

На правах рукописи

Калинский Александр Владимирович

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ
СОЦИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ: СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
(на примере Республики Адыгея)**

Специальность
22.00.06 - социология культуры, духовной жизни
(социологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Ростов-на-Дону
2003

Работа выполнена в Ростовском государственном педагогическом университете на кафедре **регионоведения и этносоциологии**.

Научный руководитель доктор социологических наук, профессор
Денисова Галина Сергеевна.

Официальные оппоненты:

доктор философских наук, профессор **Альперович** Валерий Дмитриевич
доктор социологических наук, доцент Сологуб Владимир Антонович

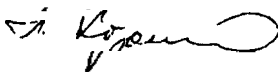
Ведущая организация - Ростовский государственный медицинский
университет

Защита состоится 2 апреля 2003 г. в **16.00** часов на заседании диссертационного совета Д 212.206.03 в Ростовском государственном педагогическом университете по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, 33, ауд. 202.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Ростовского государственного педагогического университета по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, **33**.

Автореферат разослан «1» марта 2003 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Хоронько Л.Я.

Актуальность темы исследования. Эффективность продолжающихся на протяжении полутора десятилетий системных реформ российского общества, направленных на переход к интенсивным технологиям социального управления, оценивается по различным параметрам: от показателей функционирования добывающих отраслей промышленности до потребления продуктов питания населением. Но все они являются частными по отношению к интегральным показателям медико-демографического состояния населения страны в целом и в отдельных ее регионах. Качественный уровень здоровья населения и состояние системы здравоохранения выступают индикаторами не только состоятельности внутриполитического курса страны, но культуры общества в целом.

Рассмотрение состояния системы здравоохранения в контексте культуры общества не является традиционным для отечественной социологии. По признанию одного из ведущих специалистов в области социологии культуры, Л.Ионина, «в советской социологической науке культура рассматривалась как побочный продукт объективного общественного развития, который практически не зависит от сознания составляющих **общество** индивидов; проблема взаимообусловленности и взаимодействия культуры и общества (если ставилась вообще), как правило сводилась к обсуждению частных вопросов народного просвещения и тактики рабочего **движения**».¹

Между тем, если рассматривать состояние здравоохранения с позиции культурно-аналитической социологии, основы которой заложил **М.Вебер**, то в организации этой сферы деятельности в концентрированном виде отражается в ценностном отношении к человеку. Именно этот культурный смысл, разделяемый обществом, воплощается в объективности, представленной в инфраструктуре и организационном построении системы здравоохранения, способе и эффективности ее функционирования.

Адекватное объяснение кризисности современного российского здравоохранения, ошутимо проявившегося в сбое процесса социального воспроизводства общества, в нарушении **гомеостаза** данного процесса, невозможно на основе объективистского подхода. Социально-экономический и функциональный подходы позволяют, например, описать состояние данной системы, исследовать взаимосвязь здравоохранения и уровня развития экономики, но за кадром внимания остается специфически культурный смысл, порождающий тот или иной содержательный характер функционирования системы здравоохранения. Культура задает те социальные смыслы, которые определяют цели социального развития, выстраивают иерархию приоритетов, определяя, в том числе, место и роль здравоохранения в структуре организации социального воспроизводства, экстенсивный характер функционирования, проявляющийся в расточительном отношении к людским ресурсам.

¹ Ионин Л. Социология культуры: путь в новое тысячелетие. М., 2000.

Процесс социального воспроизводства является составной частью более широкого процесса - воспроизводства социальных ресурсов общества. Между ними имеется очень тесная диалектическая взаимообусловленность: чем ниже качество здоровья населения, чем хуже услуги в **муниципальных** лечебно-профилактических учреждениях, чем труднее льготникам получать необходимые лекарственные препараты, тем ниже качество воспроизводство социальных ресурсов, что проявляется в настроениях, жизненном тонусе людей, в их устремлениях и в доверие населения политическим институтам и политическим лидерам как в центре, так и на местах.

Политическая **конъюнктурность** проблемы состояния современного здравоохранения в стране периодически обсуждается как в среде политической элиты, так и в среде управленцев различных организаций социальной сферы. Широко известен рожденный этими обсуждениями диагноз: низкий уровень финансирования здравоохранения. Вместе с тем, за кадром этих обсуждений оказывается более фундаментальная проблема: неприемлемость для системы здравоохранения предпринятых мер по реорганизации структуры ее управления, поскольку в них игнорируются социокультурные различия регионов страны.

Наряду с этим системные реформы 90-х годов, ярко высветившие коммерческий потенциал различных сфер общественного производства, привели к переливу на массовом уровне наиболее мобильной части трудовых ресурсов в коммерческие сферы занятости. Эта тенденция обнаружилась и внутри каждой отрасли, обнажив тем самым проблему поиска новых принципов реорганизации управления ими. Для системы здравоохранения эта ситуация обладает специфическим содержанием: здесь нельзя «закрыть» тот или иной участок некоммерческой деятельности, нельзя ускорить подготовку специалиста без ущерба ее качества. Следовательно, трансформация управления этой сферой общественного производства предполагает переосмысление смысла и эффективности функционирования каждого компонента как в структурной организации отрасли на уровне ее функционирования в конкретном регионе, так и в территориальной ее организации.

Региональный анализ, насыщая проблему спецификой ее проявления в отдельных территориях, требует ее рассмотрения в контексте наблюдающихся здесь социокультурных процессов. В частности, в республиках Юга России важнейшей тенденцией, определившей вектор социокультурной трансформации, вызванной реформами 90-х годов, выступил процесс политической суверенизации. **Формирование** новых республик, обладавших в предшествующие десятилетия лишь статусом автономных областей (Республика Адыгея, Республика Карачаево-Черкессия или вообще вновь созданная Республика Ингушетия), с особой яркостью высвечивает определяющую роль уровня развития **социокультурных** отношений, свойственного северокавказским этносам и выступающего детерминирующим фактором, который обуславливает характер культуры управления в ~~экономическом и управленческом~~ этой здравоохранения в частности.

Таким образом, проблема обеспечения нормального типа воспроизводства социальных ресурсов, обладающая остротой для современной практики социального управления и организации здравоохранения, требует анализа культурных факторов, влияющих на выбор подходов к ее разрешению. Региональный подход обеспечивает необходимую степень конкретизации анализа.

Степень научной разработанности проблемы. Анализ научных исследований по теме диссертации позволяет сделать вывод, что проблема выявления социокультурных факторов функционирования здравоохранения и их влияния на процесс воспроизводства социальных ресурсов требует комплексного подхода к реализации. Вместе с тем, затрагивая различные направления научных знаний (социологию культуры, социологию управления, этносоциологию и политологию, менеджмент, экономику и организацию здравоохранения), она нуждается в отдельном культурно-социологическом исследовании, поскольку именно в таком аспекте эта проблема ставится впервые.

В наибольшей степени в отечественной научной литературе представлены исследования системы здравоохранения, рассматриваемой в ключе отдельного сегмента социальной сферы. Обширная группа трудов, касающаяся данной тематики, посвящена теоретико-методологическим проблемам культуры управления социальными процессами: определению ее сущности, особенностей и отличительных **признаков**, а также исследованию организационных структур, проблем разработки и внедрения гуманитарных и социальных технологий. К этой группе трудов относятся работы Бестужева-Лады И.В., **Данакина Н.С.**, **Дятченко Л.Я.**, Иванова В. Н., Курбатова В.И., Мостовой **И.В.**, Урсула А.Д. и других.

