

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

© РЕШЕТНИКОВ А.В., 2018

Решетников А.В.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ (ЧАСТЬ 2)

Институт социальных наук ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

На основе анализа процесса становления (институционализации) социального института как феномена автор расширяет классическое представление о пяти базовых социальных институтах (семья, образование, религия, экономические и политические институты). Отмечая, что общество в процессе исторического развития конструирует новый спектр потребностей, автор указывает на необходимость не только переосмысления изменений в функциональных задачах, границах, нормативно-ценностной и статусно-ролевой системах действующих социальных институтов, но и признания существования новых социальных институтов. На современном этапе, принимая во внимание фактические функциональные потребности общества, новым социальным институтом, на взгляд автора, является социальный институт медицины.

В представленной статье рассмотрен процесс преобразования медицины в самостоятельный социальный институт на рубеже XX-XXI веков. При этом отмечается, что эволюционный процесс институционализации медицины требует нового, углубленного осмысления с учетом современных социально-трансформационных процессов в системе охраны здоровья. Одновременно требует осмысления сама меняющаяся ситуация в системе здравоохранения, трансформация взглядов пациента на процесс оказания медицинской помощи и ожиданий от системы здравоохранения, изменения представлений о взаимоотношениях пациента с врачом, перестройка моделей взаимодействия отдельно взятого человека с государством, обществом, социальными институтами и группами.

Ключевые слова: социальный институт медицины; институциональная теория; система здравоохранения; профессиональное пространство медицины.

Для цитирования: Решетников А.В. Социальный институт медицины (часть 2). *Социология медицины*. 2018;17(2): 68-79. DOI:<http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-2-68-79>

Для корреспонденции: Решетников Андрей Вениаминович, академик РАН, д-р мед. наук, д-р социол. наук, директор Института социальных наук, e-mail: niisoc@mail.ru

Reshetnikov A.M.

THE SOCIAL INSTITUTION OF MEDICINE. PART II

The Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University" of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

On the basis of the analysis of process of becoming (institutionalization) of social institute as a phenomenon the classical concept of five basic social institutes (family, education, religion, economic and political institutes) is broadened. The society in the course of its historical development forms new spectrum of needs hence the necessity in both reconsidering changes of functional tasks, limits, normative value and status role systems of social institutes in function and recognizing existence of new social institutes. At the modern stage, considering actual functional requirements of society, the social institute of medicine is a new social institute.

The article considers process of transformation of medicine into independent social institute at the turn of XX-XXI centuries. At that it is noted that evolutionary process of institutionalization of medicine requires a new in-depth comprehension accounting actual social transforming processes in the health care system. Simultaneously, another comprehension is required related to altering situation in health care system itself, transformation of views of patient on process of rendering of medical care and expectations from health care system, alterations of concepts of patient-physician relationships, reorganization of models of interaction of a single individual with the state, society, social institutes and groups.

Key words: social institute of medicine; institutionalization theory; health care system; professional field of medicine.

For citation: Reshetnikov A.M. The social institution of medicine. Part II. *Sociologiya meditsiny*. 2018; 17(2): 68-79. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2018-17-2-68-79>

For correspondence: Reshetnikov A.M. academician of the Russian Academy of Sciences, doctor of medical sciences, the Director of the Institute of Social Sciences of the The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University". e-mail: niisoc@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Социум как развивающаяся система вырабатывает и трансформирует социальные практики и механизмы взаимоотношений, обеспечивающие удовлетворение соответствующих общественных потребностей на конкретном социально-историческом этапе. Устойчивые социальные практики в процессе эволюционного становления закрепляются в социетальном пространстве как социальные институты, однако процессы их развития продолжают на новом уровне. Зарождение социального института (социальной практики), его становление, функционирование и угасание (либо трансформация в другой институциональный феномен) являются исторически обусловленными этапами «жизни» социального института.

