системе. Чем выше уровень экономического развития, тем выше качество медицинских услуг, тем более здоровым будет население, тем выше уровень общественного производства. Считают, что медицинские услуги характеризуют общество, частью которого они являются. Медицинские услуги удовлетворяют потребности не только людей, но и государства.

В условиях разбалансирования экономической и социальной систем общества, которое мы наблюдаем сегодня в России, очень сложно проводить социально-экономический анализ, но делать это необходимо, так как только такой анализ дает полное представление о реальном состоянии системы здравоохранения. При прогнозировании дальнейшего развития системы охраны здоровья очевидна необходимость подхода к здравоохранению как к сложной динамической системе социально-биологических комплексов в условиях многообразных связей и зависимостей.

2.4.4. Структура здравоохранения

Под системой здравоохранения Российской Федерации понимается совокупность взаимодействующих органов управления, подведомственных им организаций, а также субъектов, осуществляющих частную медицинскую и фармацевтическую деятельность.

Организации здравоохранения — это лечебно-профилактические учреждения, предприятия, учреждения и организации⁶². Среди организаций здравоохранения, осуществляющих различные виды деятельности, в том числе производственную и хозяйственную, особо выделяются медицинские учреждения.

⁶² В понятие «организация здравоохранения» не вкладываются отношения собственности, организациями здравоохранения являются организации независимо от их организационно-правовых форм. Они могут быть основаны на государственной, частной, долевой форме или иных формах собственности.

Система здравоохранения РФ включает в себя:

- государственные организации здравоохранения, учредителями которых являются федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, другие федеральные органы исполнительной власти, имеющие медицинские службы или медицинские структуры для оказания медицинской помощи работникам предприятий, и органы исполнительной власти субъектов РФ, имущество которых находится в государственной собственности (федеральной собственности, собственности субъектов РФ);
- муниципальные организации здравоохранения, учредителями которых являются органы местного самоуправления, имущество которых находится в муниципальной собственности;
- частные организации здравоохранения, владеющие имуществом на правах частной собственности, а также граждане, осуществляющие медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность без образования юридического лица;
- органы управления здравоохранением, которые в пределах своей компетенции осуществляют реализацию государственной политики в области здравоохранения, выполнение программ охраны и укрепления здоровья граждан и программ развития медицинской науки, регулируют и координируют деятельность системы здравоохранения.

Органы управления здравоохранением. В РФ управление системой здравоохранения осуществляется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. В субъектах РФ организация деятельности системы здравоохранения осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения.

В муниципальных образованиях ответственными за функционирование системы здравоохранения являются органы местного самоуправления в соответствии с уставами муниципальных образований. Деятельность медицинских служб в системе федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрены военная служба или исполнение обязанностей специальной службы, организуется органами управления медицинскими службами соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Законодательством предусматриваются также органы управления медицинской службой железнодорожного транспорта, системы исполнения наказаний Министерства юстиции РФ, федеральные органы исполнительной власти, специально уполномоченные на решение задач в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

В соответствии с действующими Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан на федеральном уровне определяются основные направления государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимаются законы и утверждаются целевые программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждается бюджет РФ, в том числе в части расходов на здравоохранение, законом определяются тарифы страховых взносов на ОМС и бюджет ФФОМС.

Президент РФ руководит реализацией государственной политики в области охраны здоровья граждан, ежегодно представляет высшему законодательному органу страны доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения РФ.

Правительство РФ осуществляет государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные целевые программы в области здравоохранения в пределах, предусмотренных законодательством, координирует деятельность органов государственного управления и организаций здравоохранения (независимо от формы собственности) в области охраны здоровья граждан.

Проиллюстрируем взаимодействие и функционирование органов управления здравоохранением и медицинских организаций посредством сравнения дореформенной и современной систем управления здравоохранением муниципального уровня.

Проведение реформ экономики и реформы здравоохранения, в частности развитие рыночных отношений в системе здравоохранения, привели к изменению организационной структуры и принципов управления системой здравоохранения. Рассмотрим основные черты дореформенной модели управления здравоохранением (рис. 1) и современной модели (рис. 2)⁶³.

Особенностями старой модели (закономерными в условиях функционирования системы как части командно-административной системы) были четкая вертикаль управления, ведомственность (ведомственные влияния и связи были более сильными, чем связи с органами исполнительной власти), существование в муниципальной системе здравоохранения органов управления здравоохранением территориального (по административному делению) уровня.

⁶³ Чертухина О. Б. Изменение функций управления муниципальным здравоохранением в условиях рыночной экономики // Экономика здравоохранения. 2003. № 8. С. 20—25.

Новые рыночные условия, во-первых, привели к некоторому разобщению и повышению самостоятельности медицинских учреждений, а во-вторых, потребовали от органов управления здравоохранением более оперативной и гибкой реакции на рыночные условия.

Сопоставляя централизованную и рыночную схемы управления муниципальной системой здравоохранения, следует отметить:

- заметно увеличилось число горизонтальных функциональных и договорных связей. Это характеризует вхождение организаций здравоохранения в рыночные отношения;
- связи в пределах административной вертикали преобладают над связями в ведомственной вертикали управления. Это отражает изменение государственного устройства и повышение роли муниципальной системы;
- сократилось число уровней управления в результате ликвидации нижнего звена и укрупнения медицинских учреждений.

В целом можно отметить, что медицинские учреждения получили больше полномочий и возможностей для проявления инициативы в организации лечебно-профилактической деятельности, а в деятельности органа управления соответственно возросла роль методической и координирующей работы.

Лечебно-профилактические учреждения. Непосредственная медицинская помощь оказывается в учреждениях здравоохранения, основными типами которых являются амбулаторно-поликлинические учреждения и стационары.

Система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) обеспечивает не только лечебную, но и профилактическую работу, а также организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах. К таким учреждениям относятся амбулаторно-поликлинические учреждения, женские консультации, санитарно-эпидемиологические станции, учреждения скорой и неотложной помощи, учреждения родовспоможения.

Самой многочисленной категорией являются амбулаторно-поликлинические учреждения, в которых первичная медико-санитарная помощь оказывается участковыми и цеховыми врачами (терапевтами, педиатрами), врачами общей практики (семейными), а также средними медицинскими работниками в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах. Среди амбулаторно-поликлинических учреждений ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75 % учреждений внебольничного типа, в них — около 85 % врачебных посещений.

Амбулаторно-поликлиническая помощь, занимающая первое место в медицинском обслуживании населения как наиболее массовая и общедоступная, оказывается в амбулаториях и поликлиниках, входящих в состав больниц, самостоятельных городских поликлиниках, сельских врачебных амбулаториях, диспансерах, узкоспециализированных поликлиниках (стоматологические, физиотерапевтические и др.), женских консультациях, здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах. На 1 городского жителя в среднем за год приходится 9—10 посещений к врачам. Почти 80 % всех обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают свое лечение в условиях поликлиники.

Поликлиника — это высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений. Основным амбулаторно-поликлиническим учреждением, оказывающим помощь городскому населению, является городская поликлиника. Если поликлиника предназначена исключительно или в основном для оказания медицинской помощи работникам промышленных предприятий, строительных организаций и предприятий транспорта, то она является медико-санитарной частью (или ее основным подразделением).

Городская поликлиника (в городах, рабочих поселках и поселках городского типа) оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь населению, проживающему в районе ее деятельности, строит свою работу по участково-территориальному принципу. К каждому из этих участков прикрепляются врачи и медицинские сестры, которые оказывают помощь населению данного участка. По участковому принципу строят свою работу терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, фтизиатры и по возможности другие специалисты. Численность взрослого населения на территориальном терапевтическом участке в настоящее время составляет 1700, на цеховом — 1600 человек.

Амбулатория отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом деятельности. В амбулатории ведется прием по небольшому числу основных специальностей: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии.

Самым массовым видом амбулаторно-поликлинической помощи является терапевтическая, организуемая по участковому принципу. Врачебный терапевтический участок — важнейшее звено в системе оказания медицинской помощи, а участковый терапевт — ведущая фигура на участке

и в системе охраны здоровья населения. Участковые врачи несут наибольшую ответственность за здоровье населения территориальных участков. В работе участкового врача сочетаются медицинская и организационная деятельность (организация профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, диспансеризации, санитарного просвещения).

Один из основных видов лечебно-профилактической деятельности поликлиники — врачебная помощь на дому, которая оказывается круглосуточно (с 9 до 19 ч — участковым врачом, а в остальное время и в неотложных случаях — врачом скорой и неотложной помощи).

Стационарная помощь осуществляется в медицинских стационарах и больницах. *Городская больница* — лечебно-профилактическое учреждение, обеспечивающее квалифицированное обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и техники.

По профилю среди больничных учреждений преобладают многопрофильные или общие стационары, в которых имеются отделения по различным врачебным специальностям. Специализированные стационары, такие как, например, кардиоревматологические, инфекционные, гастроэнтерологические, пульмонологические, дерматовенерологические, родильные дома, офтальмологические, обычно расположены в крупных городах.

Как общие, так и специализированные стационары могут быть клиническими базами медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, что воплощает в жизнь один из основных принципов здравоохранения — связь науки и практики здравоохранения.

В стране создан ряд центров специализированной медицинской помощи в форме научных, организационно-методических и лечебно-диагностических объединений по важным клиническим специальностям (онкологии, хирургии, кардиологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии, охране здоровья матери и ребенка). Они ведут поиск новых эффективных средств и методов профилактики, диагностики и лечения соответствующих заболеваний, разрабатывают рациональную организацию специализированной медицинской помощи, готовят высококвалифицированные кадры специалистов.

Федеральные и ведомственные медицинские учреждения. В российской системе здравоохранения часть медицинских учреждений имеют федеральное назначение. Это учреждения, имущество которых находится в федеральной собственности, а сами учреждения административно подчинены определенному федеральному ведомству. Их деятельность финансируется из федерального бюджета.

Учреждения здравоохранения федерального подчинения можно разделить на две группы:

- учреждения здравоохранения, административно подчиненные Министерству здравоохранения РФ (Минздравсоцразвития РФ) и Российской академии медицинских наук (РАМН); их финансирование осуществляется Минздравсоцразвития РФ и РАМН;
- учреждения здравоохранения, подведомственные иным, помимо Минздравсоцразвития РФ и РАМН, федеральным министерствам и организациям. Эти учреждения призваны оказывать медицинскую помощь работникам соответствующих организаций и членам их семей.

Самыми крупными федеральными ведомствами, имеющими собственные учреждения здравоохранения, являются Управление делами Президента; Российская академия наук (включая Медицинский центр УД РАН, Сибирское, Уральское и Дальневосточное отделения РАН); Министерство обороны и т. д.

2.4.5. Государственное, страховое и частное здравоохранение

Системы здравоохранения в мире имеют значительное разнообразие и национальную специфику. Характер, уровень и возможности здравоохранения определяются социально-экономическими факторами. По источникам финансирования системы здравоохранения можно разделить на государственную, или бюджетную, страховую, частную.

Государственная система здравоохранения строится на следующих организационно-экономических принципах:

- бесплатное предоставление населению медицинской помощи;
- источник финансирования — бюджеты различного уровня;
- государственный статус большинства медицинских учреждений — исполнителей социального заказа;
- централизованное (унитарное) планирование и управление системой;
- тарифный способ оплаты труда, регламентируемый государством;
- административный контроль качества оказания медицинской помощи при фрагментарном участии профессиональных организаций.

Функционирование государственной (бюджетной) системы здравоохранения предполагает высокую социальную защищенность граждан, эффективность, как правило, с административными методами воздействия на заболеваемость особо опасными инфекциями, с высокой мобилизационной готовностью к чрезвычайным ситуациям.

Государственное здравоохранение имеет ряд существенных системных недостатков, среди которых:

- неэффективность использования финансовых ресурсов, обусловленная необходимостью отвлечения значительных средств на содержание учреждений слабо оснащенных, не имеющих высококвалифицированных кадров;
- ограниченность материальных стимулов в деятельности медицинских работников и учреждений, недостаточные условия для творческой работы;
- слабая зависимость оплаты труда медицинских работников и финансирования медицинских учреждений от объемов и качества выполняемой работы, общий низкий уровень оплаты труда медиков;
- невозможность для пациентов выбора врача и медицинского учреждения;
- очереди в поликлиниках, стационарах для получения как отдельных дефицитных, так и простейших видов медицинской помощи;
- неравенство в уровне и качестве оказания медицинской помощи для отдельных социальных, географических и профессиональных групп населения;
- неэффективность использования дорогостоящих стационарных видов медицинской помощи.

В настоящее время государственная система здравоохранения существует в Великобритании, Италии, Швеции, Канаде, на Кубе.

В системе советского здравоохранения финансовые ресурсы выделялись из государственного бюджета в соответствии с жестким централизованным планированием и распределением всех материальных богатств страны, находившихся в руках государства. В государственной собственности находились практически все учреждения здравоохранения, медицинские работники являлись государственными служащими, труд которых оплачивался государством. На все товары медицинского назначения, включая лекарства, перевязочные средства, предметы ухода, оборудование, мягкий инвентарь, питание больных существовали низкие государственные цены. Это позволяло путем жесткого контроля и поддержания цен на крайне низком уровне, а оплаты труда медицинских работников — на уровне прожиточного минимума, также чрезвычайно низкого, обеспечивать населению доступную медицинскую помощь в условиях остаточного финансирования здравоохранения, выделяя на него средств в 2—3 раза меньше минимально необходимого. При ограниченности ресурсов, выделяемых на здравоохранение, приходилось мириться с низким качеством медицинского обслуживания

во многих учреждениях здравоохранения, что не устраивало ни медицинских работников, ни пациентов.

Частная медицинская практика (ЧМП) — это оказание медицинских услуг вне государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет личных средств граждан (или средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе СМО) в соответствии с заключенными договорами. Контроль за качеством оказания медицинской помощи в частной медицине осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация.

Для частной медицины характерны:

- приоритет в лечении «легких» заболеваний;*
- широкое применение современных эффективных медицинских технологий;*
- особое внимание качеству медицинской помощи;*
- свободное (нерегулируемое) ценообразование на медицинские услуги;*
- высокая стоимость медицинской помощи;*
- высокие доходы медицинских работников;*
- свободный выбор для пациентов медицинских учреждений, врачей.*

Частное здравоохранение связано с удовлетворением потребности в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах состоятельных слоев населения.

В настоящее время наиболее полно частная медицина оформилась лишь в США.

Рыночное здравоохранение, в принципе, не может решить всего комплекса медико-социальных проблем (медицинское образование, медицинское обслуживание безработных, малоимущих, охрана среды, развитие медицинской науки и т. д.). В связи с этим для координации хозяйственной жизни учреждений здравоохранения и управления ими используются не только механизмы рынка, но и государственное регулирование через такие инструменты, как подушевые нормативы и тарифы на медицинские услуги, налоговая политика, бюджетное финансирование федеральных программ.

Наиболее эффективно применяются такие инструменты в странах с социально-ориентированной рыночной экономикой. Примерами широкого участия государства в обеспечении стабильной экономической жизни являются Швеция, Япония, Южная Корея. В Швеции правительство столь энергично осуществляет перераспределение доходов, что налогообложение составляет более 50% валового национального продукта и за счет этого проводится активная социальная политика.

Наиболее представительная группа систем охраны здоровья создана на основе социального медицинского страхования. Такие системы начали складываться в конце XIX — начале XX века и к настоящему времени имеются в большинстве развитых стран мира. Как правило, эти системы охраны здоровья в той или иной степени управляются государством и предоставляют медицинскую помощь за счет отчислений из фонда заработной платы, отчислений от доходов (налогов) предпринимателей и средств государственного бюджета, доходов от размещения временно свободных средств на счетах коммерческих банков и других кредитно-финансовых учреждений.

Размер отчислений в разных странах разный, но обычно первые два источника обеспечивают большую часть расходов. Государство платит в фонды социального страхования значительно меньше, чем застрахованные и предприниматели, и чаще всего эти средства идут на общенациональные медицинские программы, в общегосударственные учреждения и на другие цели. Страховыми средствами не исчерпываются все ресурсы: определенная их часть (20—30 %) восполняется за счет добровольного страхования, из частных, благотворительных и других источников. Более того, ОМС не обеспечивает всей потребности населения в медицинской помощи — часть расходов оплачивает сам застрахованный или за него предприятия, организации и пр. Несмотря на это, большая часть расходов на медицинскую помощь идет из средств социального, обязательного страхования. Вследствие этого вся система здравоохранения в странах, где существует такой механизм, названа *страховой медициной*.

Для систем страховой медицины характерно:

- несколько основных источников финансирования;
- централизованная система финансирования, основанная на независимых специализированных организациях (фондах, СМО);
- многообразии форм собственности и хозяйствования медицинских учреждений и частных лиц;
- регулируемое ценообразование на медицинские услуги, многообразие форм и способов оплаты медицинской помощи;
- разделение функций финансирования, оказания медицинских услуг и контроля качества оказанной медицинской помощи;

Система медицинского страхования имеет и ряд существенных проблем:

- неполный охват населения программами ОМС;
- недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе;
- высокие административные расходы (прежде всего из-за ведения информационно емких учетных операций).

Системы социально-страхового здравоохранения работают в ведущих экономически развитых странах: Германии, Франции, Японии и большинстве стран Европы.

Во многих государствах существуют и развиваются смешанные системы и различные организационные формы. В странах с государственной системой здравоохранения имеются организации и учреждения частные или осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование, в странах с частной и страховой медициной есть государственные, бюджетные учреждения здравоохранения.

Благодаря использованию положительного опыта государственной модели здравоохранения и частной медицины система социального медицинского страхования становится все более привлекательной для государств с различным уровнем социально-экономического развития и традициями организации системы здравоохранения.

2.4.6. Культурно-исторические типы медицинских систем

Существует различные классификации медицинских систем с разными подходами и областью применения. Выбор факторов, формирующих парадигму медицинской системы, довольно широк (например, ценности социальной структуры, мировоззрение, этика, культура, традиции, политическая система).

Симпатрические и аллопатрические медицинские системы. Одновременно функционирующие медицинские системы могут отличаться друг от друга по легитимности и физическому присутствию. Врачи широко используют различные «народные» рецепты, объяснения, но народная и научная медицина не образуют единую модель, даже если используются одновременно.

Медицинская система в целом бывает недоступной для всех групп населения и лишь частично обслуживает потребности. Этим объясняются симпатрический и аллопатрический способы образования медицинских систем.

Симпатрические медицинские системы образуются в результате видоизменения родственных медицинских систем, функционирующих на одной территории. При этом и система-прародительница, и новая система могут продолжать независимо действовать на одной территории.

Аллопатрические медицинские системы — новые системы, берущие начало от одной из родственных групп, функционирующих на разных территориях.

Симпатрические медицинские системы или виды практики (сегменты системы) присутствуют совместно и одновременно и (или) доступны

одному и тому же обществу или группе пациентов. У аллопатрических систем этот признак отсутствует. Симпатрические медицинские системы бывают доминирующими или вариантными. Доминирование может определяться, например, традиционным престижем, политическим давлением и легализацией («придание официального характера») и т. д.

В Индии системы «Юнани», «Аюрведа» и западная биомедицинская модель совместно доминируют. Для жителей Боготы, относящихся к низшему социальному слою, западная биомедицинская модель внесена извне. Население может воспользоваться ею для демонстрации (самому себе и другим) своего социального статуса. Так называемые новые русские считают себя обязанными обращаться в частные клиники, работающие с применением основ западной медицины, для демонстрации своей приверженности образу жизни развитого общества.

Вариантные медицинские системы (или практика) не являются доминирующими относительно других симпатрических систем. Например, многие народные варианты системы функционируют в рамках традиционной биомедицинской модели.

Плюралистические или неплюралистические медицинские системы. Плюралистическая медицинская система представляет собой сочетание нескольких разноприродных систем, плюрализм⁶⁵ в последовательности их выбора, т. е. динамическое построение лечебных задач с малыми или полностью отсутствующими двусторонними связями и воздействиями между отдельными частями.

Медицинские системы могут быть связаны друг с другом только через определенные потребности и действия конкретных индивидов, а не через функциональную взаимозависимость. Врач, придерживающийся биомедицинской модели, может использовать народные методы лечения (будучи хорошо осведомлен о противоречиях в стратегии лечения), чтобы добиться доверия пациентов. При этом одновременное присутствие различных видов медицинской практики не означает образования функционально интегрированной системы.

Народная и популярная медицина. Народная медицина — это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не признаваемые медицинскими специалистами. Таким образом, на-

⁶⁵ Плюрализм (лат. pluralis — множественный) — философско-мировоззренческая позиция, утверждающая множество интересов, видов бытия, идей, взглядов, социальных институтов, не сводимых к чему-то единому и не зависящих друг от друга; отражение многообразия форм бытия, социальной организации общества.

родной называется вся медицинская практика, которая прямо не противоречит парадигме официальной медицинской системы и осуществляется как профессионалами, так и непрофессионалами.

Под народной медициной в широком смысле понимают:

— любую систему, кроме биомедицинской;

— любую систему, которая отличается от официально принятой в обществе.

Популярными называются те виды медицинской практики, которые совместимы с официальной медицинской практикой, но отличаются от нее. Сюда относится как непрофессиональная, так и профессиональная практика. Необходимо правильно квалифицировать конкретные виды непрофессионального медицинского поведения, в частности самолечения, которое тесно связано с официальными профессиональными практиками и тщательно контролируется официальным медицинским сектором.

Например, состав, производство, специфический лечебный эффект при конкретном симптоме, дозировка и продажа большинства патентованных лекарственных средств контролируются представителями официального медицинского сектора. Самолечение патентованными лекарственными средствами без врачебного назначения в целях, рекомендованных изготовителем, не является вариантом официальной медицины.

Новые концепции и новые виды практики часто проникают в медицинские системы через сектор популярной медицины, где стремление к ортодоксальности слабее и где группы равных себе, группы родственников, этнические группы представляют собой основные источники образцов поведения в тревожных ситуациях.

Официальный интерес представителей биомедицинской системы к питанию и его влиянию на повышенную активность, рак, почечную недостаточность, болезни сердца и другую патологию зародился в секторе популярной медицины. Биологическая реакция пациентов получает поддержку со стороны популярной и народной медицины (йога, трансцендентальная медитация, христианское учение и т. д.).

Этномедицина. К этномедицине относят медицинские системы, происхождение которых обусловлено культурой данного этноса⁶⁶. Этно-

⁶⁶ Иногда этномедициной называют все медицинские системы, противостоящие научной медицине, т. е. те медицинские системы, медицинское поведение в которых, в отличие от научной медицины, основывается на феноменологическом знании всей сферы отношений, охватывающих болезнь и здоровье.

медицина придает большое символическое значение болезни и ее лечению, состоит из сравнительно небольшого числа элементов, которые во многом одинаковы во всех культурах и различаются только сочетаниями. Как правило, они имеют глубокие исторические корни (атрибуты колдовства, мистики, ритуальности, шаманства). В этномедицинских системах присутствуют элементы колдовства, мистики, шаманства. Соблюдение такой ритуальности распространено как в крупных, так и в небольших сообществах. Причины болезни, как правило, приписывают сверхъестественным силам (духам, предкам, привидениям, богам). Процесс лечения представляется как противопоставление естественных и сверхъестественных причин болезни.

Этномедицинские системы могут быть как примитивными, так и достаточно сложными. Этномедицина вбирает в себя эмпирический слой знания и, привлекая новые сведения (в том числе и научные), постоянно развивается.

Из античности известны представления об энергии организма, психической энергии. Избыток даже одной из этих энергий способен вызвать болезнь, а ее освобождение, разрядка (катарсис, о котором говорил Аристотель и который использовал З. Фрейд в своем учении) дает целебный эффект. В модных направлениях современной медицины причины болезни и здоровья нередко усматривают в изменениях энергетических ресурсов, возможностей организма, неадекватного воздействия (не соответствующего потребностям здоровой жизнедеятельности) электрических, магнитных и прочих полей.

Альтернативная медицина. В последнее время появилась так называемая альтернативная медицина. К ней относят все формы медицинской помощи, которые обычно находятся вне официального сектора здравоохранения, включая формализованные традиционные системы медицины, традиционное акушерство, экстрасенсорику, хиропрактику, натуропатию, остеопатию, гомеопатию и даже христианскую науку.

К этой категории можно отнести множество различных методов терапии. Во-первых, это терапия тела, включающая в себя натуропатию, фитотерапию, мануальную терапию (osteопатия, хиропрактика), восточную терапию (шиатцу, иглоукальвание), специальные системы медицины (гомеопатия, точечный массаж, антропософическая медицина), двигательную терапию (тай-дзи, йога, танцы) и сенсорную терапию (музыка, искусство, цвет). Во-вторых, применяют психологические методы лечения: психотерапия (психоанализ, гипнотерапия), гуманистическую психологию (гештальт, трансактный анализ, первичная

работа, перерождение, столкновение и др.). В-третьих, это паранормальные методы лечения: хилинг (ручной хилинг, экзорцизм, лечение биополями) и паранормальная диагностика (хиромантия, астрология).

2.5. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

2.5.1. Эволюция системы медицинского страхования в зарубежных странах

2.5.1.1. Страховая медицина в Германии и во Франции

Страховая медицина в *Германии* развивается с принятия в 1883 г. соответствующих страховых законов (законов О. Бисмарка)⁶⁷.

В Германии медицинское страхование является частью общегосударственной системы социального страхования. Оно обеспечивает оказание медицинской помощи при болезни, уходе, профилактике, несчастном случае, родовспоможении, лечении у врачей общей практики, специалистов, в амбулаториях, на дому, в стационарах, стоматологическую помощь, обеспечение медикаментами и др. Средства на медицинское страхование составляют 8,1 % ВВП и слагаются из трех источников: 6,5 % фонда оплаты труда платят сами застрахованные, столько же — работодатели, а остальные средства дотирует государство из бюджета.

Все операции по страхованию здоровья осуществляют более 1200 страховых (больничных) касс, объединенных в ассоциации, которые контролируют деятельность касс и расходование средств врачами. Традиционно сохраняется несколько видов (форм) касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенных по месту жительства; производственные (по месту работы); морские; горняцкие; сельскохозяйственные; эрзацкассы (главным образом для служащих).

Страхованием охвачено более 90 % населения. Состоятельные граждане обычно пользуются добровольным страхованием, хотя они могут быть застрахованными и системой социального, государственного страхования (около 3 %). Тарифы на медицинские услуги в условных

⁶⁷ Первый из них — «Закон о страховании рабочих по случаю болезни» был принят в 1883 г. С тех пор в Германии, а затем в ряде других стран (в том числе в России в 1912 г.) были приняты подобные законы, положившие начало организации системы страховой медицины («системы Бисмарка»).

единицах или пунктах устанавливаются врачебными и страховыми ассоциациями на конкретный срок и периодически пересматриваются.

Структура управления и организации медицинской помощи в Германии характерна для экономически развитых стран. Общенациональный контроль осуществляет Федеральное министерство здравоохранения и социальной помощи. В регионах («землях») имеются соответствующие министерства, их органы и учреждения. Муниципальные учреждения подведомственны местным органам власти, соответствующим советам, комитетам и т. п. Все медицинские учреждения работают на трех административных уровнях: федеральном, региональном, местном. Медицинская администрация не распространяет свою юрисдикцию на страховые кассы и их ассоциации, хотя работает в тесном контакте с ними. Более того, в числе ведомств, осуществляющих контроль над страховыми организациями, помимо профсоюзов, врачебных ассоциаций, самих ассоциаций страховых касс, действуют министерства труда, науки и другие организации, а также министерство здравоохранения.

Во *Франции* медицинские учреждения расположены на трех административных уровнях: общенациональном, региональном, местном. Около 2/3 всех учреждений, коек в них, медицинского персонала работает в региональных и местных учреждениях, в частной, индивидуальной или групповой практике. Наиболее характерной фигурой здравоохранения Франции считается частный врач общей практики — семейный врач.

В структуру организации и управления в стране входят Министерство здравоохранения и семьи, департаменты здравоохранения в регионах, муниципальные органы, инспекции в районах. Как и в других странах со страховой медициной, источниками обеспечения медицинской помощи во Франции являются взносы работодателей — 13,5% фонда оплаты труда, застрахованные — 6,5% (итого 19% — самая большая доля отчислений на медицинское социальное страхование) и правительственные ассигнования из госбюджета.

Существует более 20 видов социального страхования, в том числе несколько видов медицинского: по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременности и родам и др. (не менее 75% всех расходов на здравоохранение). Остальные компенсируются частными средствами, добровольным медицинским страхованием. Система социального страхования, включающая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией, имеющей свои отделения в регионах (департаменты), с которой заключают договоры врачи и медицинские учреждения.

Стоимость медицинских услуг определяется и регулярно пересматривается правительством. Компенсация затрат за медицинскую помощь в системе социального страхования (которой охвачено 80 % всего населения) осуществляется примерно на 75 %. Обычно пациент оплачивает все услуги или их часть, при этом страховые организации возвращают ему 75 % за медицинскую помощь и 70—90 % за медикаменты.

Контроль над пациентами и врачами осуществляют так же, как и в Германии, общенациональная страховая организация, ассоциации страховых компаний (касс) и врачебные профсоюзы, министерства труда, социальной защиты, здравоохранения и др.

2.5.1.2. Государственное здравоохранение Великобритании

В Великобритании общенациональная государственная служба здравоохранения создана в результате проведенной в 1948 г. реформы здравоохранения, в соответствии с которой практически всему населению предоставляется бесплатная медицинская помощь (существует 4—5 % больничных платных коек для желающих получить более комфортабельные условия; символическая оплата лекарств по рецептам по одинаковой цене вне зависимости от их стоимости, оплата протезов, очков и др.). Медицинские услуги, как и вся деятельность медицинских учреждений, в основном (на 85—87 %) обеспечивается государственным бюджетом (остальные средства идут из частных источников и добровольного медицинского страхования). Бюджет составляется из налогов предприятий и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента правительством: для обеспечения учреждений здравоохранения через центральный орган управления — Министерство (Департамент) здравоохранения.

Система здравоохранения имеет специфическую для Великобритании структуру, состоящую из трех секторов:

- врачи общей практики, амбулаторно-поликлинические учреждения, аптеки, фармацевты, зубные врачи (не стоматологи), глазные врачи (не офтальмологи), т. е. персонал и учреждения, работающие в системе ПМСП;
- госпитали, больничные службы, амбулатории при госпиталях, врачи-специалисты, в том числе стоматологи и офтальмологи, и другой персонал стационаров;
- общественные, подведомственные муниципалитетам медицинские (родовспоможение и др.) службы здравоохранения, включая санитарно-гигиенические, организации так называемых социальных медицинских работников (медсестер по уходу, патронажных медсестер и др.).