Культура управления социальной сферой, в том числе и на региональном уровне, рассматривается **Альперовичем В.Д.**, Гонтмахером Е.М., Здравомысловым А.Г., Калашниковым С.О., Осадчей Г.И., **Осиповым Г.В.**, Перовым Г.О., Поповым А.В., Римашевской Н.М., **Самыгиным С.И.** и другими.

Трансформационные процессы системы здравоохранения рассматриваются в современных отечественных исследованиях большей частью в управленческом и социально-экономическом ракурсах, что объясняется сложившимися подходами к рассмотрению социальной сферы как подчиненной по отношению к экономике и управлению. Существующие работы в области культуры управления здравоохранением затрагивают большей частью аспекты создания концепции развития **национальной** системы охраны здоровья населения, формирования стратегии законодательной политики, определения медицинских и медико-экономических стандартов, моделирования и подготовки целевых программ. К этим работам относятся публикации **Акопяна А.С.**, Андреевой О.В., Власова **В.В.**, Вялкова А.И., Герасименко Н.Р., Грушина **В.В.**, Кравченко Н.А., Ковалевского М.А. Лебедева Н.Н., Лисицына Ю.П., Найговзина Н.Б., Полякова И.В., Решетникова **А.В.**, Семенова **В.Ю.**, Стародубова **В.И.**, Тамбовцева В.Л.,

Таранова А.М., Тишука Е.А., Шеймана И.М., Шишкина С.В., Щепина В.О и других.

Проблемы, вызванные реформой здравоохранения и связанные с децентрализацией и регионализацией управления здравоохранением в период рыночных преобразований, а также возрастание юридической и экономической самостоятельности медицинских учреждений различных форм собственности и объективно обусловили повышение интереса к культуре управления здравоохранением на региональном и муниципальном уровне. Особое внимание в работах Алексеева Н.А., Алешина А.А., Батина Н.П., Воронова А.А., Вольковича О.Н., Голухова Г.Н., Гуцаленко Г.В., Закировой С.А., Котовой Г.Н., Лаховой Е.Ф., Макаровой Т.Н., Мишукова В.В., Мурашова В.А., Редькина В.А., Шиленко Ю.В., Якушева А.М. и других уделяется экономико-организационным вопросам создания и внедрения систем управления, использованию современных моделей и методов управления, информационных технологий в совершенствовании медицинской помощи определенным категориям населения, а также анализу весьма противоречивого процесса внедрения маркетинга в здравоохранение.

Этнический и этнополитический аспекты, влияющие на специфику социального управления в республиках Северного Кавказа, исследуются такими учеными, как Авксентьев В.А., Денисова Г.С., Дзудев Х.В., Добаев И.П., Коркмазов А.Ю., Радовель М.Р., Тишков В.А., Хоперская Л.Л., Шадже А.Ю. и другими.

Обозначенный круг исследовательских работ, выступающих опорными для изучения поставленной проблемы, показывает практическое отсутствие попыток осмысления происходящих процессов в медицине в связи с социокультурной динамикой российского общества. Это тем более удивительно, что демократические преобразования в России начинались и продолжаются под лозунгами гуманизации общества. Несовпадение гуманизма как главной декларируемой цели российских реформ конца XX в. и реально происходящего процесса воспроизводства социальных ресурсов по суженному типу требует анализа возникшего разрыва. Он предполагает рассмотрение тех социальных практик, которые не вербализуются субъектами, но ими осмыслены и выступают способами их реальных действий и реального функционирования институтов. Подход к изучению несовпадения формальных институтов и реальных практик только пробивает себе дорогу в отечественной социологии и связан с работой ежегодных международных симпозиумов, проводимых Московской высшей школой социальных и экономических наук под руководством Т.И.Заславской.¹ В нем реализуется стремление объяснить объективность, показывая, как она возникает и формируется из действий, субъективно ориентированных по своей

¹ Куда идет Россия?. Трансформация социальной сферы и социальная политика/Под общ.ред. Т.И. Заславской. М., 1997. Куда идет Россия?. Кризис институциональных систем: век, десятилетие, год/Под общ.ред. Т.И. Заславской. М., 1999. Куда идет Россия?. Формальные институты и реальные практики/Под общ.ред. Т.И. Заславской. М., 2002.

природе. Применение этого подхода, социокультурного в своей основе, к изучению кризисного состояния в медицине, как важнейшей сфере организации воспроизводства социальных ресурсов, и реализовано в данной работе.

Целью исследования выступает анализ влияния социокультурных факторов на эффективность здравоохранения и, следовательно, - на процесс воспроизводства социальных ресурсов в регионе.

Достижение поставленной цели предполагает решение *следующих исследовательских задач*:

- проанализировать медико-демографические аспекты воспроизводства социальных ресурсов в современных российских условиях;
- определить культурную основу кризисного состояния здравоохранения и выявить социальные практики, обусловившие деструктивные процессы в здравоохранении;
- проанализировать социокультурные последствия регионализации управления здравоохранения в контексте проявившихся результатов децентрализации социального управления в целом;
- исследовать партикуляризм как культурный фактор торможения развития здравоохранения;
- рассмотреть культурную предпосылку перехода к интенсивным ресурсосберегающим технологиям в здравоохранении и основные направления их внедрения в настоящих условиях;
- выявить необходимые способы, направленные на преодоление в системе здравоохранения корпоративной закрытости, существование которой влечет нарушение гражданских прав пациентов.

Объект исследования - культура организации здравоохранения и качественные характеристики процесса воспроизводства социальных ресурсов.

Предмет исследования - социокультурные факторы функционирования здравоохранения, рассмотренные на материалах Республики Адыгея.

Теоретико-методологическую основу исследования составляет концепция отечественной социологии культуры, в частности, идеи Л.Ионина, переориентирующего рассмотрение культуры с ее концепта как «пассивного слежка с реальных процессов поведения» на их «активную «форму». Автор руководствовался методологическим принципом Л.Ионина о том, что «индивиды сознательно используют культуру для организации и нормализации собственной деятельности», поэтому адекватный анализ происходящих процессов требует распремечивания культурных смыслов, лежащих в основе тех или иных способов деятельности и взаимодействий людей. При исследовании поднятых проблем автор опирался также на типовые переменные образцов ценностной ориентации, структурирующих социум, которые были предложены классиком современной социологии Т.Парсонсом. В частности, были использованы бинарные оппозиции «аскриптивность–достигаемость» и «партикуляризм - универсализм».

Проблемы культуры руководства в социальных системах «региональное здравоохранение» и «муниципальное здравоохранение» рассматриваются на основе комплексного междисциплинарного подхода с учетом концепции социального, государственного и муниципального **менеджмента**, социальной статистики, этносоциологии, теории информационных технологий управления.

В работе использованы методы прикладных социологических исследований (контент-анализ документов, метод экспертных оценок, анкетный опрос, сбор объективизированных данных, включенное наблюдение, интервью).