На одном историческом отрезке могут существовать (и весьма длительно) эффективные и неэффективные социальные институты, существование которых объясняется инерционным характером траектории развития общества [1, 2]. При этом развитие общества, его структур несинхронно по динамике роста/продвижения в различных векторах (областях). И в этом отношении идея трехмерного социетального трансформационного пространства, предложенная Т.И. Заславской, основными осями которой служат уровень человеческого потенциала, легитимность и динамизм социально-групповой структуры, эффективность институциональных систем, наглядно показывает, что обеспечение конкурентоспособности современного общества зависит от синхронного продвижения (развития) по выделенным осям [3, с. 13].

На наш взгляд, трансформационные процессы в совокупности институциональных систем в настоящее время представляются ведущим драйвером изменений общества. Можно согласиться с Т.И. Заславской, по мнению которой «реформирование институциональной системы России еще далеко не закончено» [3, с. 20], и прежде всего в настоящий момент очевидным фактом является преобразование медицины в самостоятельный социальный институт на рубеже XX-XXI веков.

Результаты исследования

Несмотря на длительный период накопления фундаментальных знаний и осмысления институциональных процессов, до настоящего времени нет единого понимания ряда дефиниций в области институциональной теории. Прежде всего, как мы указывали в части 1 данной статьи [4], продолжается дискуссионное обсуждение и поиск теоретической определенности в понимании термина «социальный институт».

В научном сообществе до настоящего момента также нет единого понимания термина «социальные организации»: многие авторы отождествляют социальные организации с социальными институтами, однако распространена и точка зрения, согласно которой социальные организации суть формальные и неформальные структуры, которые находятся внутри социальных институтов. Второй подход представляется нам наиболее соответствующим современным социальным процессам. Важно понимать, что социальная организация —

это в первую очередь структура координации форм совместной деятельности и статусно-ролевых взаимоотношений, направленная на достижение институциональных целей.

Одновременно, понимая, что социальные институты являются формой определенной совокупности социальных ролей, нужно учитывать, что в основе функциональной специфики социальных институтов лежит ориентированность на удовлетворение (и регулирование) фундаментальных потребностей человека и общества. В классическом представлении пять базовых социальных институтов обеспечивают удовлетворение потребности индивида в воспроизводстве рода (институт семьи), безопасности и социальном порядке (политические институты), средствах существования (экономические институты), знаниях и социализации молодого поколения (институт образования), духовном осмыслении (институт религии).

Отметим, что социальный институт воспринимается индивидом через призму внешних форм данного института, или, другими словами, его вещественных проявлений. Помимо этого, основными характеристиками социального института выступают его объективность (существование независимо от воли и желания отдельных индивидов), обязательность (навязывание обязательных правил поведения), моральный авторитет и легитимность (социальное обеспечение и законы), историчность (возникновение в процессе многовековой истории функционирования общества).

Тем не менее множественность понимания (или наделения смыслами) термина социальный институт обусловливает необходимость определения основных признаков социального института. Наиболее детализированные наработки в этом направлении, на наш взгляд, принадлежат В.В. Дементьеву [5], который выделил в качестве таковых признаков наличие несводимых к рыночным механизмам регулирования хозяйственного поведения, повторяющихся отношений между обществом и индивидом в их взаимосвязи и противопоставлении, внешней структурированности (наличии рамок) и контроля поведенческих практик индивидов, коллективных действий, системы правил (диспозиций), формальных и неформальных ограничений (механизмов принуждения), властных полномочий в отношении индивидуального поведения, фактической реализации институциональных правил и порядка (структурированного взаимодействия между людьми), наличие социальных организаций.

Социальный институт как система взаимоотношений наращивает число институциональных признаков по мере институционализации, т. е. становления и расширения социального пространства — «институционального охвата». В процессе институционализации (генерации) социального института можно выделить следующие этапы:

- ♦ возникновение потребности, удовлетворение которой требует совместных организованных действий представителей общества (хозяйственного поведения);
- ♦ формирование общих целей (координированных коллективных действий) в рамках удовлетворения конкретной потребности;

- ♦ появление социальных норм и правил в ходе стихийного социального взаимодействия, осуществляемого методом проб и ошибок;
- ♦ появление процедур, связанных с нормами и правилами взаимодействия в рамках удовлетворения конкретной потребности (контроля, системы правил, порядков);
- ♦ формализация и практическое применение институциональных норм и правил (ограничений или механизмов принуждения);
- ♦ установление системы санкций для обеспечения эффективности выработанных норм и правил (становление властных отношений);
- ♦ формирование системы институциональных статусов и ролей, иерархии в рамках совместной деятельности;
- ♦ формирование и развитие социальных организаций в рамках институционального поля;
- ♦ легитимация статуса социального института и получение общественного признания.