В последние годы в стране проводится реформа, в соответствии с которой расширяются финансовые и административные права руководителей госпиталей, прежде всего в графствах организуется допуск средств социального медицинского страхования, которых до того в стране практически не было, предусматриваются конкретные меры интеграции секторов, особенно ПМСП и стационаров, усиление профилактической работы, создаются доверительные — трастовые советы, усиливается самоуправление больниц.

2.5.1.3. Частная система здравоохранения США

Система здравоохранения США воплощает в себе все формы организации здравоохранения. Ведущая из них — организация добровольного частного медицинского страхования, которым охвачено более 80 % населения. За счет средств этого вида страхования оплачивается более трети всех медицинских услуг, прежде всего самых дорогих — больничных (более 35 %) и почти половина внебольничной врачебной помощи. Свыше 40 % всех расходов из общей суммы, достигшей 1000 млрд \$ США в год, составляют ассигнования федерального правительства (госбюджета) и общественных программ, прежде всего «Медикэр» (для медицинской помощи гражданам старше 65 лет) и «Медикейд» (медицинская помощь неимущим, безработным). Остальные средства составляют личные взносы граждан (более 21 %) и различных религиозных, благотворительных фондов и организаций. США тратит на здравоохранение из всех источников почти 14 % ВВП, а на человека в год — более 3000\$ США.

В целом структура расходов в сочетании с источниками финансирования выглядит следующим образом (табл. 3).

Таблица 3. Структура расходов и источники финансирования здравоохранения США (в %)

Источники	Больничная помощь	Дома сестринского ухода	Врачебное обслуживание
Программа «Медикэр»	25	4	23
Программа «Медикейд»	15	47	5
Другие бюджетные затраты	16	3	7
Личные средства	3	43	18
Частное страхование	35	1	47
Другие частные источники	6	2	0
Итого	100,0	100,0	100,0

В соответствии с таким распределением средств на здравоохранение сформировалась структура здравоохранения. Ведущее место занимают организации добровольного медицинского страхования. В стране более 2000 страховых медицинских компаний⁶⁸. Альтернативой добровольному страхованию в последние годы стало создание более дешевого страхования, преимущественно по основным видам внебольничной, наиболее массовой помощи, при поддержке многих общественных ассоциаций, местной администрации и спонсоров — своего рода ОПЗ (организации помощи здравоохранению), которая обслуживает более 35 млн граждан США.

Одной из причин массового распространения добровольного страхования является его поддержка работодателями, которые с целью сокращения налогов отбора квалифицированного персонала выплачивают довольно существенные суммы (подчас до 80 % страховки) на страхование своим рабочим и служащим (сумма страхового взноса не зависит от зарплаты — 70 % страховки вносит работодатель и 30 % — сам работник). С потерей работы человек теряет право на полученную по месту работы медицинскую страховку.

2.5.2. Медицинское страхование в России

Система здравоохранения РФ строится на основе бюджетно-страховой модели, важным звеном которой является обязательное медицинское страхование.

ОМС является одной из форм социального страхования каждого гражданина независимо от его социально-экономического положения и призвано обеспечить государственные гарантии всему населению в оказании бесплатной медицинской помощи, так как в конечном итоге именно в этом и заинтересовано общество.

Решить данную проблему на основе обычного для гражданско-правового страхования экономического механизма не представляется возможным. Это связано с тем, что размер страхового взноса тем больше, чем больше страховой риск. Наибольшие страховые взносы должны платить те, кто чаще и дольше болеет, а это, как правило, дети, лица пожилого

⁶⁸ Из них две, «Синий Крест» и «Синий щит» — самые крупные, занимаются преимущественно страхованием больничной и внебольничной помощи. Они, как и большинство других организаций добровольного страхования, объявляют себя некоммерческими, не стремящимися к получению максимальных прибылей. Вместе с тем их дивиденды превышают прибыли крупнейших промышленных корпораций.

возраста, хронически больные и инвалиды. Если в обязательном медицинском страховании применять организационный, экономический и правовой механизмы гражданско-правового страхования, то лица именно из этих категорий (либо за них) должны вносить самый большой страховой взнос. Таким образом, большая нагрузка возлагается или на бюджет малообеспеченных граждан, или на бюджет государства. Первое не соответствует принципу социальной справедливости, второе может стать непосильной нагрузкой для относительно слабых государственного и муниципального бюджетов. Кроме того, увеличение нагрузки на государственный или муниципальный бюджет не соответствует задаче ОМС в России — найти дополнительные, средства по отношению к бюджетным источникам.

В соответствии с законом 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» государство взяло под свой контроль организацию ОМС как части социального страхования населения. С 1993 г. в РФ был введен институт Федерального и территориальных фондов ОМС⁶⁹.

В системе ОМС центральная роль отведена ТФОМС, который, действуя как основной элемент управления финансовыми ресурсами ОМС, обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Наряду с обязательным в Российской Федерации существует и добровольное медицинское страхование, ориентированное на сервисное дополнительное медицинское обслуживание застрахованных по программам ДМС на основе соглашения (договора) между субъектами страхования.

2.5.2.1. Субъекты системы обязательного медицинского страхования

Территориальная система ОМС включает ТФОМС и субъекты медицинского страхования: граждане (застрахованные), страхователи, страховщики (страховые медицинские организации), лечебно-профилактические учреждения (рис. 3).

Региональные структуры Министерства РФ по налогам и сборам взимают единый социальный налог (средства в Фонд социального

⁶⁹ Первый территориальный фонд ОМС был образован на территории Новосибирской области 15.08.1992 г. А. В. Решетников возглавлял этот Фонд с 1992 по 1996 гг., будучи его первым Генеральным директором (прим. ред.).

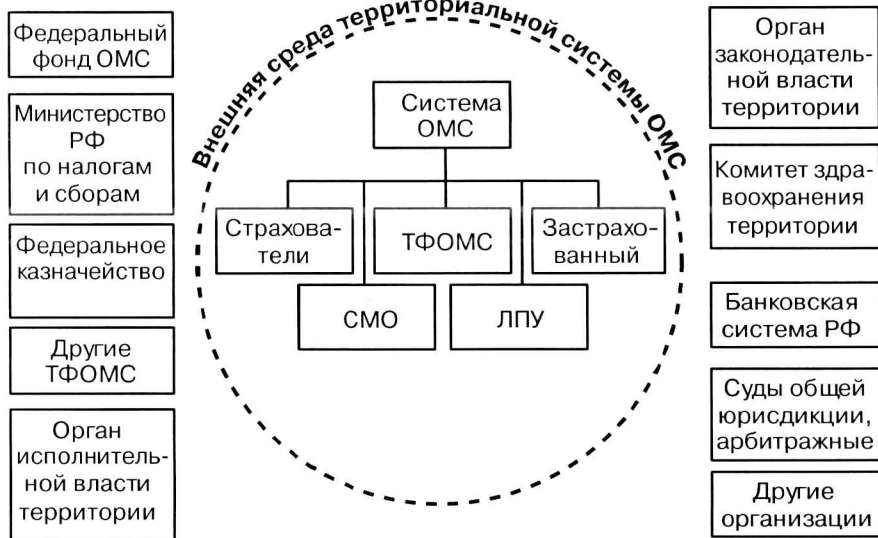


Рис. 3. Территориальная система ОМС и ее внешняя среда

страхования РФ, Пенсионный фонд РФ, фонды ОМС) с работодателями (с предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности, предпринимателей без образования юридического лица) и лиц творческих профессий.

Развитие здравоохранения с учетом региональных особенностей, разработка и исполнение территориальных целевых программ здравоохранения и программ государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, а также организация и порядок оказания медицинской помощи населению по ОМС определяются совместно органом управления здравоохранения территории и ТФОМС.

Рассмотрим роли основных участников территориальной системы ОМС.

Для реализации государственной политики в области ОМС как составной части социального страхования создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). Его задачами являются:

- обеспечение реализации закона «О медицинском страховании граждан в РФ»;
- обеспечение прав граждан в системе ОМС;

- достижение социальной справедливости и защита прав граждан в системе ОМС;
- участие в разработке и реализации государственной финансовой политики в области ОМС, разработка и осуществление мероприятий по выравниванию объема и качества медицинской помощи на всей территории РФ, обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

ФОМС осуществляет следующие функции:

- выравнивание условий деятельности ТФОМС, финансирование целевых программ в рамках ОМС;
- утверждение типовых правил ОМС граждан, организация разработки нормативно-методических документов;
- участие в разработке базовой программы ОМС;
- формулирование предложений о страховых тарифах на ОМС;
- организация сбора и анализа информации о финансовых ресурсах ОМС; организация подготовки специалистов для системы;
- участие в создании ТФОМС;
- контроль расходования средств ОМС;
- подготовка предложений по совершенствованию законодательных и нормативных документов медицинского страхования, изучение и обобщение практики применения существующих нормативных актов;
- осуществление международного сотрудничества, организация научно-исследовательских работ;
- аккумулирование финансовых средств и осуществление финансово-кредитной деятельности в рамках решения своих задач;
- осуществление других мероприятий по вопросам, относящимся к обязательному медицинскому страхованию.

ТФОМС организуются субъектами РФ. В соответствии с положением задачи фондов аналогичны задачам ФОМС, но в них есть и некоторые различия, в частности, в обеспечении всеобщности ОМС. Являясь самостоятельным некоммерческим финансово-кредитным учреждением и юридическим лицом, ТФОМС выполняет следующие функции:

- аккумулирование финансовых средств ОМС;
- организация финансирования ОМС, проводимого страховщиками по дифференцированным подушевым нормативам;
- осуществление финансово-кредитной деятельности по обеспечению ОМС;
- выравнивание финансовых ресурсов ОМС городов и районов, предоставление страховщикам кредитов при обоснованной нехватке у них финансовых средств;

- накопление финансовых резервов для обеспечения устойчивости ОМС;
- разработка правил ОМС;
- контроль рационального использованием финансовых средств ОМС;
- организация банка данных по всем плательщикам взносов в ТФОМС;
- осуществление совместно с органами исполнительной власти и профессиональными медицинскими ассоциациями разработки территориальной программы ОМС, тарифов на медицинские услуги, предложений по финансовым ресурсам, необходимым для осуществления программы ОМС;
- внесение предложений о страховом тарифе на ОМС, их согласование с другими субъектами ОМС;
- осуществление взаимодействия с ФОМС и ТФОМС;
- проведение разъяснительной работы по вопросам организации ОМС граждан.

Страховщиками в системе ОМС выступают СМО. Страховая медицинская организация — это юридическое лицо, осуществляющее ОМС и имеющее государственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием. Финансовые отношения между СМО и ТФОМС регулируются «Договором о финансировании ОМС» и «Правилами ОМС населения».

СМО использует средства, полученные от ТФОМС согласно «Договору о финансировании ОМС» и «Правилам ОМС населения» на оплату медицинских услуг по дифференцированным подушевым нормативам, формирование резервов, на оплату расходов по ведению дела по ОМС.

СМО является юридическим лицом, защищающим права застрахованных на получение медицинской помощи в объеме территориальной программы ОМС. СМО осуществляет эту деятельность (в том числе обеспечение информированности граждан о правах в области охраны здоровья) вплоть до предъявления в судебном порядке исков медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. СМО проводит контроль объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным по территориальной программе ОМС.

Страхователями в системе ОМС являются работодатели (предприятия, учреждения и организации всех форм собственности, предприниматели без образования юридического лица, зарегистрированные

на территории) и лица творческих профессий, уплачивающие единый социальный налог.

Под застрахованным в системе ОМС понимается гражданин РФ, получивший полис ОМС. В соответствии с договором ОМС, заключенным между СМО и ТФОМС, СМО выдает страховой медицинский полис ОМС каждому застрахованному. В соответствии с законом застрахованные имеют право на медицинскую помощь в объеме базовой программы ОМС на всей территории РФ. Для защиты своих прав застрахованный может обращаться к администрации ЛПУ, в СМО, в ТФОМС, в суд. Застрахованные имеют право на возмещение ущерба, причиненного им в результате оказания медицинской помощи, в установленных судом порядке и размерах.

Медицинские учреждения (имеющее лицензию амбулаторно-поликлиническое учреждение, стационар, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь, а также лицо, осуществляющее медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно) являются субъектами системы ОМС при условии заключения договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) со СМО. По этому договору ЛПУ обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программы ОМС. ЛПУ несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованным в соответствии с условиями договора.

2.5.2.2. Основы законодательства в области медицинского страхования

Медицинское право — пограничная комплексная отрасль национального права России, регулирующая отношения в системе здравоохранения и другие, тесно связанные с ними отношения. Сюда относятся общественные отношения, складывающиеся в процессе реализации прав граждан на охрану здоровья: при оказании медицинской помощи; при организации лечебно-диагностического процесса; при проведении медико-профилактических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Кроме того, сюда относятся отношения по организации системы здравоохранения, управлению здравоохранением, организации ОМС и ДМС, проведению лицензирования и аккредитации медицинских учреждений, экспертизе качества медицинской помощи.

В число основных законодательных актов, регулирующих деятельность системы ОМС, входят:

- Федеральный Закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г.;
- Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» в редакции от 02.04.93 г.;
- «Положение о территориальном фонде ОМС», утвержденное Постановлением Верховного Совета РФ от 24.02.93г. № 4543—1;
- Положения о территориальных фондах ОМС, утвержденные актами законодательных органов территорий РФ;
- Постановление № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», принятое Правительством РФ от 11.09.98 г.

2.5.3. Маркетинг в системе охраны здоровья населения РФ

Концепцию социального маркетинга предложили в 1971 г. Филипп Котлер и Джеральд Зальтман. По их мнению, под *социальным маркетингом* следует понимать разработку, претворение в жизнь и контроль за выполнением программ, имеющих целью добиться восприятия целевой группой (или группами) социальной идеи, движения или практики. Образно говоря, социальный маркетинг — это продажа идей (в отличие от коммерческого — продажи товаров и услуг).

Предметной областью социального маркетинга выступают социальные мероприятия (в здравоохранении, образовании, пенсионном и социальном обеспечении) по изменению общественного поведения, которые составляют неотъемлемую часть общественной среды и обусловлены пониманием того, что некоторые ситуации представляют социальную проблему и заслуживают решения в форме социальных акций. Применяя технологии социального маркетинга, можно значительно ослабить негативное влияние экономической сферы на социальную сферу общества и минимизировать неизбежные издержки.

Из множества ситуаций в общественной жизни только некоторые получают статус социальной проблемы и заслуживают решения в форме социальных акций. Статус социальной проблемы в общественном здравоохранении зависит от медицинских, экономических и политических аспектов ее решения, а также от возможности мобилизации ресурсов для реализации инициатив. Решать социальную проблему необходимо с учетом социально-экономических, исторических, религиозных, культурных особенностей региона.

Многие социальные кампании предназначены лишь для того, чтобы помочь раскрыть на первом этапе объем и границы проблем, привлечь к ним внимание, указать на источники их возникновения. В качестве примеров можно привести антитабачные кампании, кампании популяризации здорового образа жизни, реформы образования и т. д.

Однако понимания важности социальной проблемы недостаточно для изменения социальных отношений и поведения людей, необходимо сочетание традиционных подходов к социальным изменениям, принципов коммерческого маркетинга и рекламных методов.

В социальном маркетинге используется весь арсенал средств и методов маркетинга коммерческого: сегментирование и исследование рынка, разработка социальных продуктов и услуг, формирование спроса на них посредством рекламы и т. д. Разница состоит не в методах использования, а в их содержании. Социальный маркетинг — это намного более сложное понятие, чем коммерческий, но он бывает менее эффективен, так как нацелен на изменение человеческих идей и поведения (например, кампания по борьбе с курением).

Целями социального маркетинга могут, например, быть понимание необходимости внедрения социально значимой идеи; побуждение к одновременному действию; стремление изменить поведенческие привычки; изменение основополагающих представлений, существовавших ранее.

Основное отличие социального маркетинга от коммерческого состоит в том, что социальный маркетинг направлен на обеспечение долгосрочного благополучия общества в целом и целевых групп в частности, коммерческий маркетинг предлагает конкретное материализованное удовлетворение сиюминутных нужд. Таким образом, социальный маркетинг следует понимать и как один из инструментов внедрения эффективных форм социальной защиты населения, и как вид социально ориентированного управления.

Приведем дифференциацию между коммерческим и некоммерческим (социальным) видами маркетинга в условиях ОМС и ДМС (табл. 4). Различия обусловлены социально-экономической сущностью двух видов страхования. ДМС — дополнительное коммерческое страхование, где основная цель — получение максимальной прибыли; ОМС — составная часть государственного некоммерческого социального страхования, где главная задача — обеспечение социальных гарантий государства населению по получению бесплатной квалифицированной помощи в случае наступления различных патологических состояний.

Таблица 4. Основные различия между коммерческим (в условиях ДМС) и некоммерческим (в условиях ОМС) видами маркетинга

№№	Маркетинг	Некоммерческий (социальный)	Коммерческий
1.	Связи	С идеями, организациями, территориями, услугами	С услугами
2.	Использование	Для обеспечения социальных гарантий в области здравоохранения	Для обмена денежных средств на услуги
3.	Цели	Многокомпонентные, результат оценивается не только с финансовой точки зрения	Сбыт услуг, получение прибыли
4.	Преимущества	Не связаны с выплатами потребителей услуг	Обусловлены платежами потребителей
5.	Ориентация на обслуживание	Всех, в том числе на группы экономически невыгодных сегментов потребителей	Только прибыльных сегментов рынка
6.	Категории клиентов	Две: потребители услуг; плательщики взносов (страхователи)	Одна: потребители (они же, как правило, страхователи)
7.	Налогообложение	Льготы по налогообложению	Отсутствие налоговых льгот

При проведении социального маркетинга для любой организации, во-первых, необходимо изучить взгляды, тенденции, существующие в обществе по данному конкретному вопросу (социально значимой идее), во-вторых, мероприятия по социальному маркетингу должны проходить организованно, но постепенно, методом «шаг за шагом».

План проведения кампании по социальному маркетингу включает:

- идентификацию потребностей (нужд) целевой аудитории;
- развитие коммуникаций;
- предварительное тестирование потребителей (использование социологических методов: анкетирование, интервьюирование);
- пропаганду и рекламу социально значимого мероприятия;
- анализ последствий проведения кампании по изменению поведения целевой аудитории.

При проведении мероприятий по социальному маркетингу особый акцент необходимо делать на последнем этапе, который можно назвать специальным инструментом всей проводимой кампании. Только на этом этапе можно судить, насколько была эффективной вся работа с целевой аудиторией.

Особая роль социальному маркетингу отводится в управлении системой здравоохранения. *Социальный маркетинг здравоохранения* — это процесс прогнозирования, планирования и управления разработкой медицинских услуг и изделий, ценовой политикой, продвижением услуг к потребителям и сбытом, чтобы достигнутое таким образом разнообразие благ приводило к удовлетворению потребностей как отдельных личностей, так и организаций. Социальное прогнозирование потребности здравоохранения в ресурсах (нормативное социальное прогнозирование) — это нормативное (целевое) прогнозирование потребностей, спроса, потребления в сфере здравоохранения.

Одна из основных особенностей *медицинского маркетинга* заключается в том, что врач оказывает решающее влияние на формирование спроса и потребления медицинских услуг пациентом. Оказываемые медицинские услуги исключительно важны, и вместе с тем потребитель этих услуг зависим от знаний и профессиональной добросовестности медицинских работников, как ни в какой другой сфере экономической деятельности, но вынужден полагаться на репутацию поставителя и изначально находится в несколько неравном положении по отношению к тем, кто оказывает услуги.

Применение методов маркетинга в здравоохранении является экономически и социально оправданно. Однако российское здравоохранение имеет свои особенности и характерные черты, которые влияют на адаптацию методов маркетинга. Здравоохранение РФ сложилось как государственная система, призванная обеспечить право граждан на бесплатную и доступную медицинскую помощь. Коренные экономические преобразования и формирование рыночных отношений не могли пройти мимо этой отрасли. В новых экономических условиях ЛПУ стали включаться в систему экономических взаимоотношений в обществе. Медицинские организации всех форм собственности получили право стать независимыми хозяйствующими субъектами и заключать договор со страховыми организациями. При этом законодательно было предусмотрено право граждан на выбор ЛПУ и право страховых медицинских организаций заключать или не заключать договор с медицинским учреждением.

Таким образом, новая социально-экономическая среда способствует развитию и использованию предпринимательского потенциала ЛПУ по превращению имеющихся ресурсов в единый процесс производства; принятию основных инновационных решений; стремлению вводить в производственную деятельность новые технологии и новые формы ор-

ганизации труда; умению принимать решения, связанные с предпринимательским риском.

Особенности применения маркетинга в российском здравоохранении:

- слабость конкуренции производителей медицинских услуг;
- недостаточность производства и предоставления объемов некоторых медицинских услуг;
- наличие неэкономических регуляторов рынка (в том числе теневого);
- значительное влияние распределительных и перераспределительных отношений в здравоохранении;
- разделение ресурсных потенциалов в условиях вертикальной децентрализации и повышение роли субъектов РФ, а также укрепление местного самоуправления, внедрение ОМС и появление новых источников финансирования;
- недостаточно совершенная законодательная база;
- монополия на производство отдельных видов услуг (особенно дорогостоящих).

2.5.4. Рынок медицинских услуг

Медицинская услуга, являясь экономическим элементом, по сути, определяет и сущность сегментирования рынка медицинских услуг. Маркетинговые взаимоотношения в здравоохранении порождают фрагментацию рынка медицинских услуг в соответствии с определенными, существенно различными, уровнями потребностей в медицинских услугах. Условные группы пациентов (больные одной нозологии, декретированные контингенты, лица диспансерных групп наблюдения и пр.) начинают соотноситься с характерными для рынка сегментами.

Категория медицинской услуги является ключевой при рассмотрении организации маркетинга в здравоохранении. *Медицинские услуги* — это необходимый набор медицинских и технических действий и манипуляций, несущих законченную смысловую нагрузку при достижении цели врачебного назначения. Различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги. *Стандартные медицинские услуги* выполняются в основном по одинаковой технологии для любой категории больных и обладают относительной устойчивостью ценообразования. *Индивидуальные медицинские услуги* характеризуются широким набором различных действий и манипуляций, использованием разнообразных лекарственных препаратов, средств функциональной диагностики и т. д.

Свойства медицинских услуг можно систематизировать следующим образом.

Общие свойства: неосвязаемость (нематериальный характер) до ее получения; неразрывность производства и потребления услуги; неоднородность или изменчивость качества; неспособность услуг к сохранению впрок (сиюминутность).

Экономические составляющие: себестоимость; рентабельность; эффективность; цена услуги; методика ценообразования.

Медико-социальные свойства: своевременность; доступность; качество.

Медицинская услуга, с одной стороны, является услугой, а с другой — обладает специфическими особенностями. Результат профессиональной деятельности воплощен в самом человеке; услуга имеет индивидуальный характер; результативность напрямую не связана с величиной затрат; результат разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия; услуги предоставляются в материализованном или нематериализованном виде; стоимость услуги — величина динамичная.

Рынок медицинских услуг имеет свои особенности:

- риск и неопределенность, которые в нерегулируемом рынке приводят к развитию страхования и последующим проблемам неэффективности использования ресурсов здравоохранения, «перепотреблению» медицинской помощи и отбору рисков;
- внешние эффекты, например положительные — вакцинация, отрицательные — ятрогенные заболевания;
- асимметричное распределение информации между пациентом и врачом в комбинации с проблемами профессионального лицензирования.

В Российской Федерации рыночные отношения распространены не на всю систему оказания медицинской помощи. Параллельно функционируют две системы управления, финансирования и оказания медицинской помощи: рыночная — система медицинского страхования; нерыночная — система административного управления здравоохранением.

В охране здоровья в удовлетворении потребностей населения доминирует рынок бесплатных медицинских услуг. Это специфический социально-ориентированный рынок, где потребителю гарантируются определенный объем и качество медицинских услуг. На социальном рынке медицинских услуг «покупатель» не является их потребителем, а осуществляет сделки в пользу выгодоприобретателя — населения.

Соотнесение медицинских потребностей пациента с его благосостоянием, разрешение внутренних противоречий между медико-экономическими группами и платежеспособностью достигаются методом целевого сегментирования. В этом случае обеспечивается учет удовлетворения медицинских потребностей в соответствии со специфическими условиями, традициями, личностными, этническими и другими особенностями пациента.

Следующим направлением в формировании потребностей в медицинской помощи в условиях рынка медицинских услуг является формирование общественного мнения в среде потребителей (организация и проведение медико-образовательной и санитарно-просветительной работы).

Таким образом, устраняются противоречия между набором медицинских услуг и медицинскими потребностями медико-диагностических и медико-социальных групп потребителей медицинских услуг.

Наряду с медицинскими услугами, оказываемыми по Программе государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи, как государственные (муниципальные) организации, так и негосударственные, частные медицинские организации оказывают платные медицинские услуги, направленные на удовлетворение лечебно-оздоровительных потребностей граждан.

В соответствии с действующим законодательством реализация платных медицинских услуг предусматривает полное покрытие всех издержек по производству услуги за счет покупателя и формирование прибыли от реализации. Покупателями платных медицинских услуг выступают неорганизованное население, юридические лица, страховые медицинские организации в рамках договоров по ДМС.

Важнейшими регуляторами на рынке медицинских услуг являются цены и условия предоставления медицинских услуг. В системе обязательного медицинского страхования условия, объем и перечень предоставления медицинской помощи определяются базовой и территориальными программами ОМС, а тарифы на медицинские услуги утверждаются специальными комиссиями.

На рынке медицинских услуг реализуются следующие права: выбор методов и форм лечения, возможность обращения к любому поставщику медицинских услуг, получения компенсации моральных и материальных убытков, правовая и экономическая защищенность потребителя и поставщика медицинских услуг и т. д.

Медицинские услуги потребляются различными социальными слоями населения в разном объеме. Основные различия (в спросе, объеме,

сложности медицинских услуг) зависят от тяжести заболеваний и потребностей различных половозрастных групп.

Все услуги, предоставляемые в системе здравоохранения, можно представить соответствующими сегментами рынка здравоохранения: лечебный, диагностический, профилактический, реабилитационный, медико-экспертный, парамедицинский, медико-социальный, по подготовке кадров, их аттестации и сертификации, по аккредитации и лицензированию, сервисный.

Эффективность маркетинга медицинских услуг зависит от удовлетворенного спроса потребителей. Различают дифференцированный и недифференцированный маркетинг медицинских услуг. *Дифференцированный маркетинг* медицинских услуг — предоставление медицинских услуг определенного вида и программ врачебных действий для конкретных сегментов рынка. При минимизации различий между сегментами рынка (в первую очередь учитываются общие характеристики потребителей медицинских услуг, а затем их различия) говорят о *недифференцированном маркетинге* медицинских услуг.

Несмотря на влияние рыночной экономики, в системе здравоохранения на первом плане стоит влияние социальных факторов, а затем экономических (при скорой и неотложной помощи).

Рекомендуемая литература по II части

Основная:

1. *Лебедев А. А.* Маркетинг в здравоохранении. Пособие. — М., 1995.
2. *Решетников А. В.* Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. — М., 1998.
3. *Решетников А. В.* Социология медицины. — М., 2002.
4. *Решетников А. В.* Медико-социологический мониторинг. — М., 2003.

Дополнительная:

1. *Антонов А. И.* Социально-психологические аспекты продолжительности жизни// Актуальные проблемы демографии. — Рига, 1983.
2. *Голубков Е. П., Голубкова Е. Н., Секерин В. Д.* Маркетинг: выбор лучшего решения. — М., 1993.

3. *Дихтль Е., Хериген Х.* Практический маркетинг: пер. с нем. — М., 1995.
4. *Заславская Т. И., Рывкина Р. В.* Социология экономической жизни: Очерки истории. — Новосибирск, 1991.
5. *Зелькович Р. М., Исакова Л. Е., Лебедев А. А.* Менеджмент и маркетинг в здравоохранении: Учебно-методическое пособие. — Кемерово, 1996. — Ч. 2.
6. *Кадыров Ф. Н., Петриков И. П.* Медико-экономические проблемы здравоохранения на современном этапе. — СПб., 1995.
7. *Котлер Ф.* Основы маркетинга: пер. с англ. — М., 1992.
8. *Малахова Н. Г.* Маркетинг медицинских услуг: Методическое пособие. — М., 1998.
9. *Маркова В. Д.* Маркетинг услуг. — М., 1996.
10. *Осипов Г. В., Кабыща А. В.* Социология. Учебник для вузов. — М., 1995.
11. *Поляков И. В., Уваров С. В., Водяненко К. А.* Маркетинг медицинских услуг в условиях медицинского страхования. — Саратов, 1996.
12. *Сибурин Т. А. и др.* Страхование здоровья за рубежом: проблемы, опыт, перспективы. — М., 1992.
13. *Смелзер Н.* Социология экономической жизни: Американская социология: пер. с англ. — М., 1972.
14. *Эванс Дж., Берман Б.* Маркетинг: пер. с англ. — М., 1990.
15. *Ядов В. А.* Социологическое исследование: методология, программа, методы. — Саратов, 1995.

Темы рефератов

1. Социологические аспекты медицинских профессий (на 2-3 примерах).
2. Специфика применения методов социального маркетинга в российском здравоохранении.
3. Социальный статус медицинского работника.
4. Социальный статус пациента.
5. Социология взаимоотношений в здравоохранении.
6. Социально-экономические аспекты здоровья и болезни.
7. Социально-экономические отношения в здравоохранении.
8. Социальная направленность экономики здравоохранения.
9. Особенности планирования и проведения социологических исследований в здравоохранении.
10. Системы медицинского страхования в зарубежных странах.

Вопросы и задания для проверки

1. Субъектами медицинского страхования являются:

А — Гражданин

Б — Органы управления здравоохранением

В — Страхователь

Г — Страховая медицинская организация

Д — Территориальный фонд ОМС

Е — Аккредитационно-лицензионная комиссия

Ж — Медицинское учреждение

Выберите правильный ответ.