Эмпирической базой диссертационного исследования являются:

- законодательные акты и нормативные материалы, регламентирующие деятельность в сфере здравоохранения;
- статистические данные, информационно-аналитические материалы, организационно-распорядительные, финансово-отчетные и иные документы органов управления здравоохранением Республики Адыгея и города Майкопа;
- результаты анкетного опроса постоянных и повторных пациентов скорой медицинской помощи г. Майкопа;
- экономические и другие данные ведомственной отчетности, ведомственные для системы регионального и муниципального здравоохранения показатели, отражающие итоги внедрения новых **организационно-управленческих** форм в работе скорой медицинской помощи города Майкопа.

Научная новизна исследования. Принципиально новым в анализе здравоохранения является применение социокультурного подхода, предполагающего выявление устойчивых смыслов социального функционирования здравоохранения, которые обуславливают его место в иерархии социальных приоритетов.

В содержательном плане научная новизна исследования заключается в следующем:

- выявлены медико-демографические аспекты воспроизводства социальных ресурсов, которые проецируются на снижение их важнейших качественных характеристик;
- вскрыта главная культурная предпосылка неэффективного функционирования здравоохранения в России, в качестве которой выступает неформальное согласие управленческих структур и большинства населения с невысокой значимостью людских ресурсов и низкой ценностью человеческой жизни;
- выделены слабо контролируемые процессы, вызванные системными реформами 90-х годов, которые оказывают деструктивное воздействие на здравоохранение (снижение профессионального потенциала кадров, неформальную коммерциализацию, старение кадров и др.);

- на материалах Адыгеи проанализировано социокультурное последствие регионализации здравоохранения для северокавказских республик, которое проявилось в легализации и закреплении партикуляризма как принципа социальных взаимодействий, что резко снизило в здравоохранении значимость профессионализма и качества образования кадров;
- раскрыто содержание принципа партикуляризма как культурного фактора торможения развития здравоохранения, которое проявляется в размывании профессиональной специфики его различных подструктур, в закреплении затратного механизма функционирования и в снижении профессиональной подготовки кадрового состава;
- аргументирована обусловленность перехода к интенсивным ресурсосберегающим технологиям в здравоохранении культивированием рационализма как основного мотива социальных взаимодействий;
- выделены основные направления использования ресурсосберегающих интенсивных технологий; к числу этих направлений относятся реорганизация структуры руководства отраслью, сокращение промежуточных звеньев связи пациента и учреждения здравоохранения, изменение принципа финансирования и др.;
- обоснована актуальность для гражданского сообщества создания организаций гражданских инициатив для активного участия в здравоохранении и защиты прав пациентов.

На защиту выносятся следующие основные положения:

1. Процесс воспроизводства социальных ресурсов включает комплекс показателей, характеризующих качество жизни и уровень социальной защищенности (социальную активность населения, доверие социальным институтам, жизненный тонус людей, их социальные ценности и **устремления**, лояльность к проводимым в стране преобразованиям). Специфика медико-демографических аспектов этого процесса в России проявляется в стремительном распространении социальных болезней (туберкулез, гепатит, алкоголизм, наркомания, ВИЧ) в молодежной среде, в затяжном психоэмоциональном и социальном стрессе, вызывающем рост депрессий и реактивных психозов, поразивших основное большинство населения страны, и в углублении неравенства социально-демографических групп в сфере медицинского обслуживания.

2. Состояние здравоохранения, непосредственно влияющего на суженное воспроизводство социальных ресурсов, обусловлено культурными характеристиками самого общества, проявляющимися в расточительном отношении к людским ресурсам со стороны управленческих структур, и **интериоризацией** этой позиции основным большинством населения. Данное единение даже в пассивной форме позволяет закрепить этот смысл в управленческих и организационных практиках, порождающих слабо **контролируемые** процессы, влекущие деструктивные явления в здравоохранении:

- децентрализацию (резкую регионализацию) управления здравоохранением;
- стихийно складывающуюся коммерциализацию **медобслуживания** при бедности и **малообеспеченности** большинства населения;
- преобладание **экстенсивных** технологий в медицинской отрасли, что обусловлено старением основного кадрового персонала, сохранением старой системы и объемов финансирования **здравоохранения**;
- неудовлетворительную подготовку управленческих кадров для здравоохранения.

3. Децентрализацию управления системы здравоохранения в национальных регионах России следует рассматривать в контексте суверенизации республик как субъектов РФ, которая, в частности, в северокавказском субрегионе вызвала этнизацию властных органов. Доминирующая роль **этнополитических** элит в республиках проявила принцип партикуляризма как неформальную культурную норму, которая лежит в основе социальных практик обществ, сохранивших элементы традиционной организации социальных отношений. Повсеместно в республиках партикуляризм проявляется в предпочтении предписанных (**аскриптивных**) статусных характеристик личности в противовес **универсалистско-достижительным**, которые лежат в основе современного общества. Во всех сферах социального функционирования эта практика реализуется в тенденции монополизации представителями титульных этносов статусно-престижных должностей в системе общественного производства (в число которых попадает определенный сегмент вакансий системы здравоохранения) и в реорганизации каналов достижительной мобильности (образования, профессии, карьеры) на аскриптивных принципах. Все это резко снижает значимость уровня профессионализма и образования в сфере общественного производства.

4. В сфере организации здравоохранения доминирование принципа партикуляризма выступает культурным фактором, воспроизводящим экстенсивный тип функционирования. Он выражен: а) в слабой профессиональной дифференциации различных служб, что на практике приводит к подмене и дублированию их функций и проявляется в затратном механизме их финансирования в условиях дефицита ресурсов; б) в дисбалансе подготовки профессиональных кадров медиков, сориентированной не на расчет количества необходимых специалистов, а на подготовку значительного числа выпускников по конъюнктурно-рыночным специальностям, независимо от качества наличной инфраструктуры профессионального медицинского образования.

5. Переход к интенсивным технологиям в здравоохранении связан с культивированием рационализма как основного мотива социальных действий и предполагает осознание обществом ценности человеческой жизни и изменившихся условий социального функционирования (последнее особенно актуально для суверенных республик Северного Кавказа). Речь идет об осознании экономической неспособности обеспечения затратного механизма функционирования производственной и социальной сфер, а также о низком качестве профес-

сиональных ресурсов в важнейших отраслях общественного производства, требующих подготовки к интеллектуально-сложным видам труда, к числу которых относится современная медицина. Только при этом условии произойдет подвижка в сторону использования ресурсосберегающих технологий в здравоохранении, которая в настоящее время возможна по следующим направлениям:

- реорганизация сложившейся системы двухуровневого руководства данной отраслью (республиканского; подобная система руководства не является необходимой при малых масштабах республики, и затрудняет качественное медицинское обслуживание населения излишними бюрократическими звеньями;
- изменение принципов взаимодействия трех отраслей медицинского обслуживания (поликлиник, стационаров и скорой медицинской помощи) на основе четкой дифференциации их функций, перераспределения между ними объема финансирования, с акцентом на повышение материального стимулирования первичного звена медицинского обслуживания;
- укрупнение стационаров республиканского уровня и реформатирование их инфраструктуры за счет сокращения отдаленных стационаров, не способных обеспечить профильное лечение пациентов.

6. Резкое снижение качественных характеристик воспроизводства социальных ресурсов и неэффективность сложившегося механизма здравоохранения требуют со стороны гражданского общества формирования механизма контроля за функционированием системы здравоохранения. Проявление активной позиции населения по отношению к здравоохранению требуется в двух направлениях: в участии в механизме софинансирования здравоохранения с опорой на юридические формы наличного расчета пациентов за оказанные медицинские услуги и в создании гражданских ассоциаций по защите прав населения на медицинскую помощь. Цель деятельности этих организаций - создание прозрачных и равных, основанных на взаимопомощи, отношений между медицинскими работниками и пациентами.