Таким образом, процесс становления социального института — институционализация — связывается прежде всего с процессом закрепления конкретных общественных потребностей и формирование механизма взаимодействия социальных ценностей, правил, норм, санкций, статусов, ролей.

Очевидно, что процесс институционализации — это лишь часть жизненного цикла социального института: институциональная теория выделяет в качестве основных этапов жизни социального института зарождение, деятельность «зрелого» института, период дезорганизации (который завершается ликвидацией социального института или его реорганизацией в новый институт). При этом основные этапы жизнедеятельности неразрывно связаны с выполнением основных функций социального института, прежде всего закрепления и воспроизводства общественных отношений (социальных практик), регуляции взаимоотношений, интеграции (консолидации усилий, мобилизации ресурсов, разделение общих целей всеми членами группы), трансляции социального опыта и обеспечение коммуникации в рамках института и за его пределами [6].

Признавая воспроизводство (или типизацию, рутинизацию) отношений (социальных практик) на основе системы правил и норм как ключевую функцию социального института, подчеркнем, что рассматриваем институциональную структуру, опираясь на концепт структуризации Э. Гидденса, а именно как «интерсоциетальную систему, рассредоточенную вдоль пространственно-временных пределов» [7, с. 241]. При этом наше понимание приоритетности воспроизводства социальных интеракций базируется в том числе на выделении коммуникативных каналов как ключевых составляющих в поддержании (и изменении!) границ социальных институтов, что, в свою очередь, соотносится с представлениями Э. Гидденса о непреднамеренности последствий социальной деятельности [7, с. 72] и процессах повседневного рефлексивного анализа и построения смысловых значений [7, с. 75-76].

Кроме того, наше понимание повторяющегося воспроизводства социальных интеракций восходит к представлениям П. Бергера и Т. Лукмана [2, 8] о том, что

повторяющаяся человеческая деятельность «подвергается хабиутализации» [9, с. 37], т. е. рутинизации, «опривычиванию», что, на взгляд П. Бергера и Т. Лукмана, ведет к сокращению возможностей выбора моделей (типов) действий. Дальнейший процесс типизации и хабиутизации формирует социальные механизмы института, «иначе говоря, любая такая типизация есть институт» [9, с. 38].

В представлениях П. Бергера и Т. Лукмана процессы хабиутализации, типизации (включая взаимную типизацию в ситуации коммуникации) и трансляции из поколения в поколение (наличие истории) определенной системы знаний (опыта, языка, системы ролевых действий и др.) детерминируют «укрепление» объективности институционального мира и его легитимацию [9, с. 41]. Эти этапы становления институционального порядка, основанные на типичных действиях, требуют выработки механизмов социального контроля.

При этом в ситуации взаимодействия между институциональными порядками, или в процессе их конвергенции, мы можем наблюдать «обмен» выработанными в рамках институтов системами регуляции отношений, иными словами, системами норм и санкций. В целом, как известно, взаимодействие между социальными институтами может быть обусловлено конкуренцией (между родственными институтами в одной сфере общества), кооперацией (гармонизация системы ролей разных институтов), влиянием более сильных институтов на слабые, конфликтом интересов (вследствие принадлежности социальных ролей к разным институтам), процессами адаптации к изменениям в других институтах. При этом институциональный кризис в одном институте может привести к кризису в других и в целом во всей социальной системе (обществе). Эту ситуацию, придерживаясь дюркгеймовской терминологии, принято описывать как аномию.

Обращаясь к теории аномии Э. Дюркгейма, а также теории напряжения Р. Мертон (в дальнейшем расширенной Т. Парсонсом) и ряду других концепций кризиса, мы можем согласиться, что социальный контроль (система норм) выступает основой устойчивости общества. Ретроспективно-исторический анализ динамики общественных процессов показывает, что множество конфликтующих норм в обществе приводит к социальной аномии (дезинтеграция системы норм и ценностей, которые гарантируют социальный порядок).