2. Экономические свойства медицинских услуг:

А — Своевременность

Б — Себестоимость

В — Эффективность

Г — Доступность

Е — Рентабельность

Ж — Цена услуги

З — Качество

3. Особенности социального маркетинга в условиях ОМС:

А — он не связан с выплатами потребителей услуг

Б — его цели — сбыт услуг, получение прибыли

В — он напрямую связан с выплатами потребителей

Г — обслуживаются все, в том числе экономически невыгодные сегменты потребителей

Д — он ориентирован на обслуживание только прибыльных сегментов рынка

Е — он имеет двух клиентов: потребителей услуг и плательщиков взносов (страхователи)

Ж — у него одна категория клиентов — потребители (они же страхователи)

4. Виды медицинского страхования:

А — обязательное

Б — добровольное

В — смешанное

5. К какой группе относится обязательное медицинское страхование?

А — коммерческое

Б — некоммерческое

В — социальное

Г — личное страхование

6. Добровольное медицинское страхование является:

А — всеобщим

Б — индивидуальным

В — коллективным (групповым)

7. Граждане в системе ОМС имеют право:

А — на выбор страхования

Б — на выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС

В — на получение медицинской помощи только по месту постоянного жительства

Г — на получение медицинских услуг, соответствующих условиям договора по объему и качеству

Д — получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству величине фактически выплаченного страхового взноса

Е — возвратность части страховых взносов

8. В чем заключается социальная ориентированность системы здравоохранения?

9. Перечислите культурно-исторические типы здравоохранения.

10. Дайте понятие социальной, экономической и социально-экономической эффективности системы охраны здоровья.

11. В чем особенность применения социального маркетинга в системе охраны здоровья населения?

ЧАСТЬ 3.

СОЦИОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Основные понятия: виды ответственности в здравоохранении, кадровая политика, кадровая работа, критерии эффективности, лидерство, методы управления, механизмы стимулирования, объект управления, органы управления здравоохранением, принципы управления в здравоохранении, система управления, ситуационный анализ, социальное управление, социально-психологическая совместимость, социальные организации, социология организаций, социология управления, субъект управления, типология социальных конфликтов, управление, управленческие отношения, управленческое решение, функции управления.

3.1. СОЦИОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ

3.1.1. Понятие управления

Понятие «управления» имеет различные толкования. Управление можно рассматривать как науку (менеджмент), как практическую деятельность по руководству людьми или техническими системами⁷⁰. Мы будем понимать под *управлением* «социальный процесс целенаправленного взаимодействия нескольких элементов, различных в целях, в распределении результатов, полномочий, средств, функций, составляющих целевую деятельность»⁷¹.

Понятия «менеджмент», «управление», «администрирование» и «руководство» могут рассматриваться как в широком, так и в узком

⁷⁰ В широком смысле *управление* — это функция организмов различной природы (биологических, социальных, технических), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию программы, достижения цели деятельности. Виды управления определяются особенностями объектов, которыми намереваются управлять (при этом необходимо создать систему управления) или которые реально существуют уже какое-то время (функционирующие системы управления). Различают технико-технологическое управление (изучается в технических науках); биологическое управление (рассматривается в науках о природе) и социальное управление (исследуется в социальных и экономических науках).

⁷¹ Сергеевчук А. В. Социология управления. — СПб., 2002 С. 38.

смысле. Так, администрирование наиболее полно соответствует понятию «власть», поскольку основная функция того и другого состоит в определении политики той или иной социальной системы. Общие организационные, регулятивные и контрольные функции административной власти (экономической, политической, духовной) конкретизируются в управленческой деятельности, обеспечивающей достижение поставленных целей. Руководство и менеджмент относятся к непосредственному управлению людьми, практической организации объекта социального управления, т. е. *менеджмент* является процессом планирования, организации, мотивации и контроля, направленным на разработку и достижение целей социальной системы через других людей.

Как научная дисциплина управление оформилось совсем недавно — чуть больше 100 лет⁷² тому назад. Основные функции и принципы управления выделил А. Файоль (1841—1925), фактически заложив основы структурно функционального анализа, приводящего управленческую структуру в соответствие с потребностями производства. В системе управления А. Файоль выделяет 5 универсальных элементов, присущих любой организации: планирование, организацию, руководство, координацию, контроль.

Э. Мэйо (1880—1948) разработал концепцию «человеческого фактора». Он считал, что управление — это важнейший источник роста производительности труда и успешного разрешения социальных противоречий и конфликтов; в организации управления необходимо прежде всего обратить внимание на психологию общения, неформальные социальные нормы и связи, существующие в коллективе.

Хоторнские эксперименты, поставленные Э. Мэйо, позволили на практике доказать, что повысить эффективность производства можно путем улучшения условий труда работников; введения дополнительных перерывов, обеспечивающих возможности общения; замены авторитарного стиля демократическим; использования неформальных групп и неформального общения; вовлечения интимно-личной сферы в круг интересов организации.

⁷² Нельзя не упомянуть Ф. Тэйлора (1856—1915) — основоположника научной организации труда. Суть его теории сводилась в основном к оптимизации технических приемов труда и технологии производства. Развитие капитализма и промышленного производства стало предпосылкой усилий по оптимизации человеческого труда, приспособления человека к требованиям машинного производства. Человек в этой теории рассматривается как один из узлов производственной системы: его можно заменить на лучшего работника, настроить, отработать его действия до автоматизма. Тэйлор выделил 4 научных принципа управления: внедрение экономных методов работы, профотбор и профподготовка, рациональная расстановка кадров, сотрудничество администрации и рабочих.

3.1.2. Социология управления и социология организаций

Социология управления — специальная социологическая теория, изучающая процессы управления общностях, организациях, институтах в различных типах и общества в целом, осуществляемых для сохранения и обеспечения устойчивости развития соответствующей системы, упорядочения и совершенствования ее структуры, достижения ее целей⁷³.

Основные принципы научного менеджмента в начале XX века разработал Ф. Тейлор. Он считал, что приоритетное значение имеет развитие научного менеджмента в 4 взаимосвязанных сферах:

- *нормирование (любой труд можно структурировать и измерить);*
- *исследование соотношения времени и задач (желаемого результата необходимо достигать к определенному времени, в противном случае вознаграждение за результат должно быть меньше);*
- *систематический отбор и обучение кадров (каждая фирма, стремящаяся к успеху, должна думать о постоянном совершенствовании персонала);*
- *денежные стимулы, вознаграждения за конечный результат (эффективный менеджмент предполагает вознаграждение не за деятельность, а за результат).*

Социология управления изучает многообразную деятельность государственных и общественных органов управления как социальных систем. Предметом исследования социологии управления являются анализ и оценка социальных последствий принимаемых управленческих решений, определение эффективности управленческих действий с точки зрения социально-экономических и социально-психологических критериев их соответствия интересам и ожиданиям управляемых. В числе проблем, рассматриваемых социологией управления как самостоятельной научной дисциплиной, можно отметить:

- *общесоциальные.* Глобальные противоречия в общественном развитии: столкновение прогрессивных и регрессивных тенденций; необходимость общественной интеграции при фактически растущей разобщенности общества и т. д.;
- *социально-политические.* Противоречия государственных интересов общественным; политико-правовых норм морально-нравственным идеалам; прав и свобод личности государственным ограничениям;

⁷³ Социология. Энциклопедия. — Минск., Книжный дом, 2003.

- *социально-экономические*. Проблемы по поводу структуры собственности, распределения доходов и т. п.;
- *социально-психологические*. Проблемы взаимоотношений человека, коллектива и общества в процессе деятельности.

Социология организаций — область социологии, изучающая социальные закономерности и механизмы построения, функционирования и развития организаций. Социология организаций может быть определена как особое направление эмпирических и теоретических исследований, рассматривающее в качестве центральной проблемы феномен социальной организованности (универсальное свойство социальной жизни, в той или иной степени проявляющееся во всех сферах и на всех уровнях жизни общества); в качестве объекта изучения организацию как специфическое многоэлементное социальное образование, выступающее субъектом целенаправленной, скооперированной деятельности; в качестве предмета изучения совокупность социальных (властных и социокультурных) средств регулирования поведения (и координации деятельности) людей, включенных в процесс скооперированной деятельности⁷⁴.

Если социология управления акцентирует внимание на процессе управления как деятельности и связанных с ним взаимодействиях участников системы (функциональная точка зрения), то социология организаций изучает построение и правила функционирования различных форм организованной деятельности человека (структурная точка зрения).

3.2. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Социальное управление — систематическое, основанное на достоверном знании воздействие субъекта управления (управляющей подсистемы) на социальный объект (управляемую подсистему) для обеспечения нормального функционирования, совершенствования, развития, достижения поставленной цели. В качестве управляемой подсистемы могут выступать как экономическая, политическая, социальная, духовная сфера общества, так и общество в целом.

Управление как вид деятельности реализуется в образовании, работе, отдыхе, медицине, семье и т. д. Управленческая деятельность способствует

⁷⁴ Шербина В. В. Социальные теории организации : словарь-справочник. — М. : ИНФА-М, 2000.

получению разнообразных благ, необходимых обществу или гражданам или каким-то их объединениям. Какими оказываются эти блага, зависит от того, в какой области и в отношении чего осуществляется управление — в производстве (товары и услуги, сохранение и восстановление здоровья), в организации работы (повышение качества медицинской помощи, новые технологии) и т. д.

Управление в любых его проявлениях в общественной жизни — на производстве, в деятельности административных органов государства, организаций и их должностных лиц — представляет собой воздействие одних людей — управляющих, т. е. реализующих полномочия и функции управления, на других, выступающих объектом этого воздействия, т. е. управляемых. Социальное управление всегда позиционирует отношения власти. Власть управления представляет собой центральное, организационное и регулятивно-контрольное начало всякой управленческой деятельности и проникает во все виды и формы отношений между людьми или социальными группами в организации как дистанционные отношения «начальник — подчиненный». Большая дистанция власти содействует административной централизации, а незначительные разрывы между уровнями социального управления выдвигают на первый план децентрализацию.

Социальное управление руководствуется следующими принципами: ограниченной взаимообусловленностью целостности субъекта и объекта управления; государственной законностью системы управления организацией; обеспечением внутренней правовой регламентации создания, функционирования и развития организации; найма руководителя (избирать или назначать); единством специализации и унификации процессов управления; многовариантностью управленческих решений; обеспечением устойчивости системы к факторам внешней среды; мобильностью процесса управления; автоматизацией управления; единством руководства.

Социальное управление раскрывает факторы, условия и механизмы формирования институтов отношений и взаимодействия, детерминирующих профессиональную деятельность. В связи с этим в основе социального управления лежат, во-первых, анализ институтов управленческих отношений, во-вторых, использование, совершенствование и развитие данных институтов.

Социальное управление можно рассматривать в 4 аспектах.

- *Организационно-технологический.* Управление — это преимущественно организационно-распорядительная, административно-исполни-

тельская деятельность (разделение труда, иерархичность и обратная связь, оптимальное сочетание централизации и децентрализации), которая должна расчленяться на простейшие операции. Каждое звено управления имеет строго и формально (стандартно) отработанные обязанности. Разработка системы стандартов, формальных правил должна обеспечить единообразие в осуществлении каждого задания независимо от числа лиц, занятых его выполнением.

- *Экономический.* Управление направлено на достижение одной или нескольких целей. В коммерческих организациях такой целью является получение экономической прибыли. Любая организация вносит свой вклад в развитие экономики страны, даже если целью организации не является получение прибыли, поэтому управление — это экономически важная деятельность.
- *Политический.* Управленцы и работники организации взаимодействуют не только внутри организации, но и с представителями других организаций. Организации вступают в отношения конкуренции и кооперации, борются за доступ к ресурсам и рынкам, поэтому каждая организация проявляет себя как субъект не только экономических, но и политических отношений.
- *Морально-этический.* Цели и средства управленческого воздействия должны быть этическими. Каждое предприятие и его руководитель несут груз социальной ответственности бизнеса.

Например, распространение наркотиков — весьма прибыльный вид бизнеса, но совершенно неприемлемый с морально-этической точки зрения.

Социология медицины в области изучения управления исследует, насколько в конкретной управленческой деятельности трансформируются организующие деятельность институты социального взаимодействия и какое влияние эти процессы оказывают на профессиональное поведение и поведение людей по сохранению своего здоровья.

Эффективность организационных социально-экономических систем в значительной степени определяется тем, насколько производственная и управленческая деятельность изменяет организационное поведение человека в рамках различных типов, классов и видов организационных образований. Медико-социологические исследования охватывают многие проблемы управления, в частности:

- понимание индивидом, теми или иными группами целей взаимодействия, предлагаемых данной организационной системой;
- профессионализм и грамотность использования менеджментом понятийно-категориального аппарата;

- умение менеджмента определять и формулировать цели и задачи организации, управляющих систем и отдельных рабочих мест;
- знание менеджментом системы стимулов, обеспечивающих соответствующее поведение людей в организации для достижения необходимых результатов;
- умение менеджмента анализировать и прогнозировать основные параметры условий организационной деятельности, внешней среды (состав, структуру, инфраструктуры, метасистемы) с целью обеспечения соответствующего поведения персонала организации;
- умение анализировать состав, структуру, содержание, причины, источники конфликтных ситуаций и умение их разрешать;
- организационно-кадровое проектирование систем управления социальных деятельностных образований, формирование и развитие эффективных рабочих групп.

3.3. УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ ЦИКЛ

Социология медицины рассматривает процесс управления медицинским учреждением как многоаспектный процесс (управление лечебно-диагностическими технологиями, программами здравоохранения, материально-техническими ресурсами, финансами, кадрами, отношениями персонала и др.). Управление представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности: постановка целей и задач; определение способов достижения целей; обучение и подготовка кадров; реализация управленческих решений; проверка результатов их выполнения; корректировка или регулирование управляющих воздействий.

Эту последовательность можно связать с главными функциями управления — планированием, организацией, мотивацией и контролем. Можно представить управленческую деятельность в виде модели управленческого цикла, состоящей из четырех последовательных этапов: планирование, исполнение плана, мониторинг результатов и регулирование (рис. 4).

Планирование предназначено для определения целей управляемого объекта и путей их достижения. Современное планирование называют программно-целевым, так как в его основе лежит целевая программа, конкретные обоснованные мероприятия, обеспечивающие достижение поставленной цели с минимальными издержками. Выявление тре-

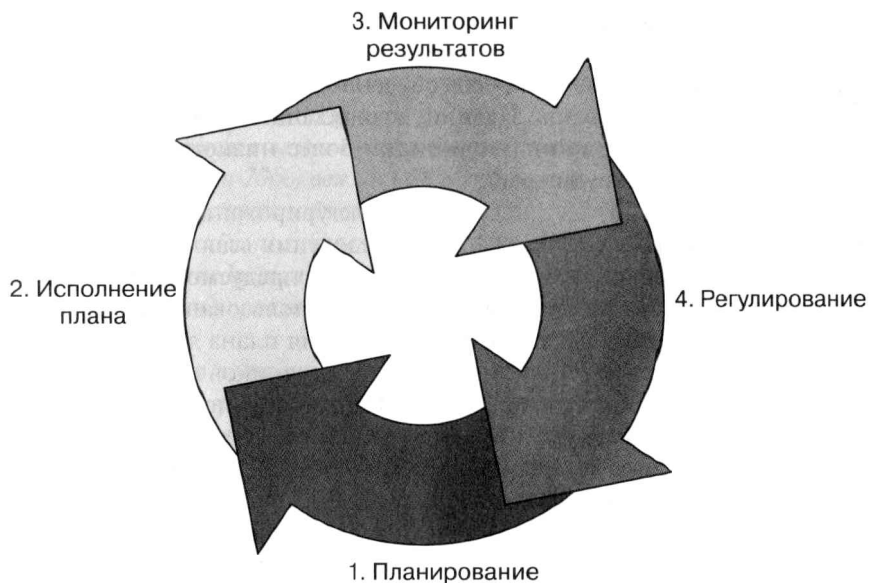


Рис. 4. Цикл управления.

бований (потребностей, ожиданий) обычно называется «мониторингом по системному входу» (или «мониторингом по входу»). Планирование включает сбор, хранение, обработку, анализ информации, разработку альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения. Известны следующие методы планирования: аналитический, нормативный, бюджетный, системный ситуационный и экономический анализ.

Завершающим действием в процессе планирования является определение конкретных путей достижения поставленных целей. Оно включает определение основных этапов работ и их технологической последовательности, сроков исполнения, исполнителей всех предусмотренных работ, ресурсное обеспечение всех этапов. Планирование должно осуществляться непрерывно, т.е. необходимы анализ состояния организации, периодическое уточнение целей, которые ставит перед собой организация, корректировка пути достижения целей.

Исполнение плана — это создание условий для реализации принятых управленческих решений, выполнения планов и программ, обеспечение необходимых для этого финансовых, материально-технических, информационных и других ресурсов. Под исполнением плана понимается

деятельность по достижению ожидаемых или плановых показателей, воздействию на объект управления, а по возможности и на внешнюю среду. Исполнение может включать в себя обучение, подготовку кадров и организацию, т. е. делегирование заданий, возникающих при планировании, различным организационным единицам более низкого структурного уровня (вплоть до сотрудников).

Организация работ начинается со структурирования всей системы: выделения основных ее элементов и определения взаимосвязей между ними. Организация обеспечивает выполнение предусмотренных работ, распределение обязанностей, рациональное использование выделенных ресурсов. Немаловажным аспектом исполнения плана являются разработка и осуществление мер по мотивации сотрудников как одной из основных функций процесса управления. С помощью мотивации обеспечивается выполнение предусмотренных планом заданий и осуществление полномочий, которые делегированы руководителем подчиненному. Мотивация учитывает сложную совокупность потребностей. Экономические стимулы являются лишь одним из мотивов, определяющих отношение работника к своему труду. Удовлетворенность в случае хорошей работы всегда выступает важнейшим мотивом.

Мониторинг результатов (контроль) — это получение (в частном случае измерение) фактических показателей, характеризующих состояние управляемой системы, определение отклонений от плановых (или ожидаемых) показателей, являющихся основой проблемной ситуации, и анализ этих показателей, направленный на выявление причин отклонений. Мониторинг результатов предусматривает, во-первых, установление стандартов, т. е. четко сформулированных и обозначенных целей, во-вторых, измерение степени достижения целей и сравнение с теми результатами, достижение которых предполагалось. Это позволяет определить проблемы, возникающие при реализации планов. Мониторинг результатов является инструментом для принятия управленческого решения.

Регулирование — принятие руководителем решения по ликвидации отклонений (в пределах своих полномочий и зоны ответственности) и осуществление этого решения, т. е. формирование управляющего воздействия. Управляющее воздействие может быть направлено на исправление отклонения (корректирующее воздействие) или предотвращение отклонений (предупреждающее воздействие). Регулирование основывается на данных контроля и мониторинга, позволяет осуществлять обратную связь и замыкает цикл управления, снижает риски принятия ошибочного

решения, уводящего в сторону от цели управления. Риски могут быть обусловлены не только неполнотой информации, но и сбором противоречивой или несущественной информации, неполным выявлением причинно-следственных цепочек.

Как показывают социологические исследования, большая часть ошибочных решений (около 70%) связана с информационным обеспечением. Основные ошибки в управлении бывают связаны с недостаточностью информации, опыта, знаний или личностными особенностями субъектов управления, определяющими недостаточность суждения. Информация считается важнейшим ресурсом управления, а в условиях рыночной экономики она становится товаром.

Информация в управлении используется для системного и ситуационного анализа, разработки и принятия управленческих решений, текущего и заключительного контроля и обратной связи. К информации предъявляются определенные требования: адекватность, достоверность, своевременность, достаточность, целенаправленность.

3.4. СИТУАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Процесс управления отличается динамичностью. Изменения внешней и внутренней среды порождают необходимость принятия разнообразных управленческих решений. Под *управленческим решением* понимают описание проблемы и формулировку управленческих задач, отражающих достижение поставленной цели (материальный объект, число, показатель и др.) на языке понятий и категорий ее предметной области, на основе знания законов функционирования управляемой системы и анализа информации о ее состоянии.

Таким образом, управленческое решение является:

- продуктом управленческого труда, организационной реакцией на возникшую проблему;
- выбором определенной модели действий из возможных вариантов;
- выбором предварительно осмысленной цели, средств и методов ее достижения;
- выбором способа действий, гарантирующего положительный исход той или иной операции.

Быстрота реакции на внезапные изменения ситуации (условий функционирования) характеризует адаптивные свойства организации, предел управленческих возможностей. Если ситуация меняется быстрее,

чем реакция, то предприятие фактически неуправляемо. С точки зрения реакции на изменения во внешней среде полезен такой инструмент управления, как ситуационный анализ — универсальный инструмент для разработки и принятия эффективного управленческого решения в конкретных ситуациях. Помимо универсальности и возможностей широкого практического использования, ситуационный анализ позволяет установить основные переменные, определяющие поведение организационных структур.

Выделяются 3 основные функции ситуационного анализа: исследование или построение картины осуществленной деятельности, поиск причин затруднений, нормирование — создание нормы, которая обеспечивала бы функционирование деятельности без затруднений.

Анализ ситуации направлен на выявление причин затруднений (проблем и изменений нормы деятельности) для устранения этих причин в новой норме. Оценка результата перестраивает деятельность, сохраняя необходимое, устраняя ненужное и добавляя требуемое. Анализ реальных ситуаций сложен, требует развитого управленческого мышления и больших временных затрат. Схематично процесс ситуационного анализа можно представить рядом шагов: описание ситуации так, как она возникла; определение природы явлений, причинно-следственных связей; выделение существенных факторов и выделение переменных, определяющих развитие ситуации; моделирование процесса.

Ситуации, в которых надо принимать управленческие решения, разнообразны по сложности и степени новизны.

- Ситуация легко формализуется без понимания существа проблемы, так как узнается известная управленческая проблема. Для ее разрешения имеются образцы и опыт управленческих решений. К таковым относится большинство ситуаций.
- Ситуация чем-то похожа на те, которые уже приходилось разрешать, но опыта реализации управленческого решения для нее нет. Разрешение ситуации возможно в ходе разработки уже известных управленческих задач, т. е. готового решения управленческой задачи еще не сформулировано. Управленец знает, что нужно сделать, чтобы его сформулировать, и может это сделать — это более сложный, но тоже заданный уровень.
- Ситуация не сопоставляется с ранее встречавшимися, отсутствует представление о том, как надо выходить из сложившейся ситуации. Разрешение возможно только после понимания проблемы, вызвавшей данную ситуацию.

Наиболее сложными являются ситуации 3-го типа. Ситуационный анализ применяется полностью в разрешении таких ситуаций.

В ситуационном анализе широко распространен так называемый метод сценариев, являющийся эффективным инструментом выработки управленческих решений в сложных ситуациях управления современной организацией и широко используемый сегодня многими эффективными управляющими. Возможность проанализировать ситуацию, заранее предвидеть ожидаемые изменения гораздо более эффективна, чем использование метода проб и ошибок.

3.5. УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Для обеспечения эффективного управления сетью лечебно-профилактических учреждений органов управления здравоохранением необходимы: постановка целей для управляемых объектов; создание механизмов и условий для достижения поставленных целей; мониторинг достижения поставленных целей; оценка деятельности ЛПУ; корректировка механизмов и условий, а в некоторых случаях — и поставленных ранее целей.

Не имея возможности развивать в равной мере все направления системы охраны здоровья, органы управления здравоохранением, в том числе системы ОМС, должны обеспечить преимущественное развитие тех из них, которые способны дать наибольший эффект для улучшения показателей здоровья населения на единицу ресурсов. Это предполагает четкое определение объема и структуры потребностей населения в медицинской помощи, а также формирование приоритетов развития отрасли. В этих условиях важной задачей управления становятся экономное использование ограниченных ресурсов здравоохранения, контроль их использования.

Сущность социального управления в здравоохранении в последние годы изменилась: от рассмотрения здравоохранения как несовершенной системы, которую можно и нужно строить, перестраивать, улучшать, ускорять и т. д., к представлению о здравоохранении как самоорганизующемся, саморегулирующемся организме.

Управление как регулирование процессов развития медико-социальных систем, образующих здравоохранение как сферу общественной жизни, складывается из своих, присущих именно данному виду деятельности отношений, которые основываются на принципах, принимаемых

обществом. Принципы управления в здравоохранении можно представить как систему положений и требований, в которых на всех уровнях реализуются основополагающие идеи эффективного осуществления управленческих отношений.

Социальная ориентированность управления предполагает учет растущей роли медико-социальных факторов, позволяет связать воедино технологические процессы предоставления населению лечебно-профилактической помощи с социально-экономическим положением пациентов, социальных групп, предприятий. Механизмы социально ориентированного управления учитывают интересы различных социальных субъектов. Управление всеми процессами сферы здравоохранения, идет ли речь о системе в целом или образующих ее больших и малых структурах вплоть до небольших организаций, трудовых коллективов медицинских учреждений, должно быть социально ориентированным. В иерархии целей управления на первом месте стоит удовлетворение потребностей населения в оказании медицинской и профилактической помощи.

Характерная особенность социально ориентированного управления состоит в его адресной направленности. В центре такого управления стоит человек с его нуждами, поэтому основными задачами является актуализация интересов различных социальных групп, коллективов, личности.

Комплексность решения социально-экономических задач. В социальных системах чисто экономические методы управления не дают должного эффекта. В современном социальном управлении над традиционными административными преобладают социально-экономические и психологические методы управления. Это означает, что социальная ориентация управления в здравоохранении реализует заботу социальных институтов общества (в первую очередь государства) об обеспечении прав и интересов граждан по охране здоровья. Комплексность решения социально-экономических задач в здравоохранении предполагает тесную увязку решения социально-экономических, политических, правовых, технологических, социокультурных и управленческих задач. Если упустить один из этих факторов, то цели управления не могут быть достигнуты.

Оптимальное сочетание централизации и децентрализации управления. Этот принцип предполагает изменение в целеориентировании управления, которое обеспечивается как организационными институтами взаимодействия (официальными отношениями, определенными предписаниями, инструкциями, правилами, законами, распоряжениями,

техническими нормативами, картами функциональных обязанностей, штатным расписанием), так и:

- четким разделением финансовой ответственности и функций между федеральными, региональными и муниципальными органами управления здравоохранением; между государственными и частными органами управления здравоохранением и их секторами;
- распределением объема и меры ответственности в принятии решений на разных уровнях организации технологических процессов предоставления медико-санитарной помощи населению.

Необоснованный крен в сторону централизации ограничивает инициативу, самостоятельность работников. Перекос в сторону децентрализации способен породить анархические и другие отрицательные тенденции. Установление правильного соотношения между децентрализацией и централизацией является одной из основных проблем совершенствования социального управления.

Информатизация и централизация информационных потоков. В условиях небывалого роста объемов информации, в том числе и используемой в управлении, огромное значение приобретает интенсификация информационных процессов: четкость и полнота сведений, поступающих по каналу связи, своевременность получения информации, ее непротиворечивость, надежность ее обработки, обеспечивающая обоснованность решений, быстрая передача команд управления нижшим звеньям для исполнения. Автоматизация процессов управления позволяет оптимизировать управление, решать задачи управления с меньшими затратами труда, времени и с наибольшей точностью.

Множество обратных информационных связей внутри системы управления позволяет многократно дублировать информационные сигналы и команды, затрудняя для бюрократических структур возможность скрыть или исказить эти сигналы в собственных интересах.

Обеспечение структурного и функционального единства системы управления. Любое управление предполагает направленное воздействие на систему (объект) в целом или на отдельные звенья в целях обеспечения оптимального функционирования и развития. Управление призвано обеспечивать структурное и функциональное единство системы, вскрывать и устранять препятствия на пути к цели, ассимилировать или нейтрализовать возмущающие воздействия как внутри, так и вне системы. Успех социального управления достигается единством действия лиц, служб и организаций, участвующих в управлении. Важное значение имеют четкое определение места и роли этих лиц, служб и организаций,

ясное распределение их компетенции, функций и прав. Суть в том, чтобы каждый занимался своим делом, имел для этого необходимые права и нес в их пределах всю полноту ответственности.

Эта система принципов всегда открыта для дополнений, изменений, основанных на новом опыте, его анализе, осмыслении и обобщении. Одни принципы управления утрачивают свое значение, другие преобразуются и сфера их применения расширяется. В то же время возникают новые идеи, которые реализуются в новых принципах.

3.5.1. Здравоохранение как объект управления

Система здравоохранения как объект управления имеет определенные особенности. В качестве среды выступает все население, а управление осуществляется в отношении одного из самых чувствительных социальных параметров — здоровья. Управлять такой сложной системой, в состав которой входят поликлиники, больницы, лечебно-диагностические центры, клиники, медицинские учебные заведения и регулирующие их деятельность комитеты, департаменты и министерства, не разделяя ее на уровни и зоны управления, — задача неблагодарная.

В процессе формирования и функционирования здравоохранения сложилась определенная структура, которую по решаемым задачам и функциям можно разделить на 3 уровня.

- *Первый уровень* структурирует управленческие отношения в предметной деятельности медицины и здравоохранения. Эти отношения организуют собственно профессиональную предметную область — управление медико-санитарными, оздоровительными технологиями и представляют собой фундамент, на котором строятся остальные уровни отношений управления. Основная масса учреждений здравоохранения функционирует на этом уровне.
- *Второй уровень* обеспечивает управленческие отношения правовыми рамками, значимыми для функционирования медицины и здравоохранения в обществе. Законы вводят представления о миссии медицинских организаций в рамки правовых норм, обязательных для исполнения как организацией, так и населением. Этот уровень — область деятельности государственных органов и органов управления здравоохранением.
- *Третий уровень* — политический. Политика здравоохранения определяет его миссию и цели, ради достижения которых собственно и построена система здравоохранения. Отношения управления в сфере политики имеют своей задачей поиск для данного общества социально

приемлемых форм организации здравоохранения. На этом уровне требуется участие всего общества для достижения социально значимого консенсуса.

Сложный характер взаимоотношений между субъектами системы здравоохранения, их географическая распределенность и разветвленная система связей с организациями других секторов и гражданами определяют особенности управления здравоохранением. На современном этапе это разработка и реализация политики и стратегии здравоохранения.

Административное управление здравоохранением постепенно уступает место формированию и осуществлению единой политики здравоохранения на всех уровнях (федеральном, региональном, муниципальном) как федеральной стратегии развития отрасли и ее реализации на основе единых для всех субъектов РФ подходов. Стратегическое планирование здравоохранения определяет долгосрочные цели отрасли по обеспечению потребностей в услугах здравоохранения, наиболее эффективные пути удовлетворения этих потребностей на основе прогноза (на 5—10 лет) развития медико-социальной сферы. Текущее планирование здравоохранения (на 1—3 года) предполагает достижение подзадач и контрольных цифр стратегического плана, анализ реализации стратегического плана, при необходимости его корректировку и т. д. Примером может служить Программа государственных гарантий предоставления гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

В стратегию макроуправления включены повышение эффективности, улучшение организации и структуры системы здравоохранения, улучшение подготовки и рационального использования медицинских кадров, эффективное использование надлежащих медицинских технологий, повышение уровня медицинского обслуживания, улучшение финансового обеспечения здравоохранения.