Практическая значимость работы определяется потребностью осмысления социокультурных факторов, определяющих функционирование здравоохранения в условиях децентрализации социального управления и перехода общества к рыночным принципам.

Социальное значение работы состоит в том, что проделанный анализ дает теоретическую концепцию для разработки комплекса мер, направленных на корректирование реформы здравоохранения, осуществляемой в настоящее время без учета культурной специфики социальной среды.

Положения и выводы диссертационного исследования могут быть использованы органами управления здравоохранения для оптимизации его территориальной и внутриотраслевой структуры, а также представителями средств

массовой информации для адекватного анализа культурных факторов кризиса здравоохранения.

Наряду с этим материалы **диссертации** могут быть использованы в преподавании социологии культуры, демографии и спецкурсов по управлению системой здравоохранения, а также при организации социологических исследований.

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались на научно-теоретических конференциях регионального и университетского уровня и опубликованы в научных работах общим объемом в 5,7 п.л. Основные практические положения диссертации были апробированы автором при организации работы Управления здравоохранения Администрации г.Майкопа Республики Адыгея в период с 1999 по 2001 гг.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав (включающих 5 параграфов, 31 статистическую таблицу), заключения, списка литературы и приложения. Объем диссертации - 162 **машинописные** страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность избранной темы, производится анализ источников и оценивается степень научной разработанности темы, кратко излагаются теоретические положения и обосновываются практические предложения, которые выносятся на защиту, формулируются цель и задачи исследования. В этой же части работы раскрываются научная новизна и практическая значимость исследования, **его** теоретико-методологические основы, описаны эмпирическая база и ход апробации.

В Первой главе «Здравоохранение как важнейшая сфера воспроизводства социальных ресурсов» проанализированы общие для Российской Федерации медико-демографические аспекты воспроизводства социальных ресурсов **в условиях** нынешней **транзиции**, а также общие для функционирования здравоохранения страны экономико-организационные условия, обусловившие деструкцию культуры управления им.

В первом параграфе «Медико-демографические аспекты воспроизводства социальных ресурсов в современных российских условиях» на основе анализа понятий: «воспроизводство», «социальное воспроизводство» дается авторская характеристика понятия «социальные ресурсы» и процесса «воспроизводства социальных ресурсов». По мнению автора, помимо традиционных демографических характеристик, «социальные ресурсы» включают в себя и такие показатели социальной активности населения, как доверие социальным институтам различных групп этого населения, стабильность его национального состава, его образовательный, интеллектуальный и профессиональный потенциал, состояние и эффективность систем образования, здравоохранения и социальной защиты в регионе, уровень безработицы и тенденции на рынке труда, т.е. весь комплекс существующих элементов социальной культуры и отношений между ни-

ми.

Автор подчеркивает, что процесс эффективного и стабильного воспроизводства социальных ресурсов на уровне страны, региона и муниципального образования в современном развитом обществе подлежит планомерному и программному управлению с широким внедрением социальных технологий (комплексом методов и процедур, направленных на реализацию некоторой программы). Диссертант соглашается с определением социального управления как процесса воздействия на коллективы людей, а в более широком контексте - как сферы деятельности людей, отвечающей за воздействие на всю совокупность общественных систем и на все сообщество, за соответствующие сферы общественной жизни: социально-политическую, экономическую, производственную, финансовую, духовную, социально-бытовую и т.д. При анализе проблемы воспроизводства социальных ресурсов отмечается, что уровень социально-экономического развития макро- или **мезосоциума** и, соответственно, типа социального воспроизводства в нем, напрямую зависит от эффективности осуществляемого там социального управления, а также от специфики и тенденций, доминирующих в данном конкретном процессе воздействия на коллективы людей. Далее автор констатирует, что в пореформенные девяностые годы в «российском социальном управлении» (и в такой его важной составляющей, как региональная политика) доминировала **прорыночная** стихийность.

Рассматривая проявления стихийности в процессах социального управления 90-х годов, диссертант именно ею объясняет неэффективность этого управления, что наиболее заметно в практическом отказе от учета проблем конкретных социальных групп и общностей и, конечно же, от проблем отдельного человека на всех управленческих уровнях. Традиционно, по-советски, в расчет органами власти и управления принимались только соответствующие макро-экономические показатели, что, по сути, противоречило демократическим устремлениям и лозунгам, провозглашенным на старте реформ и поддержанным широкими слоями населения. Автор особо отмечает, что уже после первых нескольких лет реформ наметилась тенденция к суженному типу социального воспроизводства в целом в России и в большинстве составляющих ее регионов, о чем красноречиво свидетельствуют медико-демографические **показатели**, широко приводимые им в первом параграфе.

В первом параграфе сделан вывод о том, что социальные ресурсы характеризуют возможности развития общества, влияют на позитивность и содержание социальных изменений. Проводимое в диссертации исследование социальных ресурсов российского общества и проблем их воспроизводства показывает, что можно было бы избежать или, по крайней мере, предупредить социальные риски, которые генерировались структурными дисбалансами в экономике и социальной сфере, и, как следствие, обусловили суженное воспроизводство социальных ресурсов. **Важнейшим** уроком является признание недостаточности внешнего кредитования или регулятивной роли рынка, приведших, к примеру, к катастрофическому состоянию такую важнейшую сферу воспроизводства со-

циальных ресурсов, как здравоохранение. Все это стало следствием глобальных просчетов в управленческих действиях на разных уровнях государственной власти и свидетельствует о крайне низкой культуре управления социальными процессами в стране и регионах и о том, что в условиях перехода к рыночной экономике многие важнейшие сферы жизнедеятельности социума и социально-территориальных общностей были преступно отданы рыночной стихийности.

Автор утверждает, что социальные ресурсы «программируют» направленность социальных изменений, а в стихийности же нынешних российских изменений они, по сути, растрачиваются на адаптивные процессы, уравнивающие или поддерживающие **гомеостатические** функции. В свою очередь, стихийная адаптация, затрата социальных ресурсов для «защищенности» оставляет незавершенными социальные изменения. А, как следствие, неэффективность, к примеру, такой социально-значимой подсистемы, как здравоохранение отражает подлинное состояние уровня и качества жизни населения.

По мнению автора, анализируя процесс воспроизводства социальных ресурсов, следует опираться не только на статистически фиксируемые демографические данные, но и на целый ряд косвенных показателей, обуславливающих мнения, настроения, жизненный тонус людей, их социальные ценности и устремления, лояльность к проводимым в стране преобразованиям. Среди таких данных должны быть и конкретные эмпирические материалы о параметрах здоровья социальных групп и социально-территориальных общностей, а также разностороннее рассмотрение вопросов о состоянии здравоохранения и о культуре управления им.

Во втором параграфе «Деструкция культуры здравоохранения: экономико-организационные условия» выделяются факторы, определяющие состояние и динамику здоровья: качество среды обитания, санитарно-гигиенические условия труда и быта, качество продуктов питания, психоэмоциональная среда, **генетика**, биология человека, уровень развития системы здравоохранения, систем социальной защиты и социального обеспечения. Уровень развития этих институциональных систем, несомненно, определяется, прежде всего, эффективностью управления ими и ролью ряда социокультурных факторов в этом процессе. Конечно же, коренные изменения, произошедшие в общественно-политической жизни, переход экономики на рыночные рельсы не могли не затронуть такую важнейшую для жизни общества и воспроизводства социальных ресурсов сферу, как здравоохранение. Определяющее влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения особенно отчетливо проявились в девяностые годы и уже в самом начале двадцать первого века, что **показано** в предыдущем параграфе. Для начального периода реформ, как показано в работе, были характерны экономическая депрессия, падение жизненного уровня большей части населения, социально-политические проблемы, усиление миграционных процессов, рост преступности, резкая смена привычных жизненных ориентиров, психологическая неуверенность в завтрашнем дне, явив-

шиеся источником небывалых стрессовых напряжений. Все перечисленные явления и процессы сопровождались серьезными медико-демографическими проблемами. Картину дополняет разочарованность большинства населения в реформах, неверие в будущее, апатия и равнодушие. Автор делает вывод о том, что в России в большинстве ее регионов прочно сложился процесс суженного воспроизводства социальных ресурсов.

Рассматривая проблемы управления здравоохранением, автор отмечает, что пока большинство законов, актов Министерства здравоохранения РФ и ФФОМС (Федерального Фонда обязательного медицинского страхования), описывая систему взаимоотношений между участниками здравоохранения - их структуру, функции, обязанности и ответственность - не «видят» **пациента**, не дают ему контролирующих прав и реальных механизмов влияния на систему. А ведь пациент - первичный элемент, вокруг которого должна выстроиться система здравоохранения, для **него** она создана: для него учится и работает медицинский персонал, для него строятся ЛПУ и производятся лекарства. Качественное обслуживание пациентов в учреждениях здравоохранения и есть важнейшая составляющая процесса воспроизводства социальных ресурсов всего социума или социально-территориальной общности. Автор отмечает, что профилактические меры, к которым относится и физическая культура, и спорт, и образование, и систематические обследования, и выполнение санитарно-эпидемиологических норм, и медицинская наука - все это (а не только лишь лечение больных граждан) в совокупности и есть тот комплекс мероприятий, который охраняет здоровье граждан и обеспечивает воспроизводство социальных ресурсов.

В диссертации показывается, что на протяжении десятилетий структура центральных органов государственного управления здравоохранением в целом была ориентирована на те целевые установки, которые определялись для них органами власти. Распад СССР внес в эти процессы ощутимые изменения. В связи с ликвидацией Минздрава СССР, структура Минздрава РСФСР претерпела значительные изменения. Иным стал и порядок ее утверждения: если раньше соответствующими постановлениями одновременно утверждались и Положение о Минздраве, и его **структура**, то в 90-е годы Положение стало утверждаться Постановлением Правительства, а структура - приказом Минздрава. В результате систематически возникало несоответствие структуры, функций и задач Минздрава, поскольку иногда структура утверждалась раньше, чем определялись Положением ее цели, задачи и функции.

Кроме того, в диссертации утверждается, что серьезное значение для понимания «внутренней» оценки уровня управляемости имеет возникновение в системе здравоохранения негосударственных лечебных организаций, формально выведенных (в области оперативного и финансового управления) за сферу компетенции государственных органов управления здравоохранением. Не менее важную роль сыграло и возникновение параллельных источников финансирования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения - Фондов обязательного медицинского страхования. При этом технология и ор-

ганизация деятельности **самой** отрасли **принципиально** не изменились: выполнение общественных функций системой здравоохранения по-прежнему требует согласованных действий со стороны различных организаций, государственные и муниципальные организации по-прежнему получают финансовые ресурсы преимущественно «со стороны» (т.е. не от потребителей их услуг, а из бюджетов различных уровней и ФОМС) и т.п.

Автор особо отмечает, что успешность функционирования всей системы в условиях ощутимого снижения уровня бюджетного финансирования еще более, чем раньше, зависит от уровня **скоординированности** действий отдельных ее элементов, начиная от органов управления и кончая действиями отдельного работника лечебного учреждения, поскольку ошибки и просчеты каждого из них становится все менее возможным компенсировать за счет резервов, объем которых существенно снизился.

Обобщая различные точки зрения на реформу в управлении российским здравоохранением, автор отмечает, что проблемы взаимодействия Минздрава РФ с органами управления здравоохранением субъектов РФ обусловлены разрывом вертикали управления здравоохранением и частичным дублированием функций управленческими органами разных уровней, нерациональным использованием имеющихся средств, политической **конъюнктурностью** в действиях муниципальных властей при реструктуризации ЛПУ, жесткой привязкой финансирования к конкретным населенным пунктам, отсутствием четких финансовых гарантий законам и подзаконным актам, принимаемым в субъекте РФ.

Затем в данном параграфе отмечается, что, несмотря на широкое распространение в системе здравоохранения элементов коммерциализации, она все еще состоит из некоммерческих организаций, введение в ней «полноценных» рыночных отношений не представляется ни возможным, ни целесообразным. Речь, как считает автор, может и должна идти о механизмах обеспечения координации, имеющих договорной характер, в которых заключаемые договора не сводятся к контрактам на куплю-продажу медицинских услуг между пациентом и врачом. Стихийность распространения в здравоохранении рыночных отношений однозначно консервирует суженное воспроизводство социальных ресурсов.

Что же касается эффективного функционирования фонда финансирования целевых программ, то для этого необходимо:

- **пересмотреть** трактовку программ, начать рассматривать их не как документы, в одностороннем порядке определяющие действия исполнителей, а как исполняющиеся многосторонние контракты между равноправными заинтересованными участниками;
- выделять средства для фонда в федеральном бюджете отдельной строкой;
- использовать эти средства для **софинансирования** (в гибкой пропорции) тех мероприятий в регионах, которые отвечают целям программы и одновременно нужны региону.

А такие, широко обсуждаемые учеными и практиками меры, как право согласования назначений в регионах, тренинг региональных руководителей, создание подразделения стратегического планирования и координации, создание фонда федеральных программ, пересмотр концепции программ увеличат переговорную силу Минздрава РФ. Это должно позитивно сказаться на его возможности повысить управляемость системы здравоохранения без попыток **возврата** к административным методам управления.

Далее, обобщая различные точки зрения, имеющиеся в научной литературе, автор приходит к выводу, что необходимо введение единых стандартов (единой методики) государственного финансирования медицинской организации. Следует перейти к отношениям государственного заказа, передаваемого в виде бюджетных средств и страховых взносов в единый центр - Минздрав РФ. Такая схема должна быть перенесена на уровень региональных управлений здравоохранением. Также для эффективного управления современным здравоохранением необходимы специально подготовленные кадры, а в ЛПУ следует разделить должности менеджера и главного врача. Кроме того, необходимо пересмотреть принципы системы финансирования здравоохранения таким образом, чтобы стационары получали деньги не напрямую от государства и его органов, а от **амбулаторно-поликлинических** учреждений в виде заказов на то или иное обследование и т.д.