Организационно систему здравоохранения можно представить как совокупность следующих уровней.

Государственные органы управления здравоохранением должны устанавливать, координировать и контролировать следующие управленческие функции:

- развитие ресурсов здравоохранения (медицинские кадры, медицинские организации, производство лекарственных средств, производство медицинского оборудования, его поставки и распределение, научные медицинские исследования и внедрение передовых технологий);
- обеспечение медицинской помощи (службы по борьбе с загрязнением окружающей среды, по профилактике и укреплению здоровья,

первичная, вторичная и третичная медицинская помощь, медицинская помощь лицам различной этнической принадлежности, узкоспециализированная и ведомственная медицинская помощь, привлечение населения к медико-санитарным и профилактическим мероприятиям);

- санитарно-эпидемиологический контроль;
- совершенствование механизмов экономической поддержки (мобилизация финансовых ресурсов, распределение денежных средств, выделенных на здравоохранение, координация взаимодействия с социальным и производственным секторами национальной экономики);
- оценка и координация деятельности национального здравоохранения (формирование информационных потоков, международное сотрудничество).

Региональные органы управления здравоохранением. На уровне субъекта РФ управление здравоохранением включает разработку и принятие:

- стратегического плана развития здравоохранения территории и соответствующие целевые программы;
- территориальной программы государственных гарантий и обеспечивающий ее реализацию комплекс планов;
- финансовых и натуральных нормативов (по федеральной методике) для здравоохранения субъекта РФ;
- текущих планов здравоохранения муниципальных образований по оказанию медицинской помощи.

Это расширяет права и поднимает ответственность органов управления здравоохранением субъектов РФ в реализации жизненно важных для всей системы здравоохранения функций, к числу которых относятся прежде всего:

- формирование и обеспечение государственных обязательств в отношении предоставления всем категориям населения медицинской помощи на уровне территориальной Программы государственных гарантий;
- стратегическое и текущее планирование оказания медицинской помощи;
- мониторинг и оценка деятельности учреждений здравоохранения и подсистем муниципального здравоохранения.

Муниципальные органы управления здравоохранением. На уровне муниципального образования разрабатываются:

- согласованный со стратегическим планом субъекта РФ местный план системы здравоохранения и соответствующие целевые программы;
- согласованная с территориальной Программой государственных гарантий местная программа муниципальных гарантий;

- планы развития муниципальных учреждений здравоохранения;
- планы направлений в специализированные центры и ЛПУ, находящиеся в собственности субъекта РФ.

На уровне *медицинского учреждения* разрабатываются текущие планы деятельности учреждения, обеспечивающие реализацию задач, поставленных собственником (государственными или муниципальными органами) в соответствующих планах здравоохранения, а также привлечение дополнительных средств.

Медицинские учреждения (организации) — это объединения медицинских работников, оказывающих согласно своим социальным ролям, определяемым профессиональной подготовкой, социальными и этическими ценностями, нормами и образцами поведения лечебно-диагностическую, профилактическую и медико-санитарную помощь, а также проводящих санитарно-эпидемиологические мероприятия и обеспечивающих охрану и укрепление общественного здоровья.

Медицинское учреждение есть совокупность подсистем, выделение которых связано с реализацией функций, вытекающих из общей системы целей функционирования системы здравоохранения. Оно содержит функциональные и организационные подсистемы. Функциональные подсистемы реализуют содержание технологического процесса, его стадий, организационные — представляют форму их функционирования и управления.

Технологическая подсистема представляет собой совокупность ресурсов, технологий и организации, взаимодействие которых обеспечивает лечебно-профилактическую деятельность (или те или иные ее составляющие). Эффективность функционирования технологической подсистемы определяется степенью оптимизации, во-первых, ее элементов между собой и, во-вторых, связей с экономической и социальной подсистемами.

Структура медицинского учреждения как организационная система представляет собой совокупность подсистем, обеспечивающих технологии диагностического, лечебного, профилактического, реабилитационного процессов в целом и его частей (отделения стационара, амбулаторно-поликлинические, параклинические, вспомогательные подразделения и т.д.).

Организации, связанные с системой здравоохранения. В качестве примера можно рассмотреть связь между организациями системы ОМС: ЛПУ, СМО, страхователи, ТФОМС образуют единую систему, но ни одна из них не управляет другой. Они связаны между собой едиными технологическим процессом — обязательным медицинским страхованием.

В системе управления здравоохранением на всех уровнях все большую роль играют фонды ОМС. Федеральный и территориальный фонды ОМС совместно с Минздравсоцразвития РФ и органами управления здравоохранением субъекта РФ выполняют функцию гаранта обеспечения государственных обязательств на территориальном уровне. Особенно важной задачей управления становится обеспечение скоординированных подходов и действий органов управления здравоохранением и ТФОМС в отношении планирования объемов медицинской помощи, сети учреждений здравоохранения. Для этого субъект РФ обеспечивает максимально возможную централизацию поступлений взносов на ОМС работающих граждан и бюджетных отчислений на ОМС неработающих граждан в ТФОМС с последующим их распределением по городам и районам на основе подушевого норматива финансирования. Цели выравнивания условий финансирования служит и политика бюджетных трансфертов экономически слабым территориям и реструктуризация сети учреждений здравоохранения. Это механизмы реального влияния на муниципальные образования для их подключения к общей политике здравоохранения субъекта РФ.

3.5.2. Особенности управленческих отношений в здравоохранении

Система здравоохранения в масштабе города, области (края, округа, района) и входящие в нее подсистемы создают организационную структуру только тогда, когда между ними установлены определенные взаимоотношения управленческих взаимосвязей, элементами которых выступают:

- материально-техническая база — номенклатура сети и приспособленности и оснащенности медицинских учреждений;
- кадровая база — численный и профессиональный состав работников, имеющих опыт и необходимые знания;
- организационная технология — функциональная последовательность работ каждой категории медицинских учреждений, регламентация работы персонала в них;
- финансовая технология — виды и механизмы финансового обеспечения производственных фондов и оплата трудозатрат персонала.

Для системы здравоохранения характерны как прямые отношения иерархического подчинения (участковый врач — заведующий поликлиникой — главный врач — заведующий отделом органа управления здраво-

охранения), так и отношения в рамках функционального разделения труда (врачи-специалисты, т. е. хирурги, гинекологи и т. д.).

Целенаправленная деятельность учреждений и служб достигается посредством выполнения каждой подсистемой функций управления. Под этим понимается определенный комплекс работ, обеспечивающий достижение поставленной цели.

Так, действия руководителя ЛПУ, функционирующего в системе рыночных отношений, особенно в условиях нестабильного финансирования, требуют постоянного анализа различных вариантов возможных управленческих решений. Минимизация расходов, переход на новые финансовые инструменты, оптимизация материально-технической и кадровой базы в соответствии с параметрами, характеризующими качество медицинской помощи, — вот далеко не полный перечень некоторых насущных задач, решаемых руководителем ЛПУ в рамках реформирования здравоохранения.

Рассмотрим основные свойства управленческих отношений в системе здравоохранения.

Относительная функциональная автономность. Система здравоохранения — единое целое, но каждая организационная подсистема характеризуется относительной функциональной автономностью, что находит выражение в ее деятельности: лечебно-профилактическая (хирургическая, терапевтическая, инфекционная и т. д.), научно-исследовательская, управленческая (экономика, планирование, учет, анализ и др.).

Социальная ориентированность всех подсистем. Цели функционирования всех подсистем связаны с обеспечением не столько экономических, сколько социально-гигиенических интересов: общенародных, коллективных, групповых, личных, поэтому любая трансформация в рамках системы или даже одного медицинского учреждения — процесс прежде всего социальный. В процесс трансформации отношений вовлекаются население в целом, члены трудовых коллективов, администрации этих коллективов, государственные структуры. Столкновение и согласование интересов происходят на экономическом уровне в масштабах как крупных административных и хозяйственных структур, так и отдельных предприятий. Вместе с тем в рамках медицинского учреждения определяющими являются интересы руководителя и персонала. Интерес руководителя связан главным образом с эффективностью деятельности учреждения. Персонал и конкретный работник связывают свои интересы с конкретным ЛПУ как с местом работы и источником дохода, который должен зависеть в современных условиях от эффективности объемов и качества оказываемых услуг.

Вероятностный характер развития элементов системы. Лечебно-профилактическая деятельность является вероятностной системой. На результаты и объемы лечебно-профилактической деятельности существенно влияют демографическая ситуация, эпидемиологическая и социально-экономическая обстановка в обществе и т. д. Это может привести к тому, что одни организации могут прекратить свое существование, другие трансформируются, либо появятся новые.

Персонализация институтов взаимодействия. В структуре здравоохранения работает множество организаций и учреждений. Однако взаимодействие этих институтов с каждым пациентом носит персонализированный характер: конкретный врач общается с конкретным пациентом. Именно в медицине, как ни в какой другой области, к составу работников предъявляются высокие морально-этические требования (клятва Гиппократа).

Децентрализация управления здравоохранением предполагает эффективный способ улучшения медицинского обслуживания и оптимального распределения ресурсов с учетом региональных особенностей. Однако из-за самостоятельности бюджетов разных уровней весьма сложно рассчитать единый подушевой норматив финансирования для отдельных территорий, который является условием организации любой рациональной системы финансирования медицинской помощи. Отсюда и крайняя неравномерность и дублирование функций в сети ЛПУ (муниципальные, ведомственные, специализированные и т. д.) в отдельных городах и районах.

Децентрализация и фрагментация управления системой здравоохранения существенно ограничивают возможности обеспечения гарантированного минимума медицинской помощи для всех групп населения. Наблюдается тенденция к ослаблению взаимодействия между отдельными уровнями оказания медицинской помощи и службами здравоохранения⁷⁵. Следствием неэффективных организационно-управленческих трансформаций стали усиление неравенства в возможности получения необходимой медицинской помощи для жителей разных территорий и снижение эффективности использования ресурсов. В результате действующая сеть

⁷⁵ Из-за неадекватного планирования нередко складывается ситуация, когда один район вынужден содержать ненужные мощности, в то время как соседняя территория ощущает в них острую нехватку. Решения, принимаемые муниципальными органами управления здравоохранения, часто оказываются нерациональными в масштабе территориальной системы здравоохранения. ЛПУ соседних районов приобретают одно и то же импортное дорогостоящее лечебно-диагностическое оборудование, которое порой простаивает (отсутствие пациентов, кадров соответствующей квалификации или необходимых технологий).

ЛПУ все в меньшей степени соответствует реальным потребностям населения и требованиям рационального использования ресурсов.

Кроме того, под угрозой оказался важнейший принцип организации системы — этапность оказания медицинской помощи. Хорошо известно, что система здравоохранения не может быть построена в одном отдельно взятом районе. Для достижения более высокой эффективности использования ресурсов требуется разумная регионализация сети ЛПУ, основанная на разделении функций каждого уровня и типа учреждений. Это предполагает более высокий уровень централизации управления и финансирования, чем тот, который сложился сегодня. Важнейшей задачей социологии медицины в этих условиях становится разработка способов рационализации медицинской помощи в территориально и административно распределенных системах.

Ответственность и ее виды. Каждое управленческое решение имеет не только экономическую значимость, но и моральную ценность, поскольку оценивается подчиненными, коллегами, вышестоящим руководством, деловыми партнерами, затрагивая их интересы. В зависимости от уровня управленческой иерархии в здравоохранении ответственность имеет следующие виды:

- **Правовая (юридическая) ответственность** выражает необходимость соблюдения принятых государственных законов и норм государственного регулирования в сфере здравоохранения. Юридически ответственным будет поведение той организации, которая строго выполняет законы и существующие нормативы, но в социальном плане она может отличаться безответственным поведением (например, нарушение стандартов КМП).
- **Гражданская ответственность** состоит в праве возложения невыгодных имущественных последствий на лицо, допустившее правонарушение.
- **Дисциплинарная ответственность** — форма воздействия на нарушителей трудовой дисциплины путем наложения на них дисциплинарных взысканий (замечание, выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу на срок до 3 мес и т. п.).
- **Материальная ответственность** — обязанность работника возместить учреждению, в котором он работает, имущественный ущерб, причиненный по его вине.
- **Уголовная ответственность** означает, что лицо, совершившее преступление, обязано отвечать за свое деяние в соответствии с уголовным законодательством. Мера наказания определяется приговором суда.

- *Административная ответственность* — одна из форм ответственности граждан и должностных лиц за совершенное административное правонарушение, проступки в области государственного и общественного порядка, охраны государственной собственности, прав и свобод граждан в сфере управления.

В управлении применяются нормы не только административного, но и гражданского, трудового, финансового, уголовного, природоохранительного права.

Законы управленческого воздействия. Одной из основных категорий теории управления является система управления, в рамках которой формируются, реализуются и воспринимаются управленческие воздействия и их результаты.

Элементы, иницирующие и формирующие воздействие, рассматриваются в качестве управляющей подсистемы или субъекта управления. Под *субъектом управления* может пониматься как совокупность автономных элементов — группа людей, составляющих аппарат управления в организации, так и элементы, находящиеся в органическом единстве, — руководитель, его личность, — как система биологических, психологических, социальных комплексов. Элементы, воспринимающие и результативно отражающие воздействие субъекта управления, определяются как управляемая подсистема, или *объект управления* (см. рис. 5).

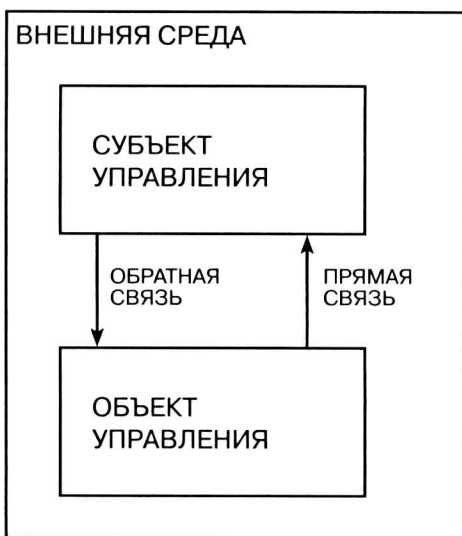


Рис. 5. Модель управляющего воздействия

Управляющая подсистема признается вышестоящей, поскольку в ней происходит анализ условий, формируется комплекс целей и задач, моделируются методы их решения и прогнозируется конечный результат. Конечной задачей субъекта управления является создание условий, в которых объект в силу заложенных в нем ограничений будет вынужден поступать определенным образом. Управляемая подсистема при этом лишь реагирует на изменяющиеся условия.

Внешняя среда также может влиять на интересы субъекта и объекта управления. Между элементами системы управления может существовать как прямая, так и обратная связь. Прямая связь представляет собой совокупность управленческих воздействий, служащих достижению целей субъекта управления. Обратная связь информирует о состоянии объекта управления и внешней среды, регистрирует факт и качество поступления сигналов по прямой связи, возвращает сведения о результатах достижения поставленных целей.

Всякое управленческое воздействие обязательно предполагает цели трех типов: цели-задачи — цели руководителя, цели управления, цели организации; цели-условия, связанные с интересами работника, подчиненного; цели-средства, обеспечивающие подчинение одного другому, обслуживающие взаимопонимание объекта и субъекта управления.

Социальные системы интересны именно тем, что подчиненные, работники выступают субъектами деятельности в той же степени, что и их руководители. Они руководствуются похожими мотивами, испытывают сопоставимые потребности, аналогично анализируют ситуацию, строят прогнозы и осуществляют деятельность.

3.5.3. Модели управленческих решений

Управленческое решение — центральный момент управленческой деятельности. Вся управленческая деятельность может быть представлена как совокупность подготовки решений, их реализации, контроля и подготовки новых решений в новых условиях. Можно определить 3 уровня управленческих решений, которые делятся в зависимости от сложности ситуации и творческого вклада менеджеров в их разработку.

- *Рутинные решения.* Они принимаются согласно отработанному механизму и имеющейся программе действий.
- *Селективные и адаптивные решения.* Инициатива и свобода действий на данном уровне проявляются в ограниченных пределах.

Например, при оценке альтернатив и выборе оптимальных, селективные и адаптационные решения снимают дополнительные, непредусмотренные трудности.

- *Инновационные решения* связаны со сложностью и непредсказуемостью событий. Это вызывает необходимость принятия неординарных решений, содержащих нововведения.

Процесс подготовки управленческих решений проходит через ряд этапов. Остановимся на некоторых из них.

Постановка проблемы (определение способа достижения цели, критериев оценки ее решения, выявление факторов, условий, ограничений, анализ альтернатив). На первом этапе применяются в основном логический инструментарий с использованием различных методов (анализа, синтеза, сравнений, индукции, дедукции, аналогии, обобщения, абстрагирования) и интуиция. Чтобы сформулировать задачу, необходимо иметь ясность по следующим вопросам: причины постановки задачи⁷⁶, к какому типу задач она относится и срочность ее решения; факторы, влияющие на ситуацию, и влияние ситуации на деятельность предприятия в целом; цели, которые должны быть достигнуты при решении задачи.

Выбор критериев эффективности решения. Критерий оценки эффективности решений должен иметь количественное выражение (иметь физический смысл), наиболее полно отражать результаты решений, быть простым и конкретным. Правильный выбор критерия эффективности — существенная часть правильной формулировки задачи, так как нередко сам критерий способствует определению направлений решения задачи.

В точно сформулированной задаче должны быть четко отражена полная характеристика сложившейся ситуации, в том числе факторы, влияющие на принятие решений; причины нежелательных явлений; ресурсы решения задачи (реально существующие); условия решения задачи (определенность, риск, неопределенность) и др.; значимость решаемой задачи для деятельности предприятия и отдельных его структур; сроки выполнения задачи; как количественные, так и качественные ограничения, при выборе альтернатив решения задачи;

⁷⁶ Причины постановки задач могут быть внутренними и внешними. В частности, это может быть случайное отклонение от заданных норм, серьезные недостатки (перерасход финансовых средств, сырья, фонда заработной платы и др.), необходимость решения тактических и стратегических задач, а также изменение конъюнктуры рынка и потребность в разработке прогнозов ее развития.

конкретные критерии оценки эффективности решений (количественные и качественные).

Существует и множество качественных критериев эффективности, среди которых качественный состав работников, авторитет руководителя, качество продукции. Неверно выбранный критерий может привести к ошибочным выводам, к дезорганизации работы, поэтому необходимо учитывать некоторые рекомендации: критерием может быть как один, так и несколько показателей (частные критерии должны быть увязаны с общесистемными); в качестве критериев могут использоваться не только максимальные или минимальные значения показателей, но и границы допустимости, за пределами которых повышение эффективности либо несущественно, либо сопряжено со значительными трудностями; если критериев достаточно много, их следует сгруппировать и из более важной группы выбрать основной критерий.

При эвристических методах решения задачи следует повторно проверять логическую последовательность действий, учитывать всевозможные факторы, определяющие специфику проблемной ситуации. Затем варианты сопоставляются по критерию эффективности и выбирается наилучший. Ситуации могут быть и более сложными при комплексном воздействии нескольких факторов. Следует учитывать возможное влияние случайных факторов и социальные последствия, сопряженные с каждым из факторов.

Оценка эффективности деятельности руководителя. Результаты проведенных опросов показывают, что критерием оценки руководства персонал называет последствия принимаемых решений. При этом величина ответственности прямо пропорциональна последствиям решений, среди которых выделяются индивидуально-психологические (личные переживания человека); социально-психологические (реакция коллектива на принятие решения); нравственно-педагогические (воспитательный аспект принятого решения); организационные (изменения взаимосвязей в структуре управления и производства); экономические (полученная прибыль либо нанесенный предприятию ущерб).

Выбор управленческого решения должен быть, с одной стороны, продиктован интересами дела, а с другой — основываться на учете мнений подчиненных, либо согласовываться с «мозговым центром» (штабом) предприятия, включающим заместителей, руководителей подразделений, ведущих специалистов и др. Нравственная ответственность руководителя в принятии решений заключается в наиболее полном учете всех мнений (специалистов, коллективного и коллегиального органов). Такое решение

позволяет выразить общее мнение по конкретной проблеме, способствует проявлению взаимопомощи в достижении цели, реализации системного подхода, усилению деловой активности, повышению квалификации работников. Кроме того, воспитываются общая заинтересованность, чувство значимости и причастности работников к процессу управления. Это поднимает их в собственных глазах, обостряет субъективное ощущение коллективной ответственности за исполнение принятых решений.

3.6. УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

3.6.1. Медицинские учреждения как социальные организации

Социальные организации есть постоянные и устойчивые структурные группы людей, сформированные для достижения определенных целей и объединенные отношениями целевого, правового, экономического и культурного взаимодействия. Организации являются одним из основных объектов социологического изучения, поскольку индивиды в течение всей жизни входят в состав организаций или имеют с ними дело. Организации отличаются от стихийно складывающихся групп, в частности, тем, что:

- организации сохраняются с уходом отдельных их членов, т.е. имеют свою историю, которая может быть продолжительнее членства в организации отдельных участников;
- у организации обычно имеются сформулированные в учредительных документах цели деятельности, в соответствии с которыми направляется работа ее сотрудников;
- в организациях устанавливается специальный порядок принятия решений и процедура реализации этих решений, которыми регулируется деятельность членов организации;
- для организаций характерно распределение формальных ролей и обязанностей между ее членами. Организации имеют свои формальные и неформальные стороны.

В социальной организации основной единицей выступает не индивид как таковой, а его роль, поэтому *социальную организацию* можно определить как совокупность ролей, объединенных в систему благодаря каналам коммуникации. Кроме того, социальная организация — это и целевая

группа, т. е. объединение людей, стремящихся к реализации определенных целей упорядоченным образом.

В структуре медицинского учреждения как социальной организации можно выделить следующие составляющие: организационную структуру и распределение функций; персонал, профессиональные и социально-психологические отношения; инфраструктуру (инструменты, оборудование, коммуникации); совокупность инструктивных и нормативных документов (инструкции, приказы, нормы и правила, как ими пользоваться); систему управления.

Организационная структура и распределение функций. Основом организации выступают организационная структура и распределение функций между организационными подразделениями. Каждый исполнитель в соответствии со своей ролью (должностью) (например, главврач, сестра-хозяйка, начальник отдела кадров и т. п.) имеет четко предписанный круг должностных обязанностей. Все функции и обязанности, которые должен выполнять сотрудник в организации, перечислены в должностной инструкции. Такая система управления отношениями называется *административной*, или бюрократической. Суть командно-административного метода управления в том, что аппарат управления навязывает определенную схему поведения всем элементам социальной системы.

Демократическое управление использует социальную активность тех или иных структур, групп, индивидов социальной системы в целях управления. Это обеспечивается созданием в системе широкого спектра прямых и обратных связей, пронизывающих ее не только по вертикали в соответствии с иерархией подчинения, но и по горизонтали на основе совместных интересов. Иными словами, система управления представляет собой механизмы конструктивного сотрудничества всех структур власти организации. Порядок управления основывается на самоконтроле, гражданской зрелости людей. Все это делает демократические методы весьма эффективными⁷⁷.

⁷⁷ В отечественной социологии управления долгое время административно-командные и демократические методы управления противопоставлялись. Между тем практика показывает, что речь должна идти об исследовании сфер эффективности функционирования данных методов в тех или иных технологиях социального управления. В этой связи необходимо уйти от упрощенного представления (характерного для менталитета тоталитарного общества) об управлении и в чисто административном, и в чисто демократическом смысле, и рассматривать это понятие во всей его сложности, с учетом механизмов саморегулирования и саморазвития. Сам термин «управление» должен быть расширен и переосмыслен: это не навязывание волевых решений сверху, а опора на естественные процессы саморегулирования системы. Сохранение баланса регулирования и саморегулирования — вот главное в целостной системе демократического управления.

Персонал, профессиональные и социально-психологические отношения. Основой организационной системы являются сотрудники. Интеллект, темперамент, привязанности и антипатии оказывают определенное влияние на исполнение конкретной личностью своих функций. Однако в организационной системе психоэмоциональные свойства индивида сказываются особенно существенно, если он занимает место на вершине иерархии, и ослабевают при движении вниз по структуре. В нижних слоях эти свойства усредняются, интегрируются в силу большого числа действующих лиц и их слабого влияния на ответственные решения — прерогативу верхних эшелонов.

Инфраструктура. Технические средства, используемые в технологических процессах организационных систем, имеют инструментальное назначение. Они могут упростить либо усложнить процессы принятия решений персоналом.

Инструктивные и нормативные документы. Внутриорганизационные процессы включают координацию, заключающуюся в руководстве с помощью приказов, распоряжений, предложений, а также принятие решений, коммуникацию. Эти процессы являются одними из ключевых объектов управления деятельностью организации. Необходимо постоянно отслеживать используемые технологии, обеспечивать совершенствование их уровня, вводя новые элементы.

Система управления. Исключительное значение для эффективности функционирования организации имеет слаженность ее управляющей системы, т. е. приверженность образующих ее людей, профессионально занимающихся управленческой деятельностью, общим целям, наличие у них четких представлений о миссии и целях, своих задачах и путях обеспечения эффективной деятельности организации. Хорошо подобранная команда, члены которой спаяны и в официальном (служебном) плане взаимной ответственностью, и конструктивным сотрудничеством, и неформальными узами взаимного доверия, является важным фактором эффективной деятельности организации в целом.

Каждая социальная организация имеет свой *жизненный цикл*, в котором выделяют несколько стадий или фаз, качественно отличающихся друг от друга.

Первая фаза — зарождение организации. На этой фазе формируется устав, определяются задачи, распределяются функции и роли, устанавливаются порядок действий, режим, символика, выделяются лидеры и руководители.

Вторая фаза — период эффективности, когда деятельность организации достигает полного соответствия с провозглашенными целями и задачами, которые при этом эффективно совершенствуются. На этой стадии формируются институты и стиль взаимодействия.

Третья фаза — период инструментализации организации. Правила и институты взаимодействия перестают быть средством, регулирующим деятельность, и становятся самоцелью. Господство правил, подчинивших себе людей, возникает из чрезмерного стремления к аккуратности и компетентности, из желания предупредить возможные нарушения, сбои, прогулы, брак, утечку информации и т. д. Организацию охватывают засилье инструкций, правил и, как следствие, интенсивный бумагооборот и бюрократизация.

Последняя фаза — период дезорганизации, когда организация становится инструментом достижения стандартизованного поведения независимо от достижения цели. Целью деятельности людей становится не решение функциональных задач, а выполнение правил и инструкций, поддержание дисциплины и порядка.

С точки зрения обеспечения устойчивости существования медицинского учреждения его руководители должны стремиться к тому, чтобы оно постоянно находилось во второй фазе жизненного цикла. В случае возникновения признаков перехода к третьей (а тем более к четвертой фазе) необходимо принимать меры по обновлению организации.

Приведем общепринятую типологию моделей, которые наиболее полно характеризуют типы организационно-целевого функционирования организаций.

- *Модель «организация-машина».* Организация представляется как безличный механизм в виде многоуровневой административно-целевой иерархии, состоящей из формализованных структур, связей, системы взаимоотношений между ее членами. Большое внимание при этом уделяется иерархии целей функционального взаимодействия.
- *Модель «естественной» организации.* Организации, возникающие естественным образом, развиваются по собственным законам. Они обладают способностью самонастраиваться, реагируя на внешние и внутренние изменения. Отклонение от цели не считается отрицательным результатом, поскольку естественная организация функционирует, как правило, в условиях со значительным элементом неопределенности.
- *Организация-община.* В соответствии с этой моделью главным регулятором в организации являются принятые в группе нормы поведения. Особое значение придается межличностным отношениям, отношениям

между отдельными членами организации, взаимным привязанностям, общим интересам.

- *Социотехническая модель. Особое значение в структуре организации придается влиянию технологического процесса производства на внутригрупповые связи.*
- *Интеракционистская модель. В этой модели основное внимание уделяется роли ожиданий и системы ценностей членов организации, их представлениям о ситуации, взаимодействию между членами организации.*
- *Институциональная модель. Функционирование и структура организации формируются под воздействием институтов — традиций, норм и правил игры, формирующихся во внутренней и внешней среде функционирования организации.*
- *Конфликтная модель. Деятельность организации генерирует условия для формирования целей и интересов, противодействующих внутренней и внешней среде ее функционирования (личностные, групповые, организационные конфликты).*

Важно понимать, что в реальной организации могут одновременно присутствовать несколько или даже все отмеченные в моделях организационно-целевые аспекты, но при этом всегда превалирует один из них. Тип организационно-целевой направленности можно выявить в ходе опроса руководства и рядовых сотрудников.

Согласно данным социологических опросов, бюджетные и коммерческие медицинские учреждения различаются адаптивностью организации к внешней среде. Для первых характерен скорее механистический тип организационно-целевого функционирования с консервативной, негибкой структурой; четко определенными, стандартизованными задачами; сопротивлением изменениям; властью иерархических уровней в организации; иерархической системой контроля; командным типом коммуникаций (сверху вниз); содержанием коммуникаций в виде принятых руководством решений, приказов, распоряжений.

Коммерческие учреждения имеют технологический тип организационно-целевого функционирования с гибкой структурой; динамичными, не жестко определенными задачами; готовностью к изменениям; самоконтролем и контролем коллег; многонаправленностью коммуникаций (вертикальные, горизонтальные, диагональные). Власть базируется на знании и опыте. Содержание коммуникаций составляют информация и советы.

Каждый тип имеет определенные преимущества и используется в зависимости от того, насколько динамичны изменения во внешней среде организации.

3.6.2. Руководство и лидерство. Роль руководителя в организационных процессах

Для понимания сущности социальной ориентации управленческой деятельности и ее оптимизации остановимся на наиболее важных, с точки зрения социологии медицины, аспектах управленческой деятельности в медицинском учреждении.

Формирование и развитие социальной организации коллектива. Это процесс, в ходе которого совокупность людей превращается именно в социальную систему, затем повышается или, наоборот, снижается уровень социальной зрелости коллектива, уровень его сплоченности и социальной стабильности. Направленность и интенсивность данного процесса (повышается или снижается организованность, зрелость, сплоченность коллектива, быстро или медленно это происходит и т.д.) зависят от целенаправленного воздействия на него, что и составляет содержание соответствующей функции социального управления.