Подводя итоги по второму параграфу и по первой главе диссертации, в целом, автор выявляет комплекс социокультурных факторов организационного характера, определяющие, по его мнению, деструктивные явления в культуре управления здравоохранением и в значительной мере обуславливающие негативные тенденции в воспроизводстве социальных ресурсов. К таким факторам, по итогам исследования, следует отнести:

- непродуманную и программно не обеспеченную децентрализацию управления здравоохранением с весьма негативными для регионов последствиями;
- стихийно складывающуюся коммерциализацию медицинского обслуживания при бедности и **малообеспеченности** большинства населения;
- унаследованные от советского здравоохранения экстенсивные методы развития отрасли при остающемся низком качестве обслуживания (наличие очередей в ЛПУ - при том, что Россия занимает второе место в мире по количеству врачей на душу населения - признак плохой организации технологического процесса диагностики и лечения, а не повод для взимания денег за обслуживание граждан вне очереди), также примером экстенсивности служат факты распыления кадров и средств;
- недостаточная по ряду параметров подготовка управленческих кадров для здравоохранения.

В выводах по первой главе особо отмечается, что данные факторы в разных регионах страны могут проявляться и проявляются по-разному (в том числе при влиянии специфического этнополитического фона). Общий же вывод по

первой главе состоит в том, что деструкция культуры здравоохранения в нынешней пореформенной России определяется несоответствием и даже противоречием между новыми организационными формами **медобслуживания** (разновидность для слоев населения, платность и т.д.) и ухудшившимся материальным и правовым положением значительной части населения. А данную **деструктивность** усугубляют неизживаемое со времен советского здравоохранения стремление формироваться, фиксироваться и отчитываться по ставшим иррациональными экстенсивным параметрам. Реальная, повсеместно зримая социальная цена демократически направленных политических изменений состоит в сужении процесса воспроизводства социальных ресурсов, ответственность за которое несут субъекты этих «демократических» реформ: политические элиты в центре и в регионах.

Во второй главе «Социокультурные факторы воспроизводства социальных ресурсов региона в условиях суверенизации (на примере Республики Адыгея)» подробно рассмотрено, как выявленные в первой главе экономико-организационные условия, приведшие к деструкции культуры российского здравоохранения, проявляются в системе здравоохранением конкретного субъекта Федерации.

В первом параграфе *«Социальное воспроизводство в Республике Адыгея: медико-демографические параметры»* отмечается, что современная демографическая ситуация в Республике Адыгея сложилась под влиянием прошлой динамики ее развития в прошлом и условиями усложнившейся социально-экономической обстановки последних пореформенных лет. Признаки снижения рождаемости появились в Адыгее в конце 60-х годов, когда суммарный коэффициент рождаемости упал ниже уровня необходимого для обеспечения нормального замещения поколений, т.е. простого социального воспроизводства. После этого рождаемость стабилизировалась и держалась примерно на одном уровне до середины 80-х годов. Затем, во второй половине 80-х годов, последовал всплеск рождаемости (его «пиковая отметка» приходится на 1986 год, что наблюдалось по многим регионам Советского **Союза**, когда население поверило в успех провозглашенной М.Горбачевым перестройки и вполне оптимистично смотрело в будущее, заводя второго либо третьего ребенка в семье). С начала 90-х годов начался возврат к прежним тенденциям, и этот демографический процесс в Адыгее также в целом **отражал** ситуацию во всей России. А уже с 1992 г. родившихся в Республике Адыгея регистрируется меньше, чем умерших и естественная убыль населения является определяющим фактором ее развития.

Анализируя и оценивая многочисленные статистические данные, в параграфе уверенно констатируется, что демографическая ситуация, сложившаяся в Республике Адыгея к началу 2000 года, как и во всей России, оценивается как критическая. В Республике Адыгея с 1992 года показатели смертности превышают показатели рождаемости, естественный прирост характеризуется отрицательной динамикой, то есть имеет место естественная убыль населения или абсолютное сокращение его численности (**депопуляционный процесс**). Также

сделан вывод, что в демографической ситуации Республики Адыгея не только отсутствует «состояние **гомеостаза**», но и по прогнозам весьма проблемно простое воспроизводство населения.

Далее сравниваются показатели уровня **экономического** развития, численности населения и демографического воспроизводства по республикам Северного Кавказа и отмечается, что Адыгея в наименьшей степени из всех республик потеряла население за счет выезда и при этом обладала наилучшими экономическими показателями как на стартовый для реформ 1989 год, так и на 1997 г. Эти преимущества Республики Адыгея, которые в начале **реформ**, несомненно, давало ей определенную «фору», в последующее десятилетие, которое прошло под знаком суверенизации власти (90-е годы), не были эффективно использованы новыми властными структурами для воспроизводства социальных ресурсов. При этом **специально** подчеркивается, что в отстаивании суверенизации Адыгеи политическая элита республики в лице Президента **А. Джаримова** настаивала на этом шаге именно потому, что он должен был обеспечить улучшение качества жизни населения. **Нереализованность** данной цели, по мнению автора, непосредственно объясняется профессионально-управленческой слабостью новой политической элиты, получившей искомую полноту власти.

Рассмотрев демографические показатели, отражающие динамику воспроизводства социальных ресурсов в Республике Адыгея, и получив достаточно пессимистическую картину данного процесса, автор обращается к некоторым, весьма показательным медицинским данным по заболеваемости и о качестве медицинского обслуживания населения.

Приведенные в первом параграфе второй главы данные по заболеваемости населения, о качестве медицинского обслуживания и об уровне его организации свидетельствуют о недостаточной управленческой и профессиональной компетенции новых региональных политических сил, наделенных властными полномочиями. Как полагает диссертант, в республике вырисовывается очень сложная социально-политическая ситуация, при которой населению приходится расплачиваться за суверенизацию, за некоторую экономическую и политическую самостоятельность ухудшившимся и малоэффективным медицинским обслуживанием (практически **нереформируемым**) и, как следствие, высокой заболеваемостью по некоторым видам болезней (в том числе туберкулезу, имеющему социальный фон), растущей смертностью. Получается, что низкая культура управления социальной сферой и, прежде всего, здравоохранением, которую демонстрируют новые властные силы, деятельность которых обусловлена **партикулярностью**, крайне негативно влияет на воспроизводство социальных ресурсов республики и не только ведет к разочарованию широких слоев населения в проводимых и в стране, и в республике масштабных преобразованиях, но и делает весьма проблемным даже само воспроизводство автохтонного этноса **адыгов**. Культура управления здравоохранением, как представляется автору, является очень четким индикатором (или своего рода лакмусовой бумажкой), **вы-**

свечивающим подлинную социальную цену политических изменений, связанных с быстрой суверенизацией и разворачивающейся на политической арене республики борьбой кланов и группировок, окрашенной сугубо коммерческими, примитивно прагматичными и сиюминутными интересами и целями.

Завершая анализ динамики состояния социальных ресурсов в Адыгее, в данном параграфе делаются следующие выводы:

- механизм централизованного государственного управления в России, рассчитанный на монополизированную государственную экономику и жестко вертикальную структуру власти, с приходом новых политических сил по существу был парализован. Управленческая неподготовленность пришедших к власти новых сил и, прежде всего, в регионах и национально-государственных образованиях, их неумение сконцентрировать всю совокупность имеющихся возможностей на решении основных проблем, постоянное отставание принимаемых решений от происходящих событий - далеко не полный перечень изъянов в управленческих действиях. В сложившейся ситуации неоправданно замедленными были темпы возникновения новых форм социальной организации, что способствовало нарастанию неуправляемости экономических и социальных процессов;
- образование региональных и национально-государственных центров власти впервые за всю историю России поменяло и роль власти общегосударственной. С одной стороны, экономический кризис, с другой - потеря управляемости из центра процессами социального развития породили и питают центробежные тенденции. Но ведь и региональные власти зачастую не имели достаточного опыта самостоятельного функционирования, умения самостоятельно решать все свои проблемы. Это привело к переоценке реальных возможностей для проведения курса на региональную самостоятельность;
- низкая профессиональная и управленческая культура пришедших в результате суверенизации к власти новых политических сил (в том числе и к управлению здравоохранением) обуславливает неэффективность республиканского здравоохранения, по сути, его **нереформируемость**, его развитие по изжившим себя советским стандартам экстенсивного характера, что незамедлительно сказалось в высокой смертности, резко ухудшившейся демографической ситуации, в росте ряда заболеваний (туберкулезом). Таким образом, социальная цена изменений в политической и экономической сферах, вызванных процессами суверенизации, оказалась негативно ощутимой широкими слоями населения и по большому счету обусловила не только суженное социальное воспроизводство в Адыгее, но и сделала проблемным простое воспроизводство этноса адыгов.

Во втором параграфе *«Партикуляризм как культурный фактор торможения организации функционирования здравоохранения»* отмечается, что в

структурной организации системы здравоохранения Республики Адыгея доминирующее положение занимают три отрасли: система амбулаторного обслуживания населения, служба скорой медицинской помощи и стационарное медицинское обслуживание в больницах. Все эти три подразделения выполняют различные функции и взаимно дополняют друг друга, обеспечивая в совокупности поддержание здоровья населения.

Степень специализации этих трех служб, синхронность их взаимодействий свидетельствуют об уровне культуры управления системой здравоохранения. Специализация проявляется в том, что каждая из этих служб выполняет свой набор функций: амбулаторное обслуживание населения - профилактику и лечение заболеваний, не требующих госпитализации, диагностику заболеваний; профильные стационарные больницы - лечение заболеваний, течение которых требует постоянного и специализированного медицинского контроля, использования различного медицинского оборудования и профильного ухода; служба скорой медицинской помощи обеспечивает высокопрофессиональную медицинскую помощь в экстренных случаях, сопряженную с точной диагностикой, стабилизацией состояния больного и транспортировки его к месту проведения необходимых медицинских мероприятий. Сообразно этим функциям предъявляются требования к количественному балансу кадров в этих подразделениях, их укомплектованности профессиональными кадрами и оборудованием. Синхронность взаимодействия обеспечивает взаимодополняемость и слаженность функционирования этих трех служб.

Автору представляется, что источники дисфункции системы здравоохранения заложены в низком уровне квалификации организации управленческой деятельности в системе здравоохранения. Рассмотренные в данном параграфе эмпирические материалы позволяют сделать вывод о том, что в реальной действительности функции основных служб системы здравоохранения не являются строго дифференцированными по профессиональным и квалификационным характеристикам. Это приводит к систематической подмене одной службы другой. Так, в диссертации подчеркивается, что служба скорой медицинской помощи подменяет работу участковой терапевтической службы, а терапевты в амбулаториях - медицинское обслуживание стационарного уровня в ситуации, когда значительная часть населения не может позволить по материальным условиям использовать условия стационара.

Автор особо отмечает, что кадровая проблема проявляется не столько в дефиците кадров, сколько в их нерациональном использовании (расстановке, загруженности, обеспечении роста квалификации). Трудности, возникшие в этом отношении, являются порождением реформ 90-х годов, обнаживших специфику их культурных предпосылок.

В параграфе особо подчеркнуто, что проблема управленцев в сфере здравоохранения выступает зеркальным отражением ситуации в сфере республиканского управления в целом. Так, передача из центра на места вопросов формирования кадров государственного управления в республиках, и в Адыгее в

том числе, привела к расстановке на престижных (по **кратической** и экономической шкале оценок) местах людей близких по неформальным позициям (родственным, земляческим, поселенческим). Автор приходит к выводу: универалистский принцип оценки деятельности любого человека (оценка по профессиональным, образовательным параметрам, позитивному опыту работы) фактически оказывается подмененным партикулярной оценкой.

Далее, в параграфе отмечено, что с теневой коммерциализацией сферы медицинского обслуживания связана и другая проблема кадров в здравоохранении - подготовка специалистов. Автор утверждает, что готовить кадры медиков на уровне высшей профессиональной подготовки (вуза) сегодня является выгодным с коммерческой точки зрения. Поэтому в настоящее время большинство республик региона (за исключением Ингушетии, Карачаево-Черкесии и Чечни) открыли свои медицинские вузы или факультеты. Открылся такой факультет и в Адыгейском университете. И хотя в качестве ведущих преподавателей здесь работают преподаватели из соседнего Краснодарского мединститута, отсутствие необходимой инфраструктуры медицинского вуза (лабораторий, анатомичек, оборудования) и негативные местные традиции образования в сфере медицины обуславливают низкое качество подготовки специалистов.

Изучив опыт работы этих учебных заведений, автор пришел к выводу, что изначальная установка на прибыльность этой сферы образовательной деятельности определила и выбор медицинских специальностей на факультете. Так, здесь не готовят терапевтов, педиатров, поскольку эти профессии, а следовательно и вузовская подготовка к ним, не пользуются коммерческим спросом. Выпускники видят себя либо врачами в специализированных стационарах, расположенных в Майкопе, либо чиновниками в структуре управления медициной. Поэтому подготовка медиков Майкопским университетом не решит проблемы кадрового дефицита терапевтов, педиатров, кардиологов, рентгенологов, психиатров, поскольку это - либо некоммерческие медицинские специальности, либо те, которые требуют подготовки иного качества.

Поэтому, утверждает автор, в силу обозначенной причины уже сегодня намечается отраслевая и возрастная диспропорция в кадровом составе. Пока сохраняются кадры пенсионеров-терапевтов, врачей пенсионного возраста, работающих в непрестижных сферах медицины - инфекционных отделениях, психиатрическом диспансере, туберкулезном диспансере. Но уже сегодня видно, что молодежь после медицинского факультета АГУ не заменит здесь пенсионеров.

Таким образом, автор отмечает, что вследствие суверенизации и прихода к власти новых политических сил в управлении социально-экономическими процессами в Республике Адыгея определяющими факторами стали **клановость** и националистический протекционизм. Национально-политическая **конъюнктура**, проецируясь на сферу экономических решений, идет в ущерб развитию социальной сферы и воспроизводству социальных ресурсов.

В параграфе особо отмечено, что новая управленческая элита до **недавне-**

го времени не являлась носителем рационального долгосрочного экономического сознания. Смыслы ее деятельности определяются конъюнктурными интересами сегодняшнего дня, в круг которых входит удержание достигнутых в советский период рубежей. Новая управленческая элита, даже иницилируя какие-либо медицинские проекты (например, Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью в Республике Адыгея) действует посредством старых советских принципов.