Развитие социальной структуры коллектива, т.е. совершенствование социального облика входящих в него групп и взаимоотношений между ними. Социальная и профессиональная структура коллектива довольно жестко задается производственными и экономическими условиями: сферой деятельности, типом собственности, отраслевыми и технологическими особенностями, материальной и производственной базой. В медицинском учреждении существуют различия в характере труда, профессиональном и квалификационном уровне оказания медицинской помощи, что ведет к формированию профессиональных и социальных групп. Следовательно, социальное управление должно быть направлено на внесение изменений в институциональные стороны взаимодействия данных групп.

Создание, развитие и изменения в содержании деятельности социальных институтов, необходимых для функционирования коллектива медицинского учреждения. Существование важнейших организационных и функциональных институтов, присущих трудовому коллективу, определяются действующими правовыми нормами, сложившейся организационной практикой. Однако определенные возможности изменения механизма формирования институтов социального взаимодействия в коллективе конкретного медицинского учреждения сохраняются. Это возможность создания разного рода структур, не предусмотренных какими-либо жесткими правилами, но актуальных для повышения эффективности основного технологического процесса, например,

тех или иных комиссий, консилиумов по обеспечению качества, экспертной оценке медико-экономических стандартов, протоколов лечения и др. Данные формы деятельности оказывают существенное влияние на формирующиеся в коллективе институты социального взаимодействия.

Обеспечение интересов персонала. Управленческая деятельность всегда направляет поведение людей на достижение целей, вытекающих из потребностей не их самих, а той медико-социальной системы, в которой они работают. Процессы адаптации системы здравоохранения к рыночным условиям затрагивают коренные интересы персонала всех медицинских учреждений, поэтому в условиях становления рыночной экономики здравоохранения в управлении должна быть выделена функция обеспечения и защиты интересов медицинского и управленческого персонала. В социологии управления выделяют следующие системы интересов персонала медицинских учреждений, на которые оказывается управляющее воздействие: охрана труда, облегчение и улучшение условий работы медицинского персонала; обеспечение охраны здоровья медицинского персонала; обеспечение оптимальной адаптации людей к меняющейся социальной обстановке; развитие социальной структуры и инфраструктуры медицинских учреждений; создание и совершенствование условий участия врачей и медицинского персонала в управлении делами медицинского учреждения; обеспечение профессионального роста; организация институциональной деятельности, формирующей корпоративную мораль; развитие трудовой, социально-политической, производственно творческой и других видов общественной активности; формирование у персонала восприимчивости к инновациям, развитие инновационной готовности, инновационной ориентации.

Обеспечение социально-психологической совместимости особенностей коллектива и личностных черт каждого из сотрудников. Особенно большое значение социальные аспекты имеют в управлении процессом подбора и расстановки кадров руководителей разного ранга. Применительно к этой категории работников важны не только критерии профессиональной компетенции, но и социально-психологические требования.

Так, включение в малую группу с высоким уровнем социальной и нравственной зрелости недисциплинированного работника может пойти на пользу этому человеку, не причиняя ущерба коллективу. Наоборот, если уровень зрелости коллектива низок, то пополнение его дисциплинированными специалистами может еще более ухудшить обстановку.

Обеспечение прогрессивных изменений в подсистемах социальной структуры коллектива. При выявлении в демографической структуре тенденций постарения коллектива или какого-то его подразделения необходимо обеспечить оптимальное сочетание молодых и опытных кадров, пополнение персонала молодыми кадрами.

Например, любое управление предполагает высокую исполнительскую дисциплину. Между тем, если главный врач медицинского учреждения осуществляет меры, направленные на повышение исполнительской дисциплины, то он должен понимать, что сами по себе эти меры как инструмент управления коллективом будут более эффективными, если они основываются на учете интересов и потребности врачей, среднего медицинского и обслуживающего персонала в повышении исполнительской дисциплины.

Одним из эффективных механизмов управления для медицинских учреждений всех уровней в этом плане являются разработка и внедрение систем ведомственных отраслевых стандартов на все виды деятельности по организации и обеспечению медико-санитарной и профилактической помощи населению, включая аккредитацию медицинских учреждений, лицензирование врачей-специалистов и регулирование объема и качества медицинских услуг.

Внедрение рыночных механизмов стимулирования. Нельзя управлять социальными процессами, не научившись применять материальные и моральные стимулы. Эту объективную потребность социального управления отражает принцип стимулирования. Многие рыночные механизмы стимулирования воздействуют на экономические отношения, повышают престиж добросовестного и творческого труда, дисциплину, интерес к повышению профессионализма. Органы управления здравоохранением должны формировать в управлении стиль социального партнерства, который отвечает следующим критериям:

- равенство сторон на переговорах и недопустимость ущемления законных прав работников и предпринимателей;
- приоритетность примирительных методов и процедур в переговорах;
- обязательность исполнения договоренностей;
- доверие и доверительность в отношениях;
- регулярность проведения консультаций в ходе сотрудничества;
- ответственность за принятые обязательства.

Каждый последующий уровень коллективных соглашений (договоров) не может ухудшать условий договора более высокого уровня

ня и должен отличаться от предыдущего большей выгодой для персонала.

В разработке эффективных стратегий, механизмов и инструментов социального управления важную роль играют различные виды моделирования, прогнозирования, медико-социологические исследования. Они помогают раскрыть социальные процессы в коллективе во всей их сложности и многообразии, дают управляющим органам и менеджерам достоверную информацию, позволяя оценить эффективность той или иной системы управления.

3.6.3. Управление персоналом

Управление персоналом является одним из ведущих направлений современного социального менеджмента. Социологические исследования показывают, что около 80 % рабочего времени менеджера посвящено вопросам управления персоналом.

Кадровая политика. Под кадровой политикой принято понимать совокупность целей и приоритетов, принципов, основных моделей, программ и представлений, которые определяют главные направления и содержание работы с кадрами, являются решающими в сфере управления соответствующими объектами (территориальными и отраслевыми системами, организациями, учреждениями и т. д.).

Определяющим принципом кадровой политики любой организации (и государственной политики в целом) является признание в качестве высшей ценности и главного ресурса каждой организации человека его прав и свобод, в качестве главной цели кадровой работы — рационального использования и преумножения кадрового потенциала. Основная функция кадрового менеджмента медицинского учреждения — разработка и реализация кадровой политики главного врача, заведующих отделениями и руководства служб.

Кадровая работа. Управление персоналом в медицинских учреждениях является самостоятельно функционирующей системой со своими принципами, функциями, механизмами и технологиями кадровой деятельности. Это подбор медицинского персонала и организация взаимодействия отдельных подсистем кадрового обеспечения (совершенствование профессиональной подготовки кадров, квалификационные продвижения, нормативно-правовое, научно-методическое, информационное и финансовое обеспечение деятельности в медицинской сфере). К сожалению, до настоящего времени системы

(стандартов) оценивания персонала медицинских учреждений не выполнено⁷⁸.

Конкретными объектами кадровой работы являются прежде всего действующие кадры руководителей и специалистов всех организаций (учреждений), а также те лица, которым предстоит трудиться в этом качестве (кандидаты, соискатели, резерв на замещение тех или иных должностей); отдельные компоненты технологии работы с кадрами (ориентирование, обучение, подбор, оценка, назначение на должность и др.).

В кадровой работе выделяют следующие функции: планирование и прогнозирование потребности в кадрах, наем на работу; анализ рабочих мест и трудовых процессов; профессиональное обучение, переподготовка, повышение квалификации; регулирование доходов и зарплаты; предоставление льгот, услуг и других привилегий работникам (охрана здоровья, безопасные условия труда и пр.); «гибкое» использование персонала: планирование карьеры, продвижение по службе, ротация, перемещение и увольнение; создание и использование эффективной системы оценки персонала.

Оценка персонала медицинского учреждения. Невозможно осуществить управление персоналом ни по одному направлению (планированию персонала, отбору, адаптации, стимулированию труда, развитию способностей, трудовым перемещениям и карьере, сплочению коллектива, высвобождению персонала и др.) без оценки соответствующих деловых, личностных или профессиональных качеств работников.

Динамично изменяющиеся экономические условия деятельности медицинских учреждений обуславливают необходимость оптимизации численности медицинского персонала, совершенствования технологии предоставления медицинской помощи и, соответственно, изменения технологий проведения работ, а ситуация на рынке труда порождает возможность отбора претендентов на работу, что требует новых методик оценки медицинского и управленческого персонала.

⁷⁸ Во многих странах управление персоналом возведено в ранг первостепенных направлений работы фирм. Эта деятельность хорошо финансируется. Зарубежный опыт показывает, что руководитель службы управления персоналом предприятия наделен широкими полномочиями, является членом правления акционерного общества, фирмы и активно влияет на политику предприятия. Службы управления персоналом, как правило, укомплектовываются специалистами, которые способны успешно решать широкий спектр вопросов деятельности предприятия и совместно с другими службами активно влиять на эффективность работы.

В практике управления персоналом процесс оценки осуществляют как отдельные лица, так и социальные группы. В качестве ключевых субъектов оценки рассматриваются руководители, так как в их функции входит организация деятельности подразделений и/или организации в целом, а знание методов и владение умениями управления персоналом понимается как важнейшее профессиональное качество.

В качестве субъектов оценки результативности сотрудников выступают непосредственный руководитель, коллеги, подчиненные.

В системе здравоохранения используется оценка коллективными субъектами — специально создаваемыми органами или организациями, которые вырабатывают коллективное мнение об объекте оценки. К ним можно отнести рабочие группы по отбору персонала, аттестационные комиссии, службы управления персоналом, высшие руководящие органы (органы управления здравоохранением). Эти субъекты призваны давать комплексные оценки, разрабатывать, проводить, координировать и корректировать процесс оценки. В последнее время значение таких субъектов возрастает. Однако коллективные органы производят, как правило, узкоцелевую оценку персонала (для распределения фондов премирования, отбора, подготовки и проведения аттестации и пр.) и требуют значительного времени и средств. Эффективность работы коллективных субъектов оценки зависит от тщательного подбора участников и качества регламентирующих их работу документов. Первое обеспечивает надлежащее качество оценки, а второе предотвращает конфликты в процессе оценки персонала.

Эксперта (субъекта) для оценки медицинского персонала выбирают по принципу: компетентности, информированности, экономичности. Важнейшим требованием к системе оценки персонала является возможность ее систематического проведения.

Важность этого требования состоит в том, что во внимание обычно принимаются только последние события. Объективно руководитель обращает внимание на достижения сотрудника за последний период, поскольку сегодняшние задания представляются, на первый взгляд, наиболее значимыми, а то, что было сделано ранее, уже сделано, и острота, значимость прежних действий сглаживаются. При этом часто положительные оценки забывают, а отрицательные оценки могут помнить долго.

Социологические исследования методов управления персоналом показывают, что даже у успешных менеджеров при принятии управленческого решения по персоналу большую роль играют такие характеристики, как случаи совершения ошибок в работе, нарушения трудовой дисциплины, что нельзя рассматривать как достоверную

информацию по оценке качеств специалистов⁷⁹. Для оценки персонала медицинского учреждения можно приглашать внешних экспертов (рекрутинговые фирмы, центры оценки персонала, консалтинговые организации).

Конфликты в медицинских учреждениях. Важное значение для социологии медицины имеет исследование конфликтов в двух направлениях. Во-первых, реформы в здравоохранении порождает череду нескончаемых социальных конфликтов. Изучение природы этих конфликтов позволит вносить коррективы в деятельность системы здравоохранения.

Во-вторых, в здравоохранении наряду с традиционными бюрократическими (инструментальными) организациями появились новые рыночные структуры. В свою очередь, это порождает конфликтные ситуации самого разнообразного плана, без понимания которых невозможно эффективно управлять как отдельными структурными элементами, так и системой здравоохранения в целом.

Современные медицинские учреждения детерминирует целый класс социальных конфликтов. Важнейшим из них является *конфликт целеполагания*. Бюджетное медицинское учреждение — типичная инструментальная организация, которая строит свою деятельность на строгом соблюдении правил, инструкций, норм, дисциплины и порядка. Конфликт возникает тогда, когда перед организацией возникают противоречивые и даже взаимно несовместимые цели.

Перед медицинским учреждением поставлены задачи оказания качественной бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг, но при этом существенно сокращены материальные и финансовые ресурсы и, более того, снижены тарифы на медицинские услуги. При наличии резервов в течение некоторого времени удастся решать данные задачи, но как только резервы будут исчерпаны, продвижение в каждом из направлений окажется возможным только за счет потерь на других. Поскольку за выполнение этих

⁷⁹ Такие оценки персонала не соответствуют современным знаниям психологии о мотивации деятельности человека. Поощрения эффективнее наказаний, но неудачи и ошибки играют не меньшую роль для профессионального становления, чем успехи. Таким образом, может случиться, что шлейф прошлых (негативных) оценок не будет полностью соответствовать сегодняшнему профессиональному потенциалу сотрудника. Этого не происходит в случае мониторингового принципа оценки персонала, результаты которой систематически отражаются в специальном документе (например, в «Паспорте карьеры работника»). По той или иной совокупности оценок можно проследить реализацию запланированных изменений. Паспорт карьеры сопровождает работника все время, в течение которого он работает в данной организации.

задач отвечают различные люди и подразделения, противоречивость целей выльется в конфликтное взаимоотношение специализированных групп работников, носящее дисфункциональный характер.

В современных условиях широкое распространение получили частные медицинские организации, которые сами определяют цель деятельности, т. е. являются субъектами целеполагания. Такие организации в социальном плане еще более конфликтны. Главная причина повышенной внутренней конфликтности организаций этого типа в том, что они принципиально опираются на способность людей к самостоятельности, на субъектное начало отдельных индивидов. К персоналу предъявляется весь спектр требований как социальному партнеру в получении прибыли, а на самом деле персонал остается в качестве беспрельдно эксплуатируемых наемных работников. На фоне социальной демагогии собственники нарушают нормы законодательства по продолжительности рабочего дня, охране труда и здоровья, обеспечению отдыха, отпусков и т. д. В результате возникает социальный конфликт между целями собственников, узкой группы руководителей предприятия и основным персоналом — рабочими предприятия.

Медико-социологические опросы показывают, что оценки факторов, влияющих на возникновение и развитие конфликтов, руководителями и врачами ЛПУ сильно различаются (табл. 5).

Таблица 5. Оценка руководителями и врачами ЛПУ отношений взаимодействия

Факторы, обуславливающие конфликты	Критерии оценки (отношения взаимодействия) (%)					
	Устойчивые		Неустойчивые		Кризисные	
	Рук.	Врач	Рук.	Врач	Рук.	Врач
Экономические	23	9	12	27	65	64
Административно-управленческие	94	83	6	12	—	5
Психосоциальные	87	12	7	35	6	53

Оценки руководителей и врачей ЛПУ отношений взаимодействия позволяют сделать вывод от общности оценки влияния экономических и административно-управленческих факторов. Различие в том, что экономические факторы воспринимаются как важный инструмент изменения ситуации, а административно-управленческие реалии — как данность.

Общая оценка по всем факторам в целом дает следующую картину (руководители/врачи): устойчивые отношения — 68/34,5%; неустойчивые отношения — 8,4/24,7%; кризисные отношения — 23,6/40,8%. Похоже,

что реальный практический опыт руководителей мало связан с анализом социально-психологических мотивов поведения персонала, поскольку конфликтные отношения трактуются как некая обусловленность личностными психическими особенностями восприятия коллектива и не более.

Кризисная ситуация в коллективе медицинского учреждения в целом порождает немало острых социальных, личностных и деловых конфликтов, многие из которых легче предотвратить, чем урегулировать, поэтому руководитель должен знать способы предупреждения типовых конфликтов:

- Разъяснение требований к работе (уровень результатов, предоставление и получение информации, система полномочий, степень ответственности; должны быть четко определены процедуры и правила).
- Координационные и интеграционные механизмы (цепь команд).
- Организационные комплексные цели (например, разработка стандартов системы качества медицинской помощи).
- Структура системы вознаграждения (благодарности, премии, повышение или повышение по службе, порицание неконструктивного поведения отдельных людей или групп).

Различия в характерах людей — один из факторов, вызывающих конфликт. Чаще всего они маскируют истинные причины конфликта. Личностные черты, конечно, имеют значение в возникновении конфликта, особенно если они ярко выражены, но определяющей является ситуация, в которой оказывается человек. Сталкиваясь с конкретной конфликтной ситуацией, руководитель не всегда отдаёт себе отчет, насколько его собственная недостаточно активная позиция может быть прямой или косвенной причиной возникновения того или иного противостояния. Слаженная работа коллектива является своего рода гарантией благоприятных отношений между сотрудниками.

Рекомендуемая литература по III части

Основная:

1. Китушин В. Г. Основы теории управления. Конспект лекций. — Новосибирск, 1996.
2. Литвак Б. Г. Разработка управленческого решения: учебник. — М., 2000.

3. *Пригожин А. И.* Современная социология организаций. — М., 1995.
4. *Решетников А. В.* Социология медицины. — М., 2002.
5. *Решетников А. В.* Медико-социологический мониторинг. — М., 2003.
6. *Розанова В. А.* Психология управления. — М., 1997.

Дополнительная:

1. *Алексич М. Т.* Социология и менеджмент. — М., 1995.
2. *Удальцова М. В.* Социология управления: учеб. пособие. — Новосибирск, 1998.
3. *Десслер Г.* Управление персоналом: пер с англ. — М., 1997.
4. *Егоров А. И., Смирнова Е. Р.* Основы социологии организаций. — Саратов, 1997.
5. *Кравченко А. И.* Прикладная социология и менеджмент: учебное пособие. М., — 1995.
6. *Лебедев П. Н.* Социология управления. — Л., 1982.
7. *Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: пер с англ. — М., 1992.
8. *Современное управление: Энциклопедический справочник.* В 2 т. — М., 1997.
9. *Социальное управление: словарь:* под ред. И. М. Слепенкова, В. И. Добренькова. — М., 1994.
10. *Социология организаций.* Словарь-справочник. — М., 1996.
11. *Тощенко Ж. Т.* Социология. Общий курс. — М., 1999.
12. *Травин В. В., Дятлов В. А.* Менеджмент персонала предприятия. — М., 2000.
13. *Управление персоналом в условиях социальной рыночной экономики:* под науч. ред. Р. Марра, Г. Шмидта. — М., 1997.
14. *Шадрин И. П.* Подготовка и принятие управленческого решения. — М., 1970.
15. *Шаленко В. Н.* Конфликты в трудовых коллективах. — М., 1992.
16. *Шкатулла В. И.* Настольная книга менеджера по кадрам. — М., 1998.
17. *Янг С.* Системное управление организацией. — М., 1972.

Темы рефератов

1. Основные принципы социального прогнозирования в здравоохранении.
2. Способы совершенствования управленческих отношений в здравоохранении.

3. Сложные ситуации в управлении здравоохранением. Выбор альтернатив в сложных ситуациях и проблемы рационализации выбора.
4. Социально-психологическая характеристика менеджера в здравоохранении.
5. Организационная культура в лечебно-профилактическом учреждении.
6. Современные способы отбора медицинского персонала.
7. Роль менеджера в социально-психологическом сопровождении медицинского персонала.

Вопросы и задания для проверки

1. Дать характеристику субъектов и объектов социального управления в здравоохранении.
2. Предметное поле теории управления, социологии управления и социологии организаций. Понятие управления и социального управления.
3. Социальное управление, его функции и содержание.
4. Управленческий цикл. Структура, содержание и цель управленческого воздействия.

1. Вариант ситуационной задачи (по методу деловой игры)

Вступление преподавателя: «Для того чтобы определить общую направленность управления, руководителю необходимо сформулировать миссию организации (учреждения, предприятия, фирмы). Эта миссия должна быть усвоена сотрудниками так, чтобы она стала главным психологическим регулятором их поведения. Наконец, миссия отражается в ходе рекламной кампании, что создает определенный имидж организации. В связи с этим миссию организации нужно сформулировать так, чтобы она была понятна, убедительна и привлекательна для реальных и потенциальных клиентов, сотрудников, а также для того, чтобы организацию поддерживали мэрия и местное руководство».

После вступительного слова преподаватель формирует из обучаемых 4-5 команд и предлагает им сформулировать и обосновать миссию, например, фармацевтической фирмы. После выступлений представителей команд вся аудитория оценивает каждую предложенную миссию по пятибалльной шкале (1 балл — неудовлетворительная миссия, 5 баллов — очень привлекательная миссия, 3 балла — миссию трудно оценить), в результате чего выявляется лучшая.

2. Вариант ситуационной задачи

В крупной больнице было несколько отделений, заведующие которыми чувствовали себя полными хозяевами в своих владениях, в силу чего существовала децентрализация в принятии решений. Когда цели отделений были противоречивыми, конфликт решался при помощи главного врача или его заместителя. Заведующие боролись за право получения средств на приобретение оборудования из общего и, естественно, ограниченного источника. Каждый из них стремился завоевать доверие главного врача, чтобы влиять на его решение, заручиться его благосклонностью.

Система, которую ввел новый главный врач, характеризовалась следующими чертами. Обязанности каждого отделения были определены письменными инструкциями. Любые предложения, исходящие от одного отделения и затрагивающие работу других отделений, должны были выдвигаться письменно и согласовываться с заведующими всех отделений. Кроме того, новый руководитель взял непосредственно в свои руки распределение средств на оборудование. В самих отделениях были введены регулярные совещания, протоколы которых поступали в дирекцию. В целом появилась более централизованная система принятия решений на основе коллективно согласованных предложений.

Вопросы:

1. Какая система принятия решений введена новым руководителем?
2. Какие положительные стороны и недостатки имеют прежняя и новая система принятия решений? Каковы управленческие отношения в них?
3. Как бы вы устранили недостатки новой системы принятия решений?

3. Вариант ситуационной задачи

В аптеке I категории 3 отдела: технологический отдел, отдел готовых лекарственных форм и ручной продажи. Сотрудников 30 человек. Прием на работу сотрудников аптеки осуществляется следующим образом: кандидаты заполняют стандартную форму и проходят собеседование с директором, который и принимает решение о приеме на работу.

Вопросы:

1. Как усовершенствовать процесс приема на работу?

2. Кого из кандидатов, данные которых приведены, вы бы приняли на место фармацевта в отдел готовых лекарственных форм? Какую информацию вы использовали? Какая информация оказалась ненужной? Какие вопросы следовало бы дополнительно включить в стандартную форму?

	Кандидат А	Кандидат Б	Кандидат В
Ф. И. О.			
Пол	Женский	Мужской	Женский
Возраст, годы	45	28	35
Стаж работы, годы	25	2	15
Число организаций, в которых работал кандидат	4	1	8
Образование	Среднее специальное	Высшее	Среднее специальное
Специальность	Фармацевт	Химик—аналитик	Фармацевт
Год последнего повышения квалификации	4 года назад	Квалификацию не повышал	Год назад
Служба в ВС	Нет	Да	Нет
Семейное положение	Замужем, двое детей	Холост	Разведена, один ребенок
Место рождения	Москва	Московская обл.	Саратов

ЧАСТЬ 4.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОНКРЕТНЫХ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Основные понятия: анкетный опрос, виды исследований, выборка, группировка, единица наблюдения, интервью, качественный анализ, медико-социологический мониторинг, методика исследования, методология исследования, методы исследований, надежность информации, объект исследования, открытые и закрытые вопросы, панельные исследования, пилотаж, проблемная ситуация, программа исследования, сравнительные исследования, статистическая сводка, статистический факт, субъект исследования, экспертный опрос.

4.1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

4.1.1. Теоретические основы медико-социологических исследований

Необходимость проведения медико-социологических исследований (МСИ) обусловлена социально-экономической и экологической ситуациями, значительно влияющими на уровень жизни и здоровье всех слоев населения. Анализ результатов медико-социологических исследований позволяет проводить:

- разработку и внедрение системы мероприятий, обеспечивающих выявление приоритетных направлений профилактики заболеваний среди населения;
- предупреждение возникновения и сокращение числа тяжелых форм заболеваний, проведение полноценной реабилитации больных;
- комплексную оценку динамики состояния здоровья населения с учетом изменяющихся условий жизни;
- прогнозирование изменений состояния здоровья населения при принятии решений на государственном уровне;

Включение фактического знания в контекст науки предполагает определенную «систему соотнесения», в которой регистрируются наблюдения множества событий. Для обоснованного выбора такой системы необходимо:

- помнить, что наблюдаемые события, свойства, явления, регистрируются не вообще, а в связи с другими, чем не должна обрываться целостность взаимосвязей. В связи с этим должно быть предположение о значимых в данном исследовании и незначимых для него взаимосвязях, обоснованное концепцией исследования;
- учитывать социальный контекст регистрации события, явления или свойства. В разных условиях одинаковые явления имеют разные социальные значения, по-разному оцениваются и понимаются другими. В какой последовательности задавались вопросы в процессе интервью, когда и где это было и другие ограничения помогают обоснованному установлению единичных и сгруппированных фактов.

Выделение общих и специфических фактов зависит от цели исследования (для чего изучается объект), предмета исследования (что именно в этом объекте интересует с точки зрения цели исследования), а также от состояния теоретических и практических знаний, позволяющего описать, обобщить и объяснить факты в данной ситуации.

В МСИ наряду с понятием «социальный факт» употребляется выражение «статистический факт», который определяется как типические сводные числовые характеристики, основанные на специально организованном массовом наблюдении социальных явлений. Социальные факты можно рассматривать как социально-статистические, т. е. сгруппированные единичные события.

Понятие «социальный факт» может рассматриваться и в ином, качественном, смысле: как единичный факт, имеющий многоплановую социальную интерпретацию. Единичный факт или малая совокупность таких фактов должны быть истолкованы в многообразии их социальных значений, подвергнуты *качественному анализу*. Такой анализ предполагает, определение многообразных значений наблюдаемого события в его многообразных связях. Кроме того, интерпретация факта может быть предложена с позиций разных концептуальных подходов. Следует установить, насколько данное событие типично, выражает массовую тенденцию или, напротив, нетипично, но может свидетельствовать о существенных особенностях возможных изменений в будущем.

4.1.2. Методологические основы медико-социологических исследований

Методология МСИ представляет собой совокупность исследовательских процедур, техники и методов, в том числе приемы сбора и обработки данных. Методы и процедуры исследования — это система более или менее формализованных правил сбора, обработки и анализа доступной информации.

Методика МСИ — система операций, процедур, приемов изучения социальной реальности. К методическим инструментам относятся способы установления и сбора социальных фактов, правила проведения выборочных исследований, способы систематизации и методы количественного анализа социологической информации. Методика определяет технику социологического исследования, представляющую собой системы различных приемов изучения социальной действительности, и зависит от исследуемой проблемы и поставленных целей, а также от возможностей исследователя.

В МСИ в качестве конечных результативных признаков используются показатели здоровья населения. Кроме конечных, можно использовать промежуточные результативные признаки, к которым относятся показатели качества медицинской помощи, обеспеченности, использования ресурсов и т. д.

Независимо от типа МСИ его целесообразно проводить в определенной последовательности. Принято разделять следующие этапы.

1. Подготовительный (организационный) этап.
2. Организация сбора медико-социологической информации.
3. Обработка информации.
4. Анализ полученных данных, их текстовое и графическое оформление.
5. Разработка предложений и управленческих решений, внедрение их в практику и оценка эффективности.

В последнее время становится актуальной общественная оценка развития системы здравоохранения на основе постоянно действующей системы мониторинга. Под *мониторингом общественного мнения* понимается регулярное слежение за изменением различных параметров мнения населения по какому-либо вопросу или тематическому спектру. *Цель медико-социологического мониторинга*: получение обоснованной информации о социальном эффекте осуществляемых мероприятий; поддержание постоянной оперативной обратной связи с населением, руководителями медицинских учреждений и медицинскими работниками.

4.2. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ (ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ) ЭТАП МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На подготовительном этапе составляется программа МСИ, определяются цель исследования, его задачи, объект исследования, выбирают метод сбора статистической информации. Научно-познавательная функция состоит в обеспечении теоретико-методической целостности исследования, а научно-организационная — в эффективном сотрудничестве участников исследовательского коллектива.

Программа МСИ — это изложение общей концепции в соответствии с основными целями и гипотезами исследования с указанием правил процедуры, а также логической последовательности операций для их проверки. Содержание и структура программы МСИ зависят от общей направленности, т. е. от главной цели исследовательской деятельности. Выделяют два типа МСИ:

— теоретико-прикладные, цель которых — содействие решению медико-социальных проблем путем разработки новых подходов к их изучению, интерпретации и более глубокого и всестороннего объяснения;

— прикладные, которые направлены на практическое решение конкретных медико-социальных проблем с тем, чтобы предложить конкретные способы действий в определенные сроки.

Программа исследования строится в зависимости от названных целей и должна включать следующие элементы.

Методологический раздел программы:

— формулировка проблемы, определение объекта и предмета исследования;

— определение цели и постановка задач исследования;

— уточнение и интерпретация основных понятий;

— предварительный системный анализ объекта исследования;

— развертывание рабочих гипотез.

Процедурный раздел программы:

— разработка стратегического плана исследования;

— обоснование системы выборки единиц наблюдения;

— набросок основных процедур сбора и анализа исходных данных.

Общие требования, предъявляемые к программе:

— положения программы должны быть четко продуманы в соответствии с логикой исследования и ясно сформулированы;

- должна быть обеспечена логическая последовательность всех элементов программы;
- должна быть обеспечена гибкость программы, т. е. связанность всех ее звеньев в процессе исследования.

Если программа исследования — это стратегический элемент подготовки исследования, определяющий намерения и усилия исследователя, направленные на познание явления, решение медико-социальной проблемы, то тактика исследования — это конкретные шаги и приемы, применяемые в ходе анализа.

Тактика излагается в рабочем плане — приложении к программе. Рабочий план включает в себя порядок подбора, подготовки, обучения и работы непосредственных исполнителей во время исследования; оценку расходов, сроков и затрат времени на исследование; число анкет для исследования, объем, форму и сроки их размножения; время, место проведения исследования, форму опроса; сроки и характер подготовки к обработке и обработку собранной информации; организационные аспекты исследования (распределение ответственных за отдельные этапы исследования, анализ информации, подготовку отчета и др.). В рабочем плане предусматриваются также мероприятия, обеспечивающие тщательную проверку всех документов, с помощью которых собирается информация.

Другим важным моментом при подготовке исследования является составление программы обработки полученных данных. Она в большей степени зависит от программы исследования, т. е. от его задач, от числа вопросов, их вида, от формы ответов и т. п. В программе определяется, каким способом будет производиться обработка — ручным или машинным. Машинная обработка более точна, быстра и эффективна. Ручная обработка используется тогда, когда объем совокупности невелик и при открытых вопросах в случае анкетирования.

Исходным пунктом МСИ является *проблемная ситуация*. Медико-социальная проблема может не осознаваться как общественная потребность, так как провоцирующие ее условия и поведение людей не достигли того уровня, на котором она становится очевидной. Медико-социальные проблемы существенно различаются по масштабности. Одни не выходят за рамки определенного медицинского учреждения, другие затрагивают интересы целых регионов, больших социальных групп и общественных институтов. Наконец, на высшем уровне медико-социальная проблема затрагивает интересы и потребности всего общества. Противоречие, лежащее в основе медико-социальной проблемы, предопределяет тип исследования (прикладное или теоретико-прикладное).

Формулировка проблемы влечет за собой выбор конкретного объекта исследования. Под *объектом МСИ* понимают статистическую совокупность, состоящую из относительно однородных отдельных предметов или явлений (единиц наблюдения), взятых вместе в известных границах времени и пространства.

Помимо объекта, выделяется *предмет изучения* или те наиболее значимые с практической или теоретической точки зрения свойства объекта, которые подлежат непосредственному изучению. Таким образом, объект — это то, что содержит социальную проблему, а предмет — это те его свойства и стороны, которые наиболее выпукло выражают несходство интересов социальных субъектов, личности и организаций, как бы образуют полюса социального противоречия или конфликта. Обычно предмет исследования содержит в себе центральный вопрос проблемы, связанный с предположением о возможности обнаружить в нем закономерность или центральную тенденцию.

Различают *единицу наблюдения*, о которой собирают информацию (единица анализа), и *единицу наблюдения*, от которой собирают информацию (единица сбора). Единицами наблюдения являются, как правило, пациент — потребитель медицинской помощи и медицинский работник — поставитель медицинской помощи.

Выбор групп респондентов осуществляется в соответствии с конкретными целями и задачами исследования. Цели и задачи исследования образуют цепочки, в которых каждое звено служит средством удержания других звеньев. Как правило, цель МСИ не только теоретическая (познавательная), но и практическая (прикладная). Целью МСИ может быть изучение различных сторон здоровья населения, деятельности системы здравоохранения и т. д. Для раскрытия поставленной цели необходимо определить задачи исследования, которые формулируются в соответствии с целью исследования и разделяются на основные и дополнительные.

Основные задачи соответствуют цели исследования, дополнительные логически не связаны с целью и основными задачами исследования, но отвечают его целевой установке. Дополнительные цели ставятся для подготовки будущих исследований, проверки побочных (возможно, весьма актуальных), не связанных с данной проблемой гипотез, для решения каких-то методических вопросов и т. п.

Таким образом, цель МСИ логически диктует структуру его основных и дополнительных задач. Максимальная обоснованность, надежность и устойчивость информации, относящейся к их решению, достигаются путем выдвижения цепочки взаимосвязанных гипотез, относящихся

к основным задачам, многократной проверки и перепроверки соответствующих исходных данных.

Обоснованность гипотез проверяется путем сопоставления общих посылок с частными, а в конечном счете — на основе непосредственного соотнесения с единичными фактами.

Гипотезы должны быть логически связаны в систему доказательств выдвинутого объяснения. В таком случае подтверждение одной гипотезы дает дополнительные основания для принятия связанной с ней посылки. Весь исследовательский процесс состоит из непрерывной постановки и проверки разнообразных гипотез.

4.2.1. Методы медико-социологических исследований

В зависимости от степени охвата объекта МСИ различают сплошное и несплошное статистическое наблюдение. *Сплошным* называется такое МСИ, при котором изучается вся генеральная совокупность. При несплошном исследовании изучается часть объекта.

Например, при изучении здоровья детей какого-то города при сплошном исследовании изучается здоровье всего детского населения, а при несплошном — только детское население, проживающее в определенном районе этого города.

Несплошное наблюдение бывает нескольких видов:

- *Монографическое исследование* — тщательное, глубокое изучение одного человека, одного предприятия, одного города и т. п. Монографическое исследование иногда проводят перед основным с целью разработки программы и изучения различных организационных вопросов.
- *Метод основного массива* охватывает большую часть единиц изучаемого объекта наблюдения.

Например, при изучении здоровья работающих на промышленных предприятиях, для анализа отбираются, как правило, крупные предприятия, так как это значительно облегчает проведение исследования.

- *Выборочный метод* позволяет распространить результаты, полученные на части единиц наблюдения, на всю совокупность.
- *Метод многоступенчатого отбора.* По числу этапов различают одноступенчатый, двухступенчатый, трехступенчатый отбор и т. п.

Например, на первом этапе по краткой программе обследуются все рабочие и служащие предприятия. Из всей совокупности работающих выбирают отдельную группу (женщины), которые обследуются по более полной программе; часть этой группы (женщины, имеющие детей) исследуются

по подробной программе, а отдельные лица (женщины, имеющие ребенка с врожденным пороком развития) — по особенно детальной программе. Способы отбора на отдельных этапах исследования могут быть различными, например, на первом этапе — случайный отбор, на втором — механический и т. п.

- *Метод направленного отбора* позволяет выявить влияние неизвестных факторов при устранении влияния известных.

Например, при изучении влияния стажа работающего на травматизм отбираются рабочие одной профессии, одного возраста, одного образовательного уровня.

- *Когортным методом* проводится анализ статистической совокупности относительно однородных групп лиц, объединенных появлением определенного демографического признака в один и тот же интервал времени.

4.2.2. Программные требования к выборке

Тип и способы выборки зависят от целей МСИ и его гипотез. Чем конкретнее цель и чем яснее сформулированы гипотезы, тем правильнее будет решен вопрос о выборке. В зависимости от правил формирования выборки разделяются на следующие виды:

Случайная выборка формируется путем отбора единиц наблюдения вслепую, иногда случайный отбор упорядочивается различными методами.

Механическая выборка формируется с помощью арифметического подхода к отбору единиц наблюдения.

Например, при необходимости отбора 10% всей генеральной совокупности берут каждый 10-й случай, таким же образом используют номера медицинских и других документов, день поступления в стационар и т. п.

Типическая выборка — генеральная совокупность разбивается на типы с последующим отбором единиц наблюдения из каждой типической группы. Число единиц наблюдения отбирается пропорционально или непропорционально численности типической группы. Исследуемая группа делится по возрасту, полу, образованию, социальному статусу и из каждой подгруппы отбирается необходимое число единиц наблюдения. При изучении заболеваемости выделяют несколько классов болезней и в каждом классе формируют выборочную совокупность лиц, подлежащих изучению.

Серийная выборка формируется с помощью отбора не отдельных единиц наблюдения, а целых групп, в состав которых входят организованные определенным образом единицы наблюдения.

Например, территории (города, районы), отдельные учреждения (станции, поликлиники) и т. п.

Мера подобия выборочной модели структуре генеральной совокупности оценивается ошибкой выборки, а пределы допустимой ошибки зависят от цели исследования⁸⁰.

В аналитических и экспериментальных исследованиях статистическая репрезентативность выборки оказывается второстепенной в сравнении с необходимостью обеспечить качественное представительство изучаемых социальных объектов. Репрезентативность выборки определяется целевой установкой программы⁸¹.

Объектом социологического исследования при изучении общественного мнения о состоянии системы здравоохранения и качестве медицинской помощи являются, как правило, большие группы людей, поэтому проведение сплошного социологического опроса не всегда представляется возможным. Проблема решается при помощи выборочного метода, позволяющего на основании опроса отдельных групп респондентов получать с высокой точностью информацию о генеральной совокупности, располагая сравнительно ограниченным объемом социологических данных.

При организации и проведении МСИ проводится обоснование численности выборочной совокупности, обеспечивающей необходимую точность и надежность случайной выборки. При социологических опросах используется бесповторная случайная выборка (один респондент заполняет анкету только один раз).

Определив необходимую численность выборки для МСИ, приступают к формированию конкретной выборочной совокупности, репрезентативной генеральной совокупности.

⁸⁰ Повышенная надежность требуется в экономических и демографических исследованиях (ошибка выборки до 3%). Обыкновенная выборка допускает от 3 до 10% (доверительный интервал распределений на уровне 0,03–0,1), приближенная — от 10 до 20%, ориентировочная — от 20 до 40%, а прикидочная — более 40% ошибки.

⁸¹ Используя статистический критерий Стьюдента, можно рассчитать объем выборок в зависимости от заданного доверительного интервала ошибки вывода. Чем меньше объем сравниваемых подвыборок, тем больше должно быть различие каждой пары сопоставляемых характеристик. Если численность сравниваемых подвыборок неодинакова, за базу определения допустимой ошибки следует брать наименьшую подвыборку.

Качество выборки зависит от трех условий: меры однородности социальных объектов по наиболее существенным для исследования характеристикам; степени дробности группировок анализа, планируемых по задачам исследования; целесообразного уровня надежности выводов из предприняемого исследования.

Многолетний опыт социологических исследований в условиях мониторинга показывает, что для получения достоверной информации необходимо иметь объем выборочной совокупности не менее 1200 единиц наблюдения, что определяется большим набором исследуемых признаков.

4.2.3. Первичное измерение социальных характеристик

Любое измерение начинается с поиска простейших качественных признаков, отношения между которыми могут быть выражены в некотором числовом масштабе. Измерению подлежат любые свойства социальных объектов: качественные и количественные. Для количественных (например, стаж работы в годах, возраст в числе исполнившихся лет, заработок в денежных единицах и т. п.) есть общепринятые эталоны измерения: 1 год для возраста или стажа работы, 1 рубль для заработка. Качественные характеристики (социальная принадлежность, мнения людей и т. п.) не имеют установленных эталонов измерения. Их приходится конструировать в соответствии с природой изучаемого объекта и согласно гипотезам исследования.

Достоверность результатов исследования зависит от соответствия типа выборки (и ее организации) целям исследования, качества анализа данных и, наконец, от глубины интерпретации полученных зависимостей и связей. Составляющими оценки надежности первичной информации являются обоснованность, устойчивость и правильность измерения.

Обоснованность шкалы заключается в том, что с ее помощью целенаправленно измеряют вполне определенное свойство или признак, не смешивая его с другими. *Устойчивость* измерения выражается в однозначности информации, которую извлекают с помощью данной процедуры.

Повторное измерение наиболее распространенный прием контроля на устойчивость. Один и тот же объект измеряется дважды с интервалом 2–3 недели и с помощью одинаковой процедуры. Шкала считается устойчивой, если совпадения между 1-й и 2-й сериями измерений будут достаточно высокими.

Помимо показателей полной устойчивости шкалы, возможны также показатели ее относительной устойчивости. Они полезны при сравнении разных шкал, например, для выбора нескольких вариантов наиболее правильной и точной шкалы или для того, чтобы сопоставить уровни устойчивости измерения разных свойств, каждое из которых фиксируется шкалами разного типа и разной степени дробности.

Конкретное свойство должны измерять несколько человек. Иногда шкала неустойчива потому, что ее пункты произвольно интерпретируются исследователями. Особенно это характерно для шкал качественной классификации объектов. В этом случае объект идентифицируют одновременно несколько (не менее 3) лаборантов, использующих единую процедуру. Если данные, полученные разными лаборантами, согласуются — шкала устойчивая, если нет — неустойчивая и нужно искать другую, более приемлемую размерную величину.

Точность и правильность измерения зависят от степени устойчивости измеряемого объекта или свойства, чувствительности эталона измерения (дробности пунктов шкалы) и отсутствия систематических ошибок измерения.

При квантификации социальных характеристик проблема правильности намного сложнее, так как часто в принципе невозможно установить, каковы истинные значения измеряемых свойств (например, мнений людей по каким-то вопросам).

Одна из возможных систематических ошибок — отсутствие разброса информации по шкале, т. е. при опросе все ответы концентрируются в позитивном или в негативном полюсе шкалы. Это может быть результатом единодушия оценок, а может быть, следствием неудачной шкалы, например, если шкала содержит какой-то пункт, сформулированный с сильным нормативным давлением на опрашиваемого. Другой причиной неправильности может быть плохая различительная способность соседних пунктов шкалы высокой дробности.

Проба анкеты («пилотаж»). В обычном «пилотаже» исследователь сначала тщательно анализирует сконструированный опросный лист по всем критериям, затем размножает его в 30—50 экземплярах, которые проверяются на группе респондентах. Эта группа представляет собой микро-модель планируемой выборки с выделением крайних значений ее параметров: полярных уровней образования, мужчин и женщин, других особенностей, существенных для представительности выборки.

В углубленном «пилотаже» разрабатывают специальный путеводитель по интервью для анкетеров, проводящих пробу. Проводящие пробу ведут

наблюдение за поведением респондентов и их реакцией на вопросы, записывают и анализируют комментарии, которыми респонденты сопровождают свои ответы, учитывают обстановку опроса и возможные факторы, мешающие получению адекватных ответов.

Кроме того, при составлении программы исследования разрабатывают макеты таблиц, в которые затем вносят обобщенные результаты исследования. В таблицах обычно предусматриваются комбинации нескольких основных показателей и графы для исчисления относительных величин, представляющих особую ценность для анализа. Таблицы могут быть представлены в разных вариантах. Это может быть набор таблиц, не связанных друг с другом, или таблицы, сведенные в один альбом. Различают простые, групповые и комбинационные (сложные) таблицы. Подготовительный этап занимает, как правило, около 60 % всего времени исследования.

4.3. ОРГАНИЗАЦИЯ СБОРА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

4.3.1. Анкетные опросы и интервью

Наиболее часто в МСИ используются методы анкетирования (анкетные опросы), интервью и их комбинация. В основе этих методов лежит опрос.

По содержанию беседы различают *документальные интервью* (изучение событий прошлого, уточнение фактов) и *интервью мнений*, цель которых — выявление оценок, взглядов, суждений; особо выделяются *интервью со специалистами-экспертами*.

По технике проведения различают свободные, нестандартизированные и формализованные (а также полустандартизованные) интервью. *Свободные интервью* — это длительная беседа без строгой детализации вопросов, но по общей программе («путеводитель по интервью»). *Стандартизированное интервью* предполагает детальную разработку всей процедуры, включая общий план беседы, последовательность и конструкцию вопросов, варианты возможных ответов.

В так называемых *ненаправленных интервью* инициатива развития беседы принадлежит респонденту, интервьюер лишь помогает ему. *Нарративное интервью* — направляемый интервьюером свободный рассказ. Текст такого повествования подлежит качественному анализу.

По способу организации интервью делятся на групповые и индивидуальные. Первые — это планируемая беседа, в процессе которой исследователь стремится вызвать дискуссию в группе.

Опрос по анкете предполагает жестко фиксированный порядок, содержание и форму вопросов, ясное указание способов ответа, причем они регистрируются опрашиваемым или наедине с самим собой (заочный опрос), или в присутствии анкетера (прямой опрос). Анкетные опросы классифицируют прежде всего по содержанию и конструкции задаваемых вопросов.

Различают *открытые опросы*, когда респонденты высказываются в свободной форме. В *закрытом опросном листе* все варианты ответов заранее предусмотрены. Полузакрытые анкеты сочетают в себе оба качества. *Зондажный опрос*, или экспресс-опрос, применяется в исследованиях общественного мнения и содержит, как правило, 3—4 пункта по основной информации и несколько пунктов, связанных с демографическими и социальными характеристиками.

Пример открытого вопроса: «Что, по вашему мнению, необходимо сделать для повышения качества медицинской помощи?» *Пример закрытого вопроса:* «Во всех ли случаях заболевания вы обращаетесь к врачу? ДА, НЕТ».

Прямые и косвенные вопросы. В прямом вопросе предусмотрен ответ, который следует понимать в том же смысле, как его понимает опрашиваемый. Ответ на косвенный вопрос предполагает расшифровку в ином, скрытом от респондента смысле.

Личные и безличные вопросы в равной мере относятся к оценкам и суждениям самого опрашиваемого, но ответ на безличный вопрос, дает косвенную оценку.

Основные и контрольные вопросы различаются по функциям и интерпретации результатов. Контрольные вопросы используются для проверки искренности, достоверности и непротиворечивости ответов.

Обычно в анкете основные и контрольные вопросы располагаются так, чтобы опрашиваемый не смог уловить между ними какой-либо прямой связи. Социологическую информацию дают только основные вопросы. С помощью контрольных уточняют, дополняют сведения, полученные в основных вопросах.

В вопросах также используются так называемые функциональные, или служебные, формулировки и вопросы. Так называемые вопросы-фильтры и ловушки выполняют роль разграничения респондентов на знающих и не знающих исследуемый предмет. Ответы на эти вопросы используются при проверке качества заполнения анкеты. С помощью «вопросов-глушителей» от-

влекают внимание при длинном перечне или перед постановкой контрольного вопроса.

Вопросы на мотивацию, оценку и мнение представляют наиболее сложную часть процедуры:

— нельзя использовать «наводящие» вопросы, внушающие определенный ответ, вопрос нужно формулировать с нейтральной интонацией;

— стереотипные формулировки вопроса вызывают столь же стереотипные ответы;

— широко распространенная ошибка — лобовые вопросы;

— проективные вопросы используются для выявления общей направленности интересов, мотивов деятельности, ценностных ориентаций;

— необходимо обратить внимание на асимметрию позитивного и негативного полюсов оценок. Некоторые люди более тонко дифференцируют негативную зону восприятий (и эмоций) и более грубо — позитивную.

Выяснение мнений. Обычно используют технику постадийного развертывания опроса: фильтрующий вопрос, предназначенный для отсеивания некомпетентных; прямой вопрос, выявляющий общую направленность мнения; дихотомический вопрос, уточняющий общую направленность; уточнение основания оценки или мнения; последний вопрос: определение интенсивности мнения.

Экспертный опрос предполагают активное сотрудничество опрашиваемого в выяснении поставленных проблем. В таких опросах доминируют открытые формулировки, закрытые вопросы предназначены лишь для оценки уровня уверенности, меры согласия или несогласия с уже высказанными позициями других специалистов.

Типичная логика развертывания экспертного опроса: 1) указание существа изучаемой проблемы и мотивов обращения к данному лицу в качестве специалиста; 2) сведения, подтверждающие компетентность эксперта: область знаний, стаж в этой области, квалификация; 3) информация о порядке (содержании) предлагаемых вопросов в полном их объеме; 4) формулировка каждого проблемного вопроса, предлагающая либо свободные высказывания и комментарии с просьбой указать упущения, слабые места, сомнительные пункты и аргументации, либо обоснование постановки иной проблемы; 5) оценка уверенности в заключении (мнении) эксперта; 6) дополнительные замечание, комментарии, предложения.

4.3.2. Специфика анкетного опроса

Анкета заполняется опрашиваемым самостоятельно, поэтому ее конструкция и все комментарии должны быть предельно ясны для респондента. Смысловые «блоки» опросного листа должны быть примерно одного объема. Первые вопросы более простые, далее следуют более сложные (желательно событийные, не оценочные), затем еще сложнее (мотивационные), потом — более простые (снова событийные, фактологические) и в конце — наиболее сложные вопросы (1—2). Завершает анкетный опрос «паспортичка» (социально-демографические данные респондента).

Обычная последовательность смысловых разделов анкеты:

1. *Введение.* Назначение этого раздела — максимально расположить к себе опрашиваемого, заинтересовать его темой опроса и побудить в нем желание участвовать в проводимом исследовании.

2. *Вступительные вопросы* должны заинтересовать респондента и максимально облегчить ему включение в работу.

3. *Заключительные вопросы* по теме должны быть относительно нетрудными (шкалы оценок и другая информация в закрытых вариантах).

4. *Социально-демографическая часть анкеты* — сведения, называемые «паспортичкой» (пол, возраст, образование, стаж работы, семейное положение, доход), занимают последнюю страницу.

5. В *заключении* выражается благодарность за сотрудничество в проведении опроса.

4.3.3. Особенности интервьюирования

В отличие от опроса по анкете при формализованном интервью ответы записываются не самим респондентом, а интервьюером. К подобному способу прибегают для того, чтобы убедиться в доброкачественности заполнения вопросника и получить непосредственное впечатление о реакции опрашиваемых по предмету исследования. Проводить интервью лучше в изолированном помещении, в отсутствие третьих лиц и отвлекающих факторов. Результаты интервью можно записывать по ходу разговора. Лучше всего, если беседу ведет один человек, а регистрирует другой.

Установление первого контакта. Цель — создать благоприятную атмосферу для разговора.

Закрепление контакта и первые вопросы по плану интервью. Как и в анкетных опросах, первые сведения — чисто фактологические.

Переход к основным вопросам интервью должен сопровождаться вводными словами, которые подчеркивают важность разговора. Вопросы на мотивацию — наиболее трудный этап. Следует использовать все возможности косвенных, безличных и контрольных вопросов.

Завершение беседы. В заключение интервьюер может вернуться к некоторым вопросам, на которые получены неполные ответы.

Протокол интервью оформляют на основе записи беседы тотчас или вскоре после ее окончания. Помимо ответов респондента, в протокол полностью заносятся все вопросы и замечания интервьюера.

Непременным условием, от которого зависит качество результатов исследования, является строгое соответствие собранного материала объему выборки и требованиям к заполнению анкет. Процент возврата анкет не может быть меньше 85, в ином случае нарушается структура выборочной совокупности.

4.3.4. Особенности сбора медико-социологической информации

При составлении перечня показателей, определяющих содержательную часть опроса, необходимо учитывать степень доступности для пациента медицинской помощи, уровень удовлетворенности населения (пациентов) качеством и составом медицинских услуг, оценку результативности лечения.

Примером может служить анкетный опрос «Доступность и качество медицинского обслуживания в системе ОМС» (см. Приложение 1).

Доступность медицинской помощи трактуется через систему показателей, отражающих наличие или отсутствие сложностей в получении медицинской помощи, в том числе связанных с территориальной доступностью учреждения здравоохранения; адекватностью режима работы учреждения, специалистов; организацией приема, порядком госпитализации, работой скорой медицинской помощи; возможностью получения ожидаемой диагностической, консультативной, лечебной и профилактической помощи; доступностью необходимых лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, в том числе лекарственной помощи.

Удовлетворенность медицинской помощью оценивается по достаточности объема предоставляемых медицинских услуг; отношению персонала;

условиям получения медицинской помощи (санитарно-гигиенические, сервисные и т. п.); профессиональным характеристикам персонала; организации и порядку работы учреждений, подразделений, специалистов; состоянию лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса и др.

Эффективность медицинской помощи оценивается по изменению субъективных ощущений пациента в результате лечения и степени реализации его ожиданий.

Часто в МСИ поднимается вопрос о самооценке населением состояния здоровья. При этом необходимо учитывать, что эта самооценка безусловно субъективная и зависит от следующих факторов:

- Психологические особенности индивида.

Пессимист, например, легкое простудное заболевание рассматривает как катастрофу. Оптимист, пережив инфаркт миокарда, может оценить свое здоровье как хорошее. Нельзя исключать и такое психологическое качество, как мнительность. Мнительный человек в каждом «покалывании» склонен видеть нечто фатальное.

- Самочувствие в момент опроса.

Человеку свойственно надеяться на лучшее, и если в момент опроса он чувствует себя хорошо, то все, что было с ним в прошлом, ему кажется не очень существенным. Наоборот, если в момент опроса респондент недомогает, то вероятность низкой оценки им своего здоровья резко возрастает.

- Состояние здоровья окружающих.

Если среди родственников или знакомых, с которыми респондент находится в контакте, есть тяжелобольные или, наоборот, лица, отличающиеся великолепным здоровьем, то оценка самочувствия неизбежно будет зависеть от этих факторов.

- Частота и тяжесть заболеваний, перенесенных респондентом в последние годы.
- Информированность о результатах медицинского обследования.

Результаты обследования, известные респонденту, неизбежно влияют на его сознание. Если эти результаты хорошие, то даже острые болевые ощущения или длительное недомогание оцениваются им как нечто случайное и временное. Наоборот, плохие результаты воспринимаются как приговор, даже если общее самочувствие респондента хорошее.

- Состояние окружающей среды.

Логика оценивающего примерно такова: может ли быть здоровье хорошим, если вода, воздух и продукты питания недоброкачественны.

- Удовлетворенность медицинским обслуживанием.

Надежная с точки зрения респондента организация медицинской помощи дает ему основание с большим оптимизмом оценивать свое здоровье.

Мужчины с большим оптимизмом, чем женщины, оценивают состояние своего здоровья, хотя реальное состояние здоровья женщин не хуже состояния здоровья мужчин.

Чем выше уровень образования, тем выше самооценки состояния здоровья, причем эта закономерность сохраняется по всем позициям. Вместе с тем однозначно признать прямую зависимость между состоянием здоровья и уровнем образования не позволяет то, что: уровень образования коррелирует с возрастом, а возраст — решающий фактор, влияющий на состояние здоровья.

Таким образом, данные самооценки не могут быть основанием для точных научных выводов о состоянии здоровья населения. Вместе с тем именно они являются связующим звеном между населением и учреждениями здравоохранения, так как самочувствие служит основанием для обращения за медицинской помощью.

Медицинские работники могут быть опрошены в качестве экспертов по оценке состояния медицинской помощи населению, правильности ее организации, качеству, доступности, тенденциям и направлениям развития.

При опросе руководителей учреждений здравоохранения следует обращать внимание на оценку результатов функционирования учреждения, его взаимодействия с органами и учреждениями здравоохранения и другими организациями, уровня его ресурсного обеспечения и т. д.

Помимо этого, руководитель учреждения может выступать экспертом по проблемам медицинского персонала, состояния и перспектив развития медицинского обслуживания населения.

Опрос медицинских работников также проводится методом анкетирования. При составлении перечня показателей для опроса врачей необходимо учитывать материально-техническую обеспеченность лечебно-диагностического процесса; условия труда, быта; степень реализации профессиональных возможностей; возможности творческого подхода, совершенствования, квалификационного и карьерного роста; материальную оценку труда, уровень социальной защищенности, систему подготовки и повышения квалификации; социально-психологический климат в коллективе.

Анкеты можно раздать руководителям подразделений учреждений здравоохранения, объяснив цели и порядок проведения социологического исследования.

Для получения достоверных данных при анкетировании медицинских работников следует учитывать реальное соотношение врачебного и среднего медицинского персонала. Минимальное число анкет для анализа по конкретной группе медработников должно быть не менее 30. Следует иметь в виду, что чем больше будет дробиться массив при анализе информации, тем больший объем выборки потребуется.

Анкетирование руководителей медицинских учреждений осуществляется сплошным методом. В общем объеме выборки по медицинским работникам доля руководителей учреждений здравоохранения не должна быть менее 20 %.

Особый интерес представляет изучение мнения пациентов медицинских учреждений. При этом виде исследования доминирует личный опыт респондента в получении медицинской помощи, но его пребывание в учреждении здравоохранения сдерживает получение объективных оценок, что отражается на результатах исследования.

Опрос населения наиболее целесообразно проводить в амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах и других учреждениях здравоохранения. Это связано не только с удобством проведения социологического исследования, но и с возможностью получения более достоверной информации на месте оказания медицинской помощи.

Оптимальным является опрос на дому лиц, выписанных из стационара или получивших медицинскую помощь в поликлинических условиях. Также широко используется ретроспективный опрос госпитализированных больных о видах медицинской помощи, полученной ранее. В стационарах социологическое исследование можно проводить непосредственно в палатах в свободное от диагностических исследований и лечебных процедур время.

Распределение объема выборки среди госпитализированных больных производится соответственно структуре коечного фонда основных учреждений здравоохранения. Выбор в качестве респондентов госпитализированных больных обоснован тем, что данная категория пациентов имеет наибольшее представление о работе всех основных служб здравоохранения, более доступна в организационном плане и ее опрос обходится дешевле.

В учреждениях здравоохранения выборочная совокупность комплектуется из пациентов в разных структурных подразделениях с учетом представительности интересующих демографических и/или социальных факторов.

Анонимный анкетный опрос пациентов стационаров проводится одномоментно в различных отделениях в течение 1—2 дней. Необходимо

следить за тем, чтобы на мнение пациентов не оказывалось давление со стороны медицинских работников и соседей по палате. Аналогично можно проводить анкетирование посетителей поликлиник, например, пациентов, ожидающих приема у врача или проведения лечебно-диагностических исследований и процедур. Персональное уважительное обращение к будущему респонденту оказывает положительное эмоциональное воздействие и сводит до минимума отказы в заполнении анкеты.

4.4. ОБРАБОТКА МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Этот этап МСИ включает в себя группировку и классификацию данных, статистическую сводку и обработку данных.

Простая группировка — это упорядочение данных по одному признаку. В МСИ используются самые разнообразные группировки — по социально-демографическим признакам (возраст, пол, семейное положение), по климатогеографическим признакам (сезон, место жительства), по социально-экономическим признакам (профессия, должность, образование, доход), по состоянию здоровья (классы МКБ, группы здоровья, группы риска и т. д.), по типам учреждений (поликлиника, стационар и т. д.).

Перекрестная группировка — это связывание данных, предварительно упорядоченных по двум признакам (свойствам, показателям), с целью обнаружить взаимозависимости и осуществить взаимоконтроль показателей, сформировать новый составной показатель (индекс) на основе совмещения двух свойств или состояний объекта, определить направление связей влияния одного явления на другое. Одна из задач перекрестной классификации — поиск устойчивых связей, выявляющих структурные свойства изучаемого явления. Например, можно выявить типичное соотношение возраста мужей и жен.

Эмпирическая типологизация — это поиск устойчивых сочетаний свойств социальных объектов (или явлений), рассматриваемых в соответствии с описательными гипотезами в нескольких измерениях одновременно.

Статистическая сводка — это многоэтапная операция подсчета итоговых и групповых данных и внесение их в таблицы. Статистическая сводка проводится по определенной программе, которая должна быть разработана на организационном этапе совместно с планом

и программой исследования. Результаты сводки данных фиксируются в статистических таблицах.

Обработка данных. После того как в таблицы внесены абсолютные величины, для дальнейшего анализа материала необходимо произвести расчеты статистических коэффициентов и средних величин в соответствии с программой исследования.

4.5. АНАЛИЗ СОБРАННОЙ ИНФОРМАЦИИ

4.5.1. Последовательность действий при анализе данных

Первая стадия — описание всей совокупности данных в их простейшей форме. Изучаются простые распределения, выявляются аномалии и скошенности, рассчитываются показатели средней тенденции, вариации распределений.

Все это необходимо, во-первых, для общей оценки выборочной совокупности и частных подвыборок (половозрастных, социально-профессиональных и др.), чтобы понять, каким образом особенности выборок скажутся на интерпретации того или иного частного вывода и обобщающих заключений; во-вторых, для того, чтобы в последующих операциях с данными не утратить представления о составляющих более сложных зависимостей и комбинаций, которыми впоследствии будут оперировать.