В третьем параграфе «Интенсивность - переход к новым культурным смыслам функционирования здравоохранения» рассматривается качество медицинского обслуживания в Республике Адыгея. Особо отмечается затратность его механизма, коренящаяся в воспроизводстве экстенсивного типа функционирования медицины. Он проявляется в стремлении увеличить число медицинских кадров, лечебных учреждений в различных населенных пунктах, соответственно, управленческих кадров, при соответствующем увеличении инфраструктуры - помещений, койко-мест, транспортного парка, оборудования и пр. Этот подход, отмечается в параграфе, сталкивается с дефицитом ресурсов - финансовых и кадровых. Прорыв этого круга проблем, по мнению диссертанта, связан с переходом к интенсивным технологиям деятельности как в управлении, так и в медицинском обслуживании. Этот переход должен, по мнению автора, осуществляться как выработка новой культуры профессиональной деятельности. Его реализация сопряжена в первую очередь с осознанием новых смыслов деятельности здравоохранения в условиях дефицитности ресурсов.

Далее в параграфе отмечается, что качественное **медобслуживание** предполагает концентрацию средств на перспективных направлениях. Так, для формирования современной эффективной модели управления здравоохранением следует изменить **его**, пока нерациональную и высокзатратную (т.е. экстенсивную) территориальную и кадровую организацию. Эти две позиции - территориальная организация здравоохранения и его кадровое обеспечение, как утверждается в диссертации, тесно связаны друг с другом. А до недавнего времени господствовала установка на создание амбулаторий и даже стационаров в максимальном количестве населенных пунктов. Этот подход требовал, соответственно, крупных вложений не только в создание инфраструктуры, но и в наполнение лечебных учреждений кадровым персоналом.

Опираясь на статистические данные и данные отчетности ЛПУ Республики Адыгея, автор отмечает, что при реализации отмеченной установки обнаружилось следующее: в настоящее время в судьбе пациента, который по показаниям должен быть госпитализирован, задействованы 7 специалистов, и даже это не гарантирует ему получение достойной помощи. Автор констатирует, что на сегодня поликлиническое звено не выполняет установленного среднего по России объема работы, а поэтому к двум этапам в поликлинике дополняются в **плановом** порядке еще пять этапов при госпитализации. Для стандартной ситуации в здравоохранении Адыгеи в настоящее время характерна следующая

«цепочка»: больной в сельском населенном пункте попадает на прием сначала к фельдшеру, затем → участковая больница → центральная райбольница (поликлиника и стационар) → республиканская поликлиника → республиканская больница.

Проанализировав работу амбулаторий (особенно в сельских районах), которая зафиксирована в многочисленных ведомственных документах, автор приходит к выводу, что в поликлиниках идет в значительной степени имитация деятельности, фиксируемая в карточках, по прежнему торжествует практика приписок, известная еще из опыта работы советской системы. Автор утверждает, что сохранение поликлинических карточек, которые одновременно и затрудняют работу медперсоналу, и сохраняют возможность практики приписок, является показателем крайне низкой культуры управления. Эта проблема должна быть преодолена внедрением информационных технологий, формированием компьютерной коммуникации, связывающей лечебные учреждения в единую компьютерную сеть (автор имеет опыт организации такой работы в службе скорой помощи г. Майкопа).

Тем не **менее**, утверждается в третьем параграфе, что даже настоящий уровень развития транспортных и **информационных** коммуникаций в Адыгее позволяет рассматривать вопрос о переориентации инвестиций. В первую очередь это касается изменения территориальной организации системы здравоохранения. Так, при внедрении информационных технологий в здравоохранение нет необходимости содержать в каждом районе стационар, **не** говоря уже об амбулаториях в каждом населенном пункте. Однако сокращение этих звеньев лечебных учреждений, вместе с кадрами пенсионного возраста, должно сопровождаться появлением в населенных пунктах квалифицированных терапевтов-диагностов и обеспечением их работы информационными технологиями.

Организация работы в соответствии с данными принципами, по мнению **автора**, позволит перейти к двухзвенной модели организации здравоохранения: населенный пункт - республиканская больница (клиника), а также высвободить медперсонал, который в силу разных причин (возраста, низкой квалификации, неучастия в системе повышения квалификации и пр.) не способен к профессиональной работе интенсивного характера. Как нам представляется, должны остаться только два звена: 1) врач общей практики (семейный врач) и 2) специальный стационар - а все промежуточные звенья должны быть устранены. По нашему мнению, до 80% медицинской помощи должно оказываться в рамках первичного звена и до 20% в специальном стационаре. Финансирование же в таком случае должно составлять: первичному звену - 60%, а стационару - 40%.

Автор утверждает, что выход на двухуровневую модель территориальной организации системы здравоохранения позволит сосредоточить ресурсы в центрах профильных лечебных учреждений. Специализированная медицинская помощь всех видов должна быть сконцентрирована в республиканской больнице, инфраструктура которой должна быть **усилена (санавиация, автотранспорт, в том числе и реанимобили, медикаменты и т.д.)**. Реализация этой позиции воз-

можно при сокращении районных больниц, в которых в настоящее время простаивает хронически до 70% коек. Если учесть, что в районе стоимость одного койко-места в сутки обходится от 200 до 600 **рублей**, то становится понятным уровень расточительности сегодняшней медицины в Адыгее.

В данном параграфе особо отмечено, что переход к интенсивному типу организации функционирования системы здравоохранения предполагает переориентацию в первую очередь управленческого персонала на интересы пациента. Декларативно этот принцип известен и провозглашается давно и повсеместно. В реальности же сфера медицинской деятельности является корпоративной, эффективно функционирующей в тени, и потому - закрытой. Декларация защиты и заботы интересов в реальности не приближают систему здравоохранения к пациенту. Для этого, утверждает диссертант, требуется создание механизма реализации этого принципа. Он должен формироваться при изменении роли пациента, становящимся активным партнером и участником системы организации здравоохранения, т.е. должна измениться статусная позиция пациента.

В завершении параграфа отмечено, что важным элементом мотивации изменения **статуса** пациента выступает его участие в софинансировании медицины, оборотной стороной которого является возникновение у него контролирующих функций. Личная оплата услуг делает пациента участником процесса. Дело не в самой сумме стоимости медицинских услуг, утверждает автор, а в том, что даже небольшая оплата (которая может конкретным человеком восприниматься как очень высокая!) пробуждает активную позицию. Поэтому принцип софинансирования со стороны пациентов, т.е. привлечение в разумных пределах средств, внимания и контроля снизу за организацией здравоохранения, выступает элементом демократизации и открытости общества.

Заключение к работе суммирует ее результаты и намечает перспективы дальнейших исследований.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. **Калинский А.В.** Состояние системы здравоохранения как индикатор воспроизводства социальных ресурсов в условиях нынешней российской **транзиции**//**Актуальные** проблемы социального функционирования транзитивного общества. Социологические очерки. Ч. I. Ростов н/Д., 2002. - 2,0 п.л.
2. **Калинский А.В.** Медико-демографические аспекты воспроизводства социальных ресурсов в России в период социальных **реформ**//**Актуальные** проблемы социального функционирования транзитивного общества. Социологические очерки. Ч. П. Ростов н/Д., 2002. - 1,3 п.л.
3. **Калинский А.В.** Роль социокультурных факторов управления здравоохранения региона в воспроизводстве национальных ресурсов (на примере республики **Адыгея**)//**Наука** и образование. 2002. №.4 - 0,1 п.л.
4. **Калинский А.В.** Социокультурные факторы воспроизводства социальных ресурсов региона в условиях суверенизации (на примере **республики Адыгея**). Ростов н/Д., 2003. - 2,4 п.л.