Вторая стадия — укрупнение шкал, формирование агрегированных признаков-индексов, выявление типичных групп, жестких подвыборок общего массива и т. д. Генеральная цель всех этих операций — сокращение числа признаков, нужных для итогового анализа. На данной стадии используются такие операции, как факторный анализ, типологизация и т. п. Важно дать промежуточные истолкования каждого из агрегируемых показателей, так как это новые свойства, нуждающиеся в осмыслении, построении соответствующих интерпретационных схем.

После получения статистических коэффициентов и средних величин необходимо перейти к их анализу. Для этого используются математико-статистические методы. После математико-статистического анализа переходят к логическому анализу. Формальные методы обработки данных без должного логического анализа собранного материала и полученных результатов могут привести к неправильным выводам.

Большое значение для анализа полученных данных имеет использование графических построений, которые отражают закономерность развития, пространственные распределения, взаимосвязь явлений. Различают диаграммы, картограммы, картодиаграммы.

Чаще всего в МСИ используются диаграммы — графические изображения статистических величин с помощью различных геометрических фигур и знаков. Существуют диаграммы сравнения, структурные и динамические диаграммы.

Для изображения интенсивных показателей, показателей наглядности и соотношения чаще применяют столбиковые, линейные или фигурные диаграммы. Радиальные диаграммы чаще используют для отражения сезонности интенсивных коэффициентов. Графические изображения экстенсивных величин (показателей структуры) чаще располагают внутри какой-либо геометрической фигуры (внутристолбиковые или секторные диаграммы).

Третья стадия — это углубление интерпретации и переход к объяснению фактов путем выявления возможных прямых и косвенных влияний на агрегированные свойства, социальные типы, устойчивые образования. На этой стадии должны быть сформулированы основные выводы, проверены главные гипотезы, необходимые и для теоретического осмысления проблемы, и для разработки практических рекомендаций.

Четвертая стадия, заключительная, — составление прогноза развития изучаемого процесса, событий, явлений при определенных условиях.

4.5.2. Анализ данных повторных и сравнительных исследований

Правильно организованная система мониторинга общественного мнения позволяет получать объективные показатели результатов и субъективную оценку осуществляемых мер.

Методически медико-социологический мониторинг осуществляется путем проведения систематических социологических опросов населения и медицинских работников.

Существует несколько видов повторных и сравнительных эмпирических исследований.

Панельные повторные исследования проводятся по единой программе на той же самой выборке обследуемых и с использованием единой методики анализа данных. Цель этих исследований — анализ динамики изменений в изучаемых аспектах.

Повторные когортные исследования — особая разновидность панельных, отличающаяся тем, что выборочный объект — возрастная группа, изучаемая на протяжении достаточно длительного времени.

Повторные трендовые исследования проводятся на аналогичных выборках и в рамках единой генеральной совокупности с интервалом во времени и с соблюдением относительно единой системы процедур для того, чтобы установить тенденции социальных изменений.

Все разновидности повторных и сравнительных исследований предполагают их сопоставимость и обоснование существенности или несущественности различий по сравниваемым показателям в качественном и количественном аспектах.

С течением времени возникают новые явления и процессы, новые социальные проблемы, которые нельзя предвидеть. Методики первого обследования не могут полностью использоваться в повторных. В этом случае часть полевых документов полностью повторяет документы базового исследования, а другая часть — вводится заново.

В случае организационных нововведений повторное обследование проводится по схеме эксперимента «до—после». В случае изучения социальных тенденций масштаб сопоставления должен быть увеличен в зависимости от проблематики исследования. Важно выдерживать более или менее единый интервал времени или использовать неравные интервалы, но связанные с качественными изменениями в экономических и социальных условиях деятельности людей.

Измерения никогда не бывают абсолютно точными, поскольку все данные фиксируются с определенной погрешностью, связанной с природой изучаемого процесса, особенностями инструмента измерения, ошибкой выборки, существенными ошибками исследователя. Следовательно, существенные различия сравниваемых в численном выражении данных должны непременно перекрывать величину ошибки при их первичной регистрации. Завершается данный этап формулировкой выводов.

МСИ заканчиваются внедрением их результатов в практику здравоохранения. В зависимости от цели и задач исследования возможны различные варианты практического использования результатов работ: ознакомление с результатами широкой аудитории врачей и других заинтересованных лиц (лекция, доклад и т. д.); подготовка приказа, методических указаний, инструкций и т. п. (на уровне учреждений, района, города, области и т. п.); реорганизация деятельности медицинского учреждения; оформление рационализаторского предложения, изобретения, открытия; опубликование в печати (статьи, монографии и т. п.)

Эффективность социологических опросов в здравоохранении может повышаться путем создания постоянной системы сбора социологической информации и образования банка данных по отдельным ЛПУ, районам, городам и регионам. Банк социологической информации служит для сохранения и накопления информации и позволяет проводить анализ итогов социологических опросов в динамике. Материальной базой банка социологической информации могут служить специально организованный в учреждениях или органах здравоохранения архив первичной социологической информации и итоговые аналитические отчеты. Развитие современных информационных технологий, основанных на компьютерной технике, позволяет делать анализ социологической информации более подробным, в различных разрезах, с использованием более сложного математического аппарата и обеспечивать ее длительное хранение на различных носителях для последующего применения с быстрым поиском нужных данных.

Рекомендуемая литература по IV части

Основная:

1. *Андреевков В. Г., Маслова О. М.* Методы сбора социологической информации: метод. пособие. — М., 1985.
2. *Батыгин Г. С.* Лекции по методологии социологических исследований: учебник. — М., 1995.
3. *Решетников А. В.* Методология исследований в социологии медицины. — М., 2000.
4. *Решетников А. В.* Социология медицины. — М., 2002.
5. *Решетников А. В.* Медико-социологический мониторинг. — М., 2003.
6. *Решетников А. В., Ефименко С. А., Астафьев Л. М.* Методика проведения медико-социологических исследований. — М., 2003
7. *Ядов В. А.* Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. — М.: Добросвет, Книжный дом «Университет», 1998.

Дополнительная:

1. *Бутенко И. А.* Анкетный опрос как общение социолога с респондентами. — М., 1989.

2. *Волович В. И.* Надежность информации в социологическом исследовании. — Киев, 1974.
3. *Морозов Е. И.* Методология и методы анализа социальных систем. — М., 1995.
4. *Овсянников В. Г.* Методология и методика в прикладном социологическом исследовании. — Л., 1989.
5. *Тавокин Е. П.* Эффективность социологического исследования: вопросы методологии и методики. — М., 1989.
6. *Татарников М. А.* Методика проведения социологического исследования в здравоохранении // *Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохран.* — 1998. — № 2.
7. *Толстова Ю. Н.* Измерение в социологии: Курс лекций. — М.: ИНФРА-М, 1998.

Темы рефератов

1. Роль эмпирических социологических исследований в реформировании российского общества.
2. Методические проблемы сбора и обработки первичной социологической информации.
3. Опрос как метод сбора первичных данных (анкетирование и интервьюирование: общее и различия).
4. Группировка и типологизация как элементарные процедуры упорядочения данных.
5. Интервью как метод сбора информации (виды, классификация, специфика проведения).
6. Виды и функции вопросов.

Вопросы и задания для проверки

1. Что называется методологией? В чем специфика методологии МСИ?
2. Дайте определение понятиям «методика», «метод», «процедура», «техника».
3. Какие типы МСИ существуют?
4. Каких целей позволяет достичь медико-социологический мониторинг?

5. Дайте определение и приведите примеры проблемной ситуации, объекта и предмета МСИ.
6. Назовите методы МСИ.
7. В чем сущность «пилотажа»? Каковы его особенности?
8. Что такое опрос? Какие существуют виды и особенности опроса?
9. Дайте определение интервью. Назовите этапы и специфику проведения интервью.
10. Назовите основные виды вопросов (основания их деления). Какова логическая последовательность расположения тех или иных видов вопросов в структуре анкеты?
11. Какими показателями определяются доступность, удовлетворенность медицинской помощью и ее эффективность?

Варианты тестовых заданий

1. Определите последовательность проведения МСИ:
 - 1) подготовительный (организационный) этап;
 - 2) анализ полученных данных, их текстовое и графическое оформление;
 - 3) организация сбора медико-социологической информации;
 - 4) обработка информации;
 - 5) разработка предложений и управленческих решений, их внедрение в практику и оценка эффективности.
2. Какие этапы входят в процедурный раздел программы:
 - 1) построение стратегического плана исследования;
 - 2) обоснование актуальности исследования;
 - 3) набросок основных процедур сбора и анализа исходных данных;
 - 4) выбор теоретико-методологических основ исследования;
 - 5) обоснование системы выборки единиц наблюдения.
3. Какие общие требования предъявляются к программе медико-социологического исследования:
 - 1) ограниченность объема программы исследования;
 - 2) логическая последовательность всех элементов программы;
 - 3) стандартизованность всех операций;
 - 4) продуманность и ясная формулировка положений программы;
 - 5) гибкость программы, т. е. связанность всех ее звеньев в процессе исследования.
4. Какие существуют особенности формулирования вопросов:
 - 1) нельзя использовать «наводящие» вопросы, внушающие определенный ответ;

- 2) использование стереотипных формулировок вопросов дают хорошую вариабельность ответов;
- 3) необходимо широко использовать лобовые вопросы;
- 4) использование проективных вопросов оптимально для выявления общей направленности интересов, мотивов деятельности, ценностных ориентаций;
- 5) необходимо обратить внимание на асимметрию позитивного и негативного полюсов оценок.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Агенты изменений — лица, группы или организации, деятельность которых ведет к социальным изменениям.

Адаптация — приспособление самоорганизующихся систем к изменяющимся условиям среды.

Аккредитация медицинских учреждений — определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Активность — деятельность в самом широком смысле слова, один из основополагающих элементов человеческого поведения.

Аномия — 1) по Э. Дюркгейму — состояние общества, при котором наступает дезинтеграция и распад системы норм, которые гарантируют общественный порядок; 2) психологическое состояние, характеризующееся чувством потери ориентации в жизни, возникающее, когда индивид ставится перед необходимостью выполнения противоречащих друг другу норм.

Аудитория — совокупность лиц, являющихся адресатом общего для всех ее членов средства массовой коммуникации при минимальном или даже вовсе отсутствующем взаимодействии их друг с другом. Аудитория может представлять собой агрегат, например, публика в театре или совокупность изолированных индивидов, например, аудитория телевидения.

Аффект — сильный душевный порыв, состояние душевного волнения, перерастающего в страсть.

Бюрократия. Под бюрократией обычно понимается организация, состоящая из ряда официальных лиц, должности и посты которых образуют иерархию и которые различаются формальными правами и обязанностями, определяющими их действия и ответственность. Бюрократия, по М. Веберу, в идеальном виде представляет собой наиболее эффективную машину управления, основанную на строгой рационализации. Первоначально предназначенная для достижения целей организации бюрократия на деле часто отходит от них и начинает не только работать вхолостую, но и тормозить все прогрессивные процессы. Несмотря на изначально заложенную в бюрократии опасность потери компетенции и «обюрокрачивания» деятельности в сфере управления, такая форма управления в настоящее время является единственно работоспособной и приемлемой. Путь к изменению роли бюрократии в деятельности ор-

ганизации в соответствии с принципами, разработанными М. Вебером, многие исследователи видят в изменении установок представителей бюрократии, в установлении связи их благополучия и карьеры с конечным результатом деятельности организации.

Власть — способность и возможность для индивида или группы осуществлять свою волю, оказывать воздействие на других людей или группы независимо от их согласия или несогласия.

Влияние — целенаправленное изменение представлений, мнений, поведения личности или группы путем воздействия; одна из форм реализации власти.

Внешнее окружение и стратегия по отношению к нему. Любая организация должна адаптироваться к этой внешней среде, для того чтобы занять надлежащее место в обществе, выжить в соседстве с другими организациями, группами, институтами. Это обстоятельство вынуждает организацию выбирать стратегию поведения по отношению к внешней среде.

Внешняя группа — группа, члены которой рассматриваются как оппозиция, как лица, чуждые внутренней группе.

Внутренняя группа — группа, характеризующаяся сильно выраженной внутригрупповой ориентацией.

Вторичная группа — группа, члены которой опосредованно связаны совместной деятельностью для достижения общей цели. Вторичная группа отличается от первичной относительной многочисленностью, типом социальных контактов (преимущественно опосредованных), характером целей (более специализированных) и большей степенью формализации социальной организации.

Гипотеза — главный методологический инструмент, организующий весь процесс исследования и подчиняющий его строгой логике. Логическая конструкция гипотезы представляет собой условно-категорическое умозаключение «Если..., то...». Первая посылка выдвигает условие, а вторая утверждает следствие из данного условия. Если исследование не подтверждает следствие, гипотеза опровергается, но подтверждение следствия не дает логических оснований для достоверности гипотезы.

Девиантное (отклоняющееся) поведение — тип поведения, противоречащий принятым в данном обществе правовым, нравственным, социальным и другим нормам. Основные виды девиантного поведения: преступность, наркомания, проституция, алкоголизм и т. д.

Девиантность — характеристика поведения, не совпадающего с социальными нормами и ценностями, принятыми в обществе.

Десоциализация — процесс, противоположный социализации, означающий утрату индивидом определенных социальных ценностей и норм, сопровождающийся отчуждением индивида от определенной группы.

Деятельность — специфическая форма отношения человека к окружающему миру и самому себе, выражающаяся в целесообразном изменении и преобразовании мира и человеческого сознания. Деятельность — это процесс, включающий цель, средства и результат. Типы и формы деятельности различаются по субъекту, объекту, функциям и целям (индивидуальная, общественная, производственная, идеологическая, политическая, научная, культурно-воспитательная, воспроизводящая и творческая).

Диффузия — распространение культурных черт и образцов от группы к группе и их внедрение. Диффузия действует как внутри обществ, так и между ними. Примером могут служить методы научного управления, разработанные американской школой Ф. Тэйлора, которые затем были внедрены в других обществах.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) — это соглашение по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Сторонами договора являются страховщик и медицинское учреждение.

Договор страхования является соглашением между страхователем и страховщиком, в силу которого страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования, а страхователь обязуется уплатить страховые взносы в установленные сроки.

Идентификация — (в социальной психологии) процесс отождествления индивида с тем или иным объектом, человеком или группой, происходящий на основе усвоения присущих им свойств, стандартов, ценностей социальных установок и ролей.

Измерение — это процедура, с помощью которой измеряемый объект сравнивается с некоторым эталоном и получает числовое выражение в определенном масштабе или шкале.

Изобретение часто определяют как новую комбинацию или новое использование существующего знания. Изобретения могут быть разделены на два типа: материальные (такие, как лук, стрелы, телефон или самолет) и социальные (такие, например, как алфавит, конституционное правительство, выборная демократия и т. д.). В каждом случае создается комбинация хорошо известных элементов. Изобретение является постоянным процессом, когда каждое новое изобретение становится последним в ряду предыдущих. Таким образом, изобретательство представляет собой процесс (о процессах мы будем говорить несколько позже).

Индивид — 1) особь, отдельно существующий организм или отдельно взятый человек как представитель человеческого рода; 2) отдельный представитель общества, народа, класса, данной социальной группы.

Индивидуальность — совокупность черт характера и психического склада, определяющих своеобразие человека в его отличии от других.

Инновация — процесс изменения, связанный с созданием, признанием или внедрением новых элементов (или моделей) материальной и нематериальной культур в определенной социальной системе.

Институционализация — 1) образование стабильных образцов социального взаимодействия, основанного на формализованных правилах, законах, обычаях и ритуалах. Институционализация делает возможным прогнозирование социального поведения в определенных социальных ролях (таких, как роль родителей, служащего, священника и т. п.); 2) правовое и организационное закрепление сложившихся в обществе форм поведения, отношений и т. д.; 3) образование института.

Институциональная автономия — самостоятельность социальных институтов, их определяемость собственными внутренними законами.

Интервью — проводимая по определенному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом, причем запись ответов последнего производится интервьюером или его ассистентом.

Исследование прикладное — исследование, направленное на решение каких-либо практических проблем.

Исследование социальное — изучение поведения людей, групп, процессов социального взаимодействия в различных сферах жизнедеятельности общества.

Исследование социологическое — исследование социальных объектов, отношений, процессов, направленное на получение новой информации

и выявление закономерностей общественной жизни на основе теорий, методов и процедур, принятых в социологии.

Исследование фундаментальное — исследование, имеющее своей целью преимущественно развитие научных теорий или основополагающих принципов, а не непосредственно решение каких-либо конкретных проблем.

Квазигруппа — бесструктурное, неорганизованное скопление людей, которое при определенных условиях может превратиться в группу, но в данный момент таковой не является. Квазигруппы имеют следующие отличительные черты: спонтанность образования, неустойчивость взаимосвязей, отсутствие разнообразия во взаимодействиях, кратковременность совместных действий.

Коммуникация — акт общения между людьми посредством передачи символов, целью которого является взаимопонимание.

Контркультура — тип субкультуры, отвергающей ценности и нормы господствующей в данном обществе культуры и отстаивающей свою альтернативную культуру.

Конфликт — это вид социального взаимодействия, при котором противодействие сторон делает невозможным реализацию их целей и интересов. Каждая из участвующих в конфликте сторон делает все, чтобы была принята ее точка зрения или цель, и мешает другой стороне делать то же самое.

Коррупция, социальное неравенство и социальная несправедливость могут являться факторами, определяющими возникновение социальных движений, в ранее стабильных обществах, подвергающихся изменениям. Как только нормы и ценности начинают подвергаться сомнению, люди испытывают резкое обесценивание своих стремлений. Известно, например, что революции возникают не там, где люди бедствуют, а там, где условия их жизни улучшаются. Все дело в том, что параллельно с улучшением условий жизни значительно расширяются желания и потребности людей. Революции и другие восстания наиболее вероятны тогда, когда прерываются периоды улучшения условий жизни и создается разрыв между увеличением потребностей и падением возможностей для их реализации.

Культура — 1) по Э. Тайлору — некоторое сложное целое, которое включает в себя знания, верования, искусство, мораль, законы, обычаи и другие способности и привычки, приобретаемые и достигаемые человеком как членом общества; 2) совокупность материальных и духовных ценностей, выражающая определенный уровень исторического развития данного общества и человека.

Культура массовая — вид культуры, характеризующийся ориентацией на усредненный массовый вкус, стандартизацией формы, содержания, расчетом на коммерческий успех.

Культура материальная — совокупность овеществленных результатов человеческой деятельности, включающая как физические объекты, созданные человеком, так и природные объекты, используемые им.

Культура элитарная — вид культуры, характеризующийся производством культурных ценностей, образцов, которые в силу своей исключительности рассчитаны и доступны в основном узкому кругу людей, элите.

Культурные течения — изменения в ценностях и нормах поведения людей. В качестве примера культурных течений можно привести постепенную эмансипацию женщин, тяготение людей к материализму или, наоборот, отход от материализма к духовной жизни и религии, наблюдающийся у некоторых категорий молодых людей. Каждое культурное течение появляется и развивается под воздействием многих факторов и может породить социальное движение. Культурные течения обеспечивают благоприятные условия для социальных движений, подстегивают и ускоряют их развитие.

Культурный релятивизм — концепция, подчеркивающая историческое своеобразие каждой культуры, которая может быть оценена только на основе ее собственных принципов, а не универсальных критериев.

Лицензирование — это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Личность — 1) отдельный человек как индивидуальность, как субъект отношений и сознательной деятельности, в процессе которой он создает, воспроизводит и изменяет социальную реальность; 2) относительно устойчивая система социально значимых и уникальных индивидуальных черт, характеризующих индивида, формирующаяся в процессе социализации и являющаяся продуктом индивидуального опыта и социального взаимодействия.

Макросоциология — изучение общества как целого, больших социальных систем и образцов взаимодействия между ними. Макросоциология противопоставляется микросоциологии.

Малая группа — относительно устойчивая, небольшая по численности социальная группа, члены которой находятся в непосредственном взаимодействии друг с другом (личные контакты и т. п.), что и приводит

к возникновению эмоциональных связей, а также специфических межличностных ценностей и норм.

Маркетинг — это социальный процесс, направленный на удовлетворение потребностей и желаний людей и организаций путем обеспечения свободного конкурентного обмена товарами и услугами, представляющими ценность для покупателя (Lambin J.J., 1987).

Массовое поведение — тип коллективного поведения, являющийся результатом воздействия средств массовой коммуникации; характеризуется единообразными реакциями, утратой индивидуальных оценок, ориентации.

Метод — основной способ сбора, обработки и анализа данных.

Методология — система принципов научного исследования.

Микросоциология — изучение малых социальных структур, групп, непосредственных межличностных отношений.

Неформальная организация — организация, характеризующаяся спонтанно сложившейся системой социальных связей и отношений, норм, действий, являющихся результатом межличностного и внутригруппового общения, отсутствием четко выраженных и документально зафиксированных правил и предписаний.

Нормы социальные — образцы, стандарты деятельности, правила поведения, выполнение которых ожидается от члена какой-либо группы или общества и поддерживается с помощью санкции. Социальные нормы обеспечивают упорядоченность, регулярность социального взаимодействия.

Нормы социальные моральные — нравственные императивы, требования определенного поведения, основанные на принятых в обществе представлениях о добре и зле, о должном либо непозволительном.

Нормы социальные нравственные — нравственные императивы, требования определенного поведения, основанные на принятых в обществе представлениях о добре и зле, о должном либо непозволительном.

Нормы социальные правовые — установленные государством, законом, указом, актом и т. д. общеобязательные правила поведения. В них, как правило, указываются условия их выполнения, субъекты регулируемых отношений, их взаимные права и обязанности, а также санкции в случае их нарушения.

Обряд — традиционные символические действия, сопровождающие важные моменты жизни и деятельности индивида, группы, общества, которые являются для них социально значимыми и требуют определенного вида поведения.

Общество — сложившаяся в процессе исторического развития относительно устойчивая система социальных связей и отношений между людьми на основе совместной деятельности, направленной на воспроизводство материальных условий существования и удовлетворение потребностей.

Общность — реально существующая совокупность индивидов, объединяемых исторически сложившимися устойчивыми социальными связями и отношениями, отличающаяся относительной целостностью, обладающая рядом общих признаков, придающих ей своеобразие.

Обычай — правило социального поведения, передающееся от поколения к поколению, воспроизводящееся в определенном обществе или социальной группе, укоренившееся, вошедшее в привычку, быт и сознание их членов. Обычай служит средством приобщения индивидов к социальному и культурному опыту, регламентирует поведение индивидов, поддерживает внутригрупповую сплоченность.

Опрос — это метод сбора первичной информации, основанный на непосредственном (интервью) или опосредованном (анкета) взаимодействии исследователя и опрашиваемого.

Опыт — 1) совокупность знаний и умений, приобретенных на основе и в процессе непосредственного практического взаимодействия индивида с внешним миром; 2) основанное на практике познание действительности.

Организация — объединение людей, совместно реализующих цели программы и действующих на основе определенных норм и правил. Можно выделить ряд элементов, присущих любым организациям.

Ответственность — категория этики и права характеризует меру ответственности действий отдельного человека, группы людей или общества взаимным требованиям, исторически конкретным социальным нормам, общим интересам. Это обстоятельство сближает правовую и моральную основы ответственности, механизм которой проявляется во взаимодействии ее носителя (субъекта) и объекта (перед кем отвечают). Степень ответственности адекватна мере выполнения обязанностей.

Открытие — это разделяемое многими людьми восприятие аспекта реальности, ранее неизвещного. Открытие добавляет новую черту в запасы знаний, проверенных людьми, воспринятых ими. Использование нового знания для развития технологии практически всегда приводит к изменениям в целом.

Относительная неудовлетворенность. Чем больше разрыв между надеждами и ожиданиями и их реализацией, тем сильнее чувство социальной неудов-

летворенности. Согласно концепции относительной неудовлетворенности, разработанной английским социальным психологом С. Стауферром [Staffer S. Communism, conformity and civil problems. Wash. (D. C.), 1970, p. 207], люди ощущают неудовлетворенность в результате разрыва между тем, что они имеют, и тем, что они могли бы иметь.

Охрана здоровья населения — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого гражданина, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Первичная группа — группа, относительно немногочисленная, имеющая решающее значение в процессе первичной социализации, выполняющая многообразные неспециализированные функции. Члены первичной группы поддерживают устойчивые, непосредственные, личностные, эмоционально окрашенные контакты, имеют общие ценности и образцы поведения.

Поведение — процесс взаимодействия живых существ с окружающей средой, связанный с их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. Поведение различают на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Процедура — последовательность всех операций, общая система действий и способов организации исследования.

Ресоциализация — вторичная социализация, происходящая на протяжении всей жизни индивида в связи с изменениями его установок, целей, норм и ценностей жизни.

Роловой конфликт — конфликт, вызванный противоречивыми требованиями, одновременно предъявляемыми индивиду различными ролями, которые реализуются им в конкретных ситуациях.

Социализация — процесс становления личности, усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной группе. Различают социализацию первичную (детство, подростковый возраст, юность) и вторичную (зрелый возраст).

Социальная адаптация — процесс активного приспособления индивида или группы к определенным материальным условиям, нормам, ценностям социальной среды.

Социальная активность — совокупность форм человеческой деятельности, сознательно ориентированной на решение задач, стоящих перед

обществом, классом, социальной группой в данный исторический период. В качестве субъекта социальной активности может выступать личность, коллектив, социальная группа, слой, класс, общество в целом. Социальная активность проявляется в различных сферах: трудовой, общественно-политической, в сфере культуры и быта.

Социальная группа — это совокупность индивидов, взаимодействующих определенным образом на основе разделяемых ожиданий каждого члена группы в отношении других.

Социальная дезорганизация. Любое изменяющееся общество всегда в той или иной степени подвержено дезорганизации. В дезорганизованном обществе индивиды тяготеют к потере культурной основы и устойчивых норм. Р. Мертон полагает даже, что комплекс чувств и мотивов, возникающих в таком обществе, можно рассматривать как разновидность аномии [Merton R. Social theory and social structure. Glencoe, 1968, pp. 672—682]. Отчуждение и anomia становятся широко распространенными явлениями в дезорганизованном обществе. Их симптомы: неуверенность, социальный страх, беспокойство и высокая внушаемость. Ранее действующие правила и нормы не считаются больше полезными и надежными, а прежние цели кажутся недостижимыми. В то же время другие правила отсутствуют, а новые цели представляются недостойными для затрачиваемых усилий. Такая неопределенность в обстановке, разобщенность людей служат идеальной средой для зарождения и развития социальных движений.

Социальная зависимость — зависимость, возникающая между индивидами, живущими в одном обществе, в результате их сознательных воздействий друг на друга как на членов общества.

Социальная категория — совокупность групп индивидов, имеющих одинаковые характеристики по тому или иному признаку (например, пол, возраст, профессия, вероисповедание и т. д.).

Социальная мобильность — 1) перемещение индивидов или групп в социальном пространстве. Различают социальную мобильность вертикальную и горизонтальную; 2) изменение положения индивида или группы в социальной структуре.

Социальная мобильность вертикальная — социальная мобильность, связанная с перемещением индивида или группы в системе социальной иерархии, включающая изменение социального статуса.

Социальная мобильность горизонтальная — социальная мобильность, связанная с перемещением индивида или группы в социальной структуре без изменения социального статуса.

Социальная неудовлетворенность — это общее недовольство людей условиями жизни и системой социальных отношений в данном обществе. Существуют три основных компонента, из которых состоит социальная неудовлетворенность: относительная неудовлетворенность, ощущение несправедливости и статусная неопределенность.

Социальная общность — реально существующая совокупность индивидов, объединяемых исторически сложившимися устойчивыми социальными связями и отношениями, отличающаяся относительной целостностью, обладающая рядом общих признаков, придающих ей своеобразие.

Социальная роль — совокупность норм, определяющих поведение действующих в социальной системе индивидов, в зависимости от их статуса или позиции, и само поведение, реализующее эти нормы.

Социальная страта — социальный слой, группа людей, объединенная каким-либо общим социальным признаком (имущественным, профессиональным, уровнем образования, властью, престижем и т. д.).

Социальная стратификация — постоянное ранжирование социальных статусов и ролей в социальной системе (от малой группы до общества).

Социальная структура — совокупность взаимосвязанных ролей, а также упорядоченных взаимоотношений между членами организации, в первую очередь отношения власти подчинения. Эти отношения изменяются в результате обмена ресурсами и изменения характера их использования. Социальная структура включает в себя нормативную структуру, которая определяет ценности, нормы и ролевые ожидания и поведенческую структуру, то есть систему отношений между людьми, находящуюся в рамках нормативной структуры, но в то же время отклоняющуюся от нормативной структуры в известных пределах, обусловленных личностными чувствами, предпочтениями, симпатиями и интересами. Социальная структура организации различается по степени формализации. Формальная социальная структура — это такая структура, в которой социальные позиции и взаимосвязи между ними четко специализированы и определены независимо от личностных характеристик членов организации, занимающих эти позиции. Неформальная структура состоит из совокупности позиций и взаимосвязей, формируемых на основе личностных характеристик и основанных на отношениях престижа и доверия. Неформальная структура более изменчива, подвижна и неустойчива, чем формальная.

Социальная функция — это роль, выполняемая определенным элементом социальной системы в ее организации как целого, в осуществлении целей и интересов социальных групп и классов.

Социальное взаимодействие (интеракция) — 1) процесс, при котором индивиды и группы в ходе коммуникации своим поведением влияют на других индивидов и другие группы, вызывая ответные реакции; 2) процесс взаимообусловленного влияния индивидов, групп, социальных систем, обществ друг на друга.

Социальное движение — 1) массовые коллективные действия по реализации специфических интересов и целей (движение рабочее, крестьянское, национально-освободительное, экологическое, женское, молодежное и др.). 2) форма или способ разрешения социальных проблем и противоречий, в основе которых лежит столкновение интересов и потребностей основных социальных сил данного общества.

Социальное изменение — переход социального объекта из одного состояния в другое; любая модификация в социальной организации общества, его социальных институтах и социальной структуре, установленных в нем образцов поведения.

Социальное неравенство — специфическая форма социальной дифференциации, при которой отдельные индивиды, социальные границы, слои, классы находятся на разных ступенях вертикальной социальной иерархии, обладают неравными жизненными шансами и возможностями удовлетворения потребностей.

Социальное поведение — поведение, выражающееся в совокупности поступков и действий индивида или группы в обществе и зависящее от социально-экономических факторов и господствующих норм.

Социальные группы — совокупность индивидов, между которыми существуют какие-либо прямые или косвенные социальные отношения.

Социальные законы — законы, определяющие возникновение, функционирование и развитие социальных систем, выражающие существенные повторяющиеся необходимые отношения и взаимосвязи между социальными субъектами, явлениями и процессами.

Социальные круги — это социальные общности, созданные с целью обмена информацией между их членами. Эти общности не ставят каких-либо общих целей, не предпринимают совместных усилий, не имеют исполнительного аппарата. Основная функция социальных кругов состоит в обмене взглядами, новостями, комментариями, аргументами. Существуют несколько разновидностей социальных кругов, например: контактные, профессиональные, дружеские, статусные.

Социальные отношения — отношения между группами людей и индивидами, которые занимают определенное положение в обществе, имеют соответствующий статус и социальные роли.

Социальные санкции — меры воздействия социальной группы (общности, общества) на поведение индивида, отклоняющееся как в позитивном, так и в негативном смысле от социальных ожиданий, норм и ценностей. По способу воздействия на индивида различают социальные санкции: физические, экономические, символические.

Социальные ценности — значимость явлений и предметов реальной действительности с точки зрения их соответствия или несоответствия потребностям общества, социальной группы, личности.

Социальный агрегат — 1) совокупность социальных единиц (индивидов, семей, кланов и т. д.), которая возникает путем их пространственного сближения, причем единицы эти не изменяются вследствие образования агрегата, в противоположность общности, в которой единицы взаимосвязаны; 2) совокупность индивидов, разделяющих определенные социальные характеристики (например, демографические), но не являющихся социально организованными.

Социальный институт — исторически сложившиеся формы организации и регулирования общественной жизни (например, семья, религия, образование и т. д.), обеспечивающие выполнение жизненно важных для общества функций, включающие совокупность норм, ролей, предписаний, образцов поведения, специальных учреждений, систему контроля.

Социальный класс — по М. Веберу — агрегаты людей, обладающих одними и теми же жизненными шансами.

Социальный контакт — процесс установления социальной связи; начальный этап взаимодействия между индивидами или социальными группами.

Социальный контроль — система процессов и механизмов, обеспечивающих поддержание социально приемлемых образцов поведения и функционирования социальной системы в целом.

Социальный конфликт — столкновение противоположных интересов, целей, взглядов, идеологий между индивидами, социальными группами, классами. Социальный конфликт представляет собой явление, обусловленное ущемлением, либо неадекватным удовлетворением социальных интересов индивидов, социальных групп, классов, организаций, общественных институтов и т. д. В его основе лежит ситуация, включающая либо противоречивые позиции сторон в подходах к решению задач реализации социальных потребностей, либо противоположные цели или средства их достижения.

Социальный порядок — 1) организованность общественной жизни, упорядоченность социального действия, социальной системы; 2) совокупность существующих в данном обществе институтов и способов их воз-

действия на социальную жизнь; 3) условия существования, при которых формируются, поддерживаются и разрушаются различные образцы социальной организации.

Социальный процесс — последовательное изменение состояний (или элементов) социальной системы и ее подсистем, любого социального объекта.

Социальный слой — совокупность индивидов, объединяющихся по каким-то общим признакам и имеющих одинаковый социальный статус, ранг и т. д.

Социальный статус — это соотносительная позиция индивида или группы, определяемая социальными признаками (экономическое положение, профессия, квалификация, образование и т. п.), природными признаками (пол, возраст и т. д.), а также престижем и местом в структуре власти.

Социальный факт — единичное, общественно значимое событие или некоторая совокупность однородных событий, типических для той или иной сферы социальной жизни или характерных для определенных социальных процессов.

Социология — наука о закономерностях становления, функционирования и развития общества. Социология изучает социальные факты, процессы, отношения, деятельность индивидов, социальных групп, их роль, статус и социальное поведение, институциональные формы их организации.

Социум — большая устойчивая социальная общность, характеризующаяся единством условий жизнедеятельности людей в каких-то существенных отношениях и вследствие этого общностью культуры. Высшая форма социума — общество как целостная социальная система.

Статусная неопределенность развивается в том случае, когда кто-то имеет несколько статусов разного ранга. Люди с устойчивым чувством статусной неопределенности наиболее часто ощущают неудовлетворенность и невозможность достижения необходимого им вознаграждения.

Страховой взнос в системе ОМС — финансовые средства, уплачиваемые страхователями (плательщиками) в соответствии с договором на обязательное медицинское страхование.

Страховой полис — государственный документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования, который выдается страховщиком страхователю. Закон РФ о страховании рассматривает страховой полис и как страховое свидетельство.

Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое

в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Субкультура — система ценностей, установок, моделей поведения, жизненного стиля какой-либо социальной группы, представляющая собой самостоятельное целостное образование в рамках доминирующей культуры.

Техника — совокупность специальных приемов для эффективного использования того или иного метода.

Технология. Организация с точки зрения технологии — это место, где производится определенного вида работа, где энергия участников применяется для трансформации материалов или информации. Под технологией здесь понимается как технология в узком смысле слова (оборудование, материалы и человеческий труд, скомбинированные определенным способом с целью получения готового продукта), так и в широком (систематизированное знание полезных и наиболее рациональных практических действий).

Толпа — бесструктурное скопление людей, лишенных ясно осознаваемой общности целей, но связанных между собой сходством эмоционального состояния и общим элементом внимания. Поведение индивидов в толпе характеризуется усилением внушаемости, подражательности, эмоциональности и социально-психологического заражения. По характеру поведения различают четыре типа толпы: 1) случайную (связанную с любопытством к неожиданно возникающему происшествию); 2) экспрессивную (совместно выражающую какое-либо чувство и общее отношение к какому-либо событию); 3) конвенциональную (связанную с интересом к какому-либо мероприятию); 4) действующую, которая, в свою очередь, включает: агрессивную толпу (объединенную ненавистью к некоторому объекту), паническую толпу (спасающуюся от реального или воображаемого источника опасности), стяжательную (вступающую в неупорядоченный непосредственный конфликт за обладание какими-либо ценностями), повстанческую толпу, экстатическую толпу.

Традиция — элементы социального и культурного наследия, передающиеся от поколения к поколению и сохраняющиеся в определенных обществах, классах и социальных группах в течение длительного времени.

Традиция охватывает объекты социального наследия (материальные и духовные ценности).

Управление — 1) функция специфического органа организации, которая обеспечивает направление деятельности всех без исключения элементов организации, удерживает в допустимых пределах отклонение отдельных частей и организации в целом от поставленных целей. Например, отдел в государственном учреждении имеет нормы и правила, по которым регулируется рабочее время сотрудников, количество и качество их работы, отношения с другими отделами и т. п. Руководство отделом, выполняя функцию управления, контролирует выполнение этих норм и правил, применяя методы вознаграждения или наказания; 2) целенаправленный, поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование системы и ее развитие в определенных условиях при имеющихся ресурсах.

Управленческое решение — формально зафиксированный проект какого-либо изменения в организации, в осуществлении которого, помимо субъекта решения (руководителя или органа управления), участвуют и другие члены организации.

Участники организации. Это совокупность индивидов, каждый из которых должен обладать определенным набором качеств и навыков, позволяющих ему занимать определенную позицию в социальной структуре организации и играть соответствующую социальную роль. Все вместе члены организации представляют собой персонал, который взаимодействует друг с другом в соответствии с нормативной и поведенческой структурой.

Формальная организация — организация, характеризующаяся строго предписанными и документально зафиксированными целями, правилами и ролевыми функциями, рациональностью и безличностью отношений между ее членами, наличием органа власти и аппарата управления.

Цели. Цель рассматривается как желаемый результат или те условия, которых пытаются достичь, используя свою активность, члены организации для удовлетворения коллективных потребностей.

Ценности социальные — нравственные и эстетические императивы (требования), выработанные человеческой культурой и являющиеся продуктами общественного сознания. Индивид интернализует (усваивает) ценности в процессе своей социализации. Социальные ценности являются основой социальных норм.

Человек — высшая ступень развития живых организмов на Земле, субъект общественно исторической деятельности и культуры. Человек появ-

вился на Земле в итоге сложного и длительного историко-эволюционного процесса. *Homo sapiens* (человек разумный) — не позднее 40 тыс. лет назад. Человек — двойственное существо — природное и общественное.

Этноцентризм — свойство этнического самосознания воспринимать и оценивать все явления окружающего мира сквозь призму традиций и ценностей собственной этнической группы, выступающей в качестве некоего всеобщего эталона.

Язык — система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом выражения самосознания личности, средством передачи от поколения к поколению и хранения информации.

Система вопросов-индикаторов для анкетного опроса по проблеме «Доступность и качество медицинского обслуживания в системе ОМС»

Параметр измерения	Вопросы, с помощью которых можно оценить мнение застрахованных	Управленческие решения, которые могут быть приняты на базе результатов опроса
1	2	3
Доступность медицинского обслуживания в системе ОМС		
1. Информированность застрахованных о своих правах	Знаете ли Вы, что в рамках обязательного медицинского страхования Вы имеете право на получение бесплатных лекарств при обращении за скорой медицинской и стационарной помощью; получение бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи как в поликлинике, так и на дому; получение полной информации о состоянии своего здоровья; сохранение в тайне информации о состоянии своего здоровья, о факте обращения за медицинской помощью; отказ от медицинского вмешательства; получение бесплатной восстановительной помощи и реабилитации; выбор страховой медицинской организации; бесплатную защиту своих прав с помощью страховой компании, выдавшей полис, при возникновении спорных вопросов при обращении в некоммерческие лечебно-профилактические учреждения?	Определяется целесообразность проведения пропагандистских мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных о перечисленных правах
2. Информированность застрахованных о том, где они могут получить медицинскую помощь	Знаете ли Вы, что в рамках обязательного медицинского страхования Вы имеете право на выбор медицинского учреждения? Из каких источников Вы получаете информацию о своих правах в рамках системы обязательного медицинского страхования? Что имеет для Вас решающее значение при выборе лечебно-профилактического учреждения, в котором Вы хотели бы получать медицинскую помощь?	Определяется целесообразность проведения мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных об их праве на выбор ЛПУ. Выделяются коммуникационные каналы, пользующиеся наибольшим доверием среди застрахованных, посредством которых застрахованные получают информацию о медицинском обслуживании в системе ОМС

1	2	3
3. Информированность застрахованных о возможности выбора врача в ЛПУ	Знаете ли Вы, что в рамках обязательного медицинского страхования Вы имеете право на выбор врача медицинского учреждения? Из каких источников Вы получаете информацию о своих правах в рамках системы обязательного медицинского страхования? Чем Вы руководствуетесь при выборе врача, к которому Вы хотели бы обратиться за медицинской помощью?	Определяется целесообразность проведения мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных об их праве на выбор врача. Выявляются основные факторы выбора врача
4. Характер потребностей застрахованных в получении медицинского обслуживания	В каких случаях Вы принимаете решение о том, что Вам надо обратиться за медицинской помощью?	Определяется целесообразность проведения мероприятий, направленных на популяризацию здорового образа жизни
5. Временные затраты застрахованного на ожидание и получение медицинской помощи	Что мешает Вам обращаться за бесплатной медицинской помощью (как вариант ответа: «Я не могу позволить себе тратить много времени на то, чтобы записаться на прием к врачу, а потом ожидать своей очереди»)? Что имеет для Вас решающее значение при выборе лечебно-профилактического учреждения, в котором Вы хотели бы получить медицинскую помощь (как вариант ответа: «Удобство графика работы ЛПУ»)? Насколько сильно на Ваше решение об обращении за медицинской помощью влияет нехватка времени?	Определяется необходимость разработки и реализации мероприятий по сокращению времени на обслуживание застрахованных, а также целесообразность пересмотра графика работы ЛПУ
6. Экономическая доступность медицинской помощи	Насколько медицинское обслуживание в некоммерческих (бесплатных) медицинских учреждениях доступно для Вас лично с экономической точки зрения?	Определяется целесообразность пересмотра системы оплаты труда медицинского персонала и проведения мероприятий, повышающих ответственность медицинского персонала ЛПУ, входящих в систему ОМС, за получение несанкционированных доходов

1	2	3
7. Возможность альтернативного обслуживания	<p>Знаете ли Вы, что в рамках обязательного медицинского страхования Вы имеете право на выбор врача с учетом его согласия, выбор медицинского учреждения?</p> <p>Приходилось ли Вам пользоваться своими правами на выбор врача с учетом его согласия и на выбор медицинского учреждения (варианты ответа: «Нет, не знаю о существовании такого права»; «Да, слышал об этом, но пользоваться этим правом не приходилось»; «Да, знаю и регулярно пользуюсь этим правом»; «Да, знаю об этом, но не раз сталкивался с тем, что данное право постоянно нарушается»)?</p> <p>Как часто и в каких случаях Вы обращаетесь за медицинской помощью в платные лечебно-профилактические учреждения?</p>	<p>Определяется целесообразность проведения мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных о своих правах на получение альтернативной медицинской помощи. Анализ мотивов потребления услуг платных медицинских учреждений позволит выявить скрытые мотивы непотребления услуг ЛПУ, входящих в систему ОМС, что, в свою очередь, может быть использовано при разработке мероприятий, направленных на устранение «узких мест» в работе ЛПУ, входящих в систему ОМС</p>
8. Доступность лекарственного обеспечения	<p>Попробуйте оценить качество льготного лекарственного обеспечения. Что Вас не устраивает в системе льготного лекарственного обеспечения? Попробуйте оценить качество лекарственного обеспечения в стационарах</p>	<p>Выявление источников повышения доступности лекарственного обеспечения</p>
9. Эффективность коммуникаций между застрахованными и СМО, выдавшими полис ОМС	<p>Знаете ли Вы, какая страховая компания выдала Вам страховой полис?</p> <p>Приходилось ли Вам обращаться в нее за консультациями по каким-либо вопросам, связанным с получением медицинской помощи и/или защитой Ваших прав?</p>	<p>Определяется целесообразность проведения мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных об обязанностях СМО, выдавшей полис ОМС</p>
10. Своевременность получения неотложной медицинской помощи	<p>Оцените продолжительность ожидания прибытия бригады неотложной медицинской помощи с момента вызова</p>	<p>Оценивается целесообразность увеличения числа бригад неотложной помощи, повышения эффективности работы диспетчеров и оказания услуг по профессиональному консультированию обращающегося по телефону</p>

1	2	3
Качество-доступность медицинского обслуживания в системе ОМС		
11. Мотивы непотребления застрахованными некоторых услуг, оказываемых ЛПУ, входящими в систему ОМС	За какими конкретно услугами Вы предпочли бы не обращаться в некоммерческие (бесплатные) медицинские учреждения и почему?	Определяется список услуг, по которым необходимо проводить мероприятия, повышающие их доступность для застрахованных, путем нейтрализации воздействия выявленных мотивов поведения потребителей. Кроме того, по некоторым видам услуг может быть сделан вывод об их выведении из перечня услуг, оказываемых застрахованным по программе ОМС
12. Наличие/отсутствие необходимых в деятельности ЛПУ медицинских препаратов и расходных материалов	Как вы оцениваете обеспеченность бригад неотложной помощи необходимыми медицинскими препаратами и расходными материалами?	Может быть принято решение о повышении информированности застрахованных о перечне медицинских препаратов и расходных материалов, которые застрахованные имеют право получить, находясь в стационаре или получая первую медицинскую помощь
13. Наличие/отсутствие современной медицинской техники	Оцените уровень технического оснащения бригад неотложной помощи. Назовите, пожалуйста, наиболее актуальные, на Ваш взгляд, проблемы некоммерческих ЛПУ, с которыми Вы сталкивались	Определяется необходимость изыскания дополнительных источников финансирования переоснащения ЛПУ, входящих в систему ОМС
14. Наличие/отсутствие необходимого числа врачей	Назовите, пожалуйста, наиболее актуальные, на Ваш взгляд, проблемы некоммерческих ЛПУ, с которыми Вы сталкивались	Определяется целесообразность пересмотра норм, на базе которых рассчитывается потребность во врачах разной квалификации

1	2	3
15. Степень доверия медицинским работникам	Доверяете ли Вы врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, работающим в бесплатных лечебно-профилактических учреждениях? Как часто Вы обращаетесь за медицинской помощью в платные лечебно-профилактические учреждения?	Определяется целесообразность проведения мероприятий по повышению доверия врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу
Качество медицинского обслуживания в системе ОМС		
16. Уровень комфортности в помещениях ЛПУ	Назовите, пожалуйста, наиболее актуальные, на Ваш взгляд, проблемы некоммерческих ЛПУ, с которыми Вы сталкивались (один из вариантов ответа: «Отсутствие ремонта и комфорта в помещениях»)	Определяется целесообразность изыскания источников финансирования для ремонта и обустройства помещений ЛПУ
17. Качество социальных взаимоотношений между пациентами и персоналом ЛПУ	Назовите, пожалуйста, наиболее актуальные, на Ваш взгляд, проблемы некоммерческих ЛПУ, с которыми Вы сталкивались (один из вариантов ответа: «Плохое, неуважительное, безразличное обращение персонала ЛПУ с пациентами»).	Проведение мероприятий по повышению культуры обслуживания застрахованных, обращающихся в ЛПУ
18. Уровень квалификации врачей	Назовите, пожалуйста, наиболее актуальные, на Ваш взгляд, проблемы некоммерческих ЛПУ, с которыми Вы сталкивались. Оцените уровень квалификации сотрудников неотложной помощи, выезжающих к пациентам	Целесообразность проведения мероприятий, направленных на повышение информированности застрахованных об их праве на выбор врача
19. Эффективность профилактических мероприятий	Как Вы оцениваете работу некоммерческих (бесплатных) лечебно-профилактических учреждений по проведению профилактических мероприятий (под профилактическими мероприятиями понимаются вакцинация населения и проведение мероприятий, пропагандирующих здоровый образ жизни)?	Определение путей совершенствования системы оповещения застрахованных о профилактических мероприятиях

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Пример анкеты для опроса руководителя ЛПУ**Анкета главврача**

Уважаемые руководители! Вам предлагается принять участие в социологическом опросе, позволяющем оценить динамику развития системы здравоохранения.

Проводимый опрос призван определить изменения, произошедшие за последний год в поликлиниках Москвы. Просим Вас высказать свое личное мнение, ответив на вопросы предложенной Вашему вниманию анкеты.

При заполнении анкеты отметьте только один ответ, который наиболее соответствует Вашему мнению. Недостающую информацию впишите. При заполнении отдельных пунктов пользуйтесь дополнительными рекомендациями, указанными в тексте. Помните, что нас интересует именно Ваша откровенная точка зрения, Ваша собственная позиция, Ваш личный взгляд.

В случае возникновения вопросов Вы можете обратиться к организаторам исследования по т. _____.

Благодарим Вас за участие!

1. Какую долю занимают средства ОМС в общем годовом доходе Вашего медицинского учреждения?

- 1. менее 25 %
- 2. 25—50 %
- 3. 50—75 %
- 4. 75—100 %

2. Оказываются ли в поликлинике платные медицинские услуги?

- 1 — да
- 2 — нет

3. Какую долю занимают платные услуги в общем годовом доходе учреждения?

- 1. менее 25 %
- 2. 25—50 %
- 3. 50—75 %
- 4. 75—100 %

4. Как используется выручка от платных услуг в медицинском учреждении?

1. покупка и поддержание в рабочем состоянии оборудования
2. покупка медикаментов (лекарства, бинты, шприцы и пр.)
3. хозяйственные расходы (инвентарь и пр.)
4. ремонт здания
5. премии работникам
6. другое _____

5. Обеспеченность кадрами в поликлинике можно было охарактеризовать год назад и сейчас как:	Год назад	Сейчас
1. менее 25 %		
2. 25—50 %		
3. 50—75 %		
4. 75—100 %		

6. Укомплектованность службы участковых врачей:	Год назад	Сейчас
1. менее 25 %		
2. 25—50 %		
3. 50—75 %		
4. 75—100 %		

7. Обеспеченность необходимой лечебно-диагностической аппаратурой:	Год назад	Сейчас
1. менее 25 %		
2. 25—50 %		
3. 50—75 %		
4. 75—100 %		

8. Оцените, пожалуйста, степень обеспеченности поликлиники следующими ресурсами (1 — минимальная обеспеченность, 5 — максимальная; 6 — затрудняюсь ответить; 7 — ресурс отсутствует):	Баллы				
1 — специалисты					
2 — участковая служба					
3 — средний медперсонал					
4 — младший медперсонал					
5 — средства ОМС					
6 — бюджетные средства					
7 — рабочие площади					
8 — медтехника, оборудование					
9 — лекарства					
10 — вспомогательная инфраструктура (питание, спецодежда)					
11 — транспортные средства					

- 9. Как изменилось число пациентов в поликлинике за последний год?**
- 1 — увеличилось
 - 2 — уменьшилось
 - 3 — не изменилось
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 10. Как изменилась обеспеченность кадрами в поликлинике за последний год:**
- 1) врачами?**
- 1 — увеличилась
 - 2 — уменьшилась
 - 3 — не изменилась
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 2) средним медицинским персоналом?**
- 1 — увеличилась
 - 2 — уменьшилась
 - 3 — не изменилась
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 3) младшим персоналом?**
- 1 — увеличилась
 - 2 — уменьшилась
 - 3 — не изменилась
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 11. Как изменилось число врачей, имеющих ученую степень, за последний год?**
- 1 — увеличилось
 - 2 — уменьшилось
 - 3 — не изменилось
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 12. Как изменилось число работников поликлиники (врачей и среднего медицинского персонала), повысивших свою квалификацию, за последний год по сравнению с предыдущим?**
- 1 — увеличилось
 - 2 — уменьшилось
 - 3 — не изменилось
 - 4 — затрудняюсь ответить
- 13. Как изменился размер заработной платы медицинского персонала поликлиники за последний год?**
- 1 — увеличился
 - 2 — уменьшился → 15
 - 3 — не изменился → 15
 - 4 — затрудняюсь ответить → 15

14. На сколько процентов произошло увеличение заработной платы?

- 1 — врачей на _____ %
- 2 — среднего медперсонала на _____ %
- 3 — младшего медперсонала на _____ %

15. Как изменилось число жалоб от населения за прошедший год?

- 1 — увеличилось
- 2 — уменьшилось
- 3 — не изменилось
- 4 — затрудняюсь ответить

16. Как изменилась возможность выбора пациентом лечащего врача?

- 1 — увеличилась
- 2 — уменьшилась
- 3 — не изменилась
- 4 — затрудняюсь ответить

17. Можете ли Вы сказать, что за последний год в поликлинике произошли существенные изменения?

- 1 — да
- 2 — нет → 19

18. Что послужило основной причиной произошедших изменений?

- 1 — улучшение благосостояния жителей района
- 2 — переход к единому социальному налогу
- 3 — проведение реформ
- 4 — другое _____

19. Известно, что пациенты иногда предлагают врачам дополнительное вознаграждение, подарки за услуги. Как часто это происходит в Вашей поликлинике?

- 1 — очень часто
- 2 — часто
- 3 — редко
- 4 — никогда → 21
- 5 — затрудняюсь ответить → 21

20. Как изменилось в поликлинике число случаев выражения «благодарности» врачам со стороны пациентов за последний год?

- 1 — увеличилось
- 2 — уменьшилось
- 3 — не изменилось
- 4 — затрудняюсь ответить

21. С каким из нижеприведенных суждений Вы согласны в большей степени?

- 1 — я считаю, что врачи могут получать дополнительное вознаграждение от пациентов
- 2 — только в исключительных случаях врачи могут получать дополнительное вознаграждение
- 3 — думаю, что врачи никогда не должны получать дополнительное вознаграждение от пациентов
- 4 — затрудняюсь ответить

22. Как изменилось положение дел в поликлинике за последний год?

Состояние дел	1 улучши- лось	2 ухудши- лось	3 осталось пре- жним	4 затруд- няюсь ответить
1) Снабжение АПУ оборудованием				
2) Состояние оборудования				
3) Снабжение мед. препаратами				
4) Состояние самого АПУ (ремонт и пр.)				
5) Качество оказываемой медицинской помощи				
6) Качество профилактических мероприятий				
7) Профессиональный уровень мед. работников				
8) Условия труда мед. работников				
9) Контроль за качеством работы врачей				

Просим Вас ответить на вопросы личного характера

23. Пол:

- 1 — мужской
- 2 — женский

24. Возраст:

- 1 — до 30 лет
- 2 — от 31 до 40 лет
- 3 — от 41 до 50 лет
- 4 — от 51 до 60 лет
- 5 — старше 60 лет

25. Ваша должность?

- 1 — главный врач
- 2 — зам. главного врача по экономике
- 3 — зам. главного врача по лечебной части

26. Стаж работы в данной должности:

- 1 — до 1 года
- 2 — от 1 года до 5 лет
- 3 — от 6 до 10 лет
- 4 — от 11 до 15 лет
- 5 — от 16 до 20 лет
- 6 — от 21 до 25 лет
- 7 — более 25 лет

27. Стаж работы в здравоохранении:

- 1 — до 1 года
- 2 — от 1 года до 5 лет
- 3 — от 6 до 10 лет
- 4 — от 11 до 15 лет
- 5 — от 16 до 20 лет
- 6 — от 21 до 25 лет
- 7 — более 25 лет

28. Ваша квалификационная категория:

- 1 — высшая
- 2 — первая
- 3 — вторая
- 4 — не имею

29. Ваша ученая степень:

- 1 — кандидат наук
- 2 — доктор наук
- 3 — не имею

30. Является ли эта Ваша заработная плата основным доходом Вашей семьи?

- 1 — да
- 2 — нет

31. Изменилась ли Ваша заработная плата за последний год?

- 1 — да
- 2 — нет

Благодарим Вас за предоставленные сведения!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**ПАСПОРТ СПЕЦИАЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ
ШИФР СПЕЦИАЛЬНОСТИ: 14.00.52****СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ****Формула специальности**

Содержанием данной специальности является изучение с использованием социологических подходов роли и места системы охраны здоровья в жизни общества и представлений различных слоев общества о влиянии социально-экономических факторов на состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья, работоспособности и продлению жизни граждан; функционирования и развития социальных процессов, протекающих в системе здравоохранения, ее институтах и в медицине как социальном институте.

Области исследований

1. Исследования по изучению медицины как социального института: медицина как целостная система, социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения, изучение медицины и здравоохранения с позиций социального детерминизма; формирование социологических концепций развития медицины и здравоохранения. Изучение социальной гармонизации деятельности здравоохранения, формирования социальной базы политики здравоохранения. Научное обоснование по вопросам социологии организации здравоохранения, медицинского персонала (его социальной роли и положения), медицинской профессии, пациента, здоровья и болезни.

2. Изучение медицины (социального института) как подсистемы социальной системы: взаимодействие с другими социальными институтами общества, взаимодействие с экономической сферой общества, воздействие общества на развитие медицины, изучение влияния глобализации социальных процессов на медицину.

3. Фундаментальные и прикладные исследования роли и места медицинской науки, изменений характера экономических связей и отношения различных групп населения к внедрению элементов коммерческой деятельности в здравоохранении, росту социально-экономической значимости медицинских услуг.

4. Исследование мнения и анализ оценок отношения различных групп населения к социально-экономическим факторам здоровья и болезни, уровням благосостояния и здоровья. Изучение социальных факторов этиологии болезни, динамики демографических показателей. Анализ сложившихся в различных слоях общества представлений и социальных предпосылок в отношении меняющихся факторов, влияющих на региональные различия в состоянии здоровья и потребности в медицинских услугах. Изучение и оценка по материалам представлений о своем здоровье различных профессиональных и возрастных групп населения в связи с условиями его воспроизводства и образом жизни на уровне районов, регионов и страны в целом.

5. Исследование социальных взаимоотношений в здравоохранении — влияния социального поведения на физическое, душевное и социальное благополучие пациента: активность, деятельность, контакты, потребности и мотивы, самовосприятие и механизмы защиты личности.

6. Изучение особенностей управления индивидами, социальными группами на макро-, мезо-, микро- и наноуровнях социально-экономической иерархии: методов управляющего воздействия, методов социально-психологической организации работы аппарата медицинского учреждения, общественной оценки социально-экономического статуса ЛПУ и системы взаимоотношений в медицинском коллективе: социально-психологическое восприятие экономического положения медицинского работника, динамика отношений: врач—врач, врач—средний медперсонал, врач—пациент и другие виды; запросов социальной гармонизации практического здравоохранения (на уровне ЛПУ) (механизмы конкретного взаимодействия современного общества, отрасли и пациента).

7. Исследование сферы социальных процессов и отношений: тенденции в деятельности по социальной профилактике болезней, изучение закономерностей активного, целенаправленного формирования здорового образа жизни людей в условиях современного общества, структуры связи, механизмы функционирования и эффективность различных мероприятий общественных организаций по охране здоровья людей.

8. Исследование теоретических и практических аспектов социально-психологической поддержки сбалансированной трансформации здравоохранения из непромышленной сферы в производственную (индустриализация технологий производства и социологизация предоставления медицинских услуг).

9. Исследование по вопросам гармонизации интересов субъектов и участников обязательного медицинского страхования.

10. Изучение с использованием социологических подходов качества жизни в связи с деятельностью системы охраны здоровья.

Отрасль наук: *медицинские и социологические науки.*

Учебное издание

Решетников Андрей Вениаминович

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Подписано в печать 27.06.07. Формат 60x90¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 16 п.л.
Тираж 5000 экз. Второй завод 2500 экз. Заказ № 852

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
119828, Москва, ул. Малая Пироговская, 1а,
Тел./факс: (495) 101-39-07
E-mail: info@geotar.ru
<http://www.geotar.ru>

Отпечатано в ООО «Чебоксарская типография №1»
428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, 15

ISBN 978-5-9704-0524-6



9 785970 405246



Учебник академика РАМН, профессора, доктора медицинских наук, доктора социологических наук А.В. Решетникова раскрывает предмет, базовые понятия и закономерности развития социологии медицины.

Достоинством учебника при рассмотрении социальных, политических, экономических проблем медицины как социального института является четкая теоретико-методологическая позиция, изложенная в соответствии с действующей программой курса социологии медицины.

Основная цель учебника - помочь всем, изучающим курс социологии медицины, научно осмыслить сложные процессы и явления современной медицины, чтобы сознательно ориентироваться в них, разобраться в существующих социологических теориях.

Для практикующих врачей, студентов и ординаторов вузов, учащихся колледжей, а также для тех, кто интересуется вопросами развития системы охраны здоровья.