При этом социальные нормы как совокупность общепризнанных стандартов, образцов, предписаний и правил поведения, функционирование в рамках которой обеспечивает упорядоченность социального взаимодействия, регулируют общий ход социализации и обеспечивают интеграцию индивидов, групп, общества в целом. В. Томас и Ф. Знанецкий определяют социальные нормы как «более или менее формальные правила, с помощью которых группа старается удерживать, регулировать, а также сделать более распространенными и частными соответствующими типы действий среди своих членов» [10].

Безусловно, оптимальным является эволюционный путь становления институциональных норм, последовательно прошедших стадии опыта, ценностей, обычаев и традиций и имеющих сформировавшийся

механизм трансляции из поколения в поколения, тогда как нормы, привнесенные в систему отношений в рамках социального института извне, в большинстве случаев вызывают у субъектов отношений сопротивление и фактическое уклонение от их применения, учета в алгоритме действий. Восходящее к работам Ч. Кули и Дж. Мида понимание социального контроля [11, 12], связанное с процессами социализации и усвоения социальных норм и ценностей в рамках группового взаимодействия, в дальнейшем обогащенное Э. Сазерлендом в его теории дифференциальной ассоциации (в части включения в поле анализа), позволяет сформировать новые поля смыслов социализации в рамках границ норм и санкций и перевести спонтанные (и социально-эффективные!) действия индивида к типичным, хабиитуализированным.

Придерживаясь классического понимания механизмов социального контроля (социализации, группового давления, принуждения), предложенного Г. Тардом, зачастую для оценки соответствия поведения индивида институциональным нормам представляется наиболее удобным обращение к другим концепциям. Так, важной для социологического осмысления внутриинституциональных механизмов социального контроля является теория Т. Хирши, который выделяет «социальные обручи»: привязанность, обязательства, вовлеченность и убеждение как элементы социального контроля [13]. Интересно, что согласно П. Бергеру и Т. Лукману, «институты уже благодаря самому факту их существования контролируют человеческое поведение», и далее: «независимо от и еще до того, как созданы какие-либо механизмы санкций, поддерживающих институт» [8, с. 39].

Признавая, что любые элементы контроля (осознаваемые и неосознаваемые, формализованные и неформализованные) базируются на взаимодействии индивидов, согласимся, что существующие механизмы регулирования взаимодействия и коммуникаций воспроизводят и типизируют правила (образцы поведения), социальные нормы и одновременно способствуют выработке согласия в отношении системы санкций, т. е. мер воздействия (физических, экономических, символических) на поведение индивида, отклоняющееся в позитивном и в негативном смысле от социальных ожиданий, норм и ценностей конкретной социальной группы (общества) [14]. В этом смысле нам близко понимание Д. Бернарда и Л. Томпсона, что социальный институт есть совокупность норм и образцов поведения [15, с. 130].

Именно совокупность норм и санкций обеспечивает оперативную функциональность социального института, при этом совокупность формальных и неформальных санкций (положительных и отрицательных) и выступает с одной стороны средством контроля, управления и регулирования (стабилизации) в рамках устоявшейся системы взаимоотношений, с другой — механизмом стимулирования и развития, расширения и пересмотра границ действия институциональных норм и правил. Так, переход неформальных санкций в формальные можно рассматривать как усиление санкционного воздействия на индивида в рамках социального института.

Однако основополагающее значение для развития социального института играют социальные ценности, которые можно охарактеризовать как жизненные цели, ориентиры, идеалы человека, определяющие (стратегически и тактически) векторы целеполагания и жизнеустройства человека, выступающие также в качестве индикаторов качества его жизни. Отметим, что ценности выступают одним из базовых факторов, обуславливающих приверженность к институциональным ролевым моделям поведения, нормам, правилам, традициям.

При этом содержание категории «ценности» тесно сопряжено с понятиями «полезность» и «стоимость». Для институциональной теории, безусловно, важными являются все смыслы указанной дефиниции. Принимая за отправную точку тезис о ключевой роли ценностей для формирования и поддержания взаимоотношений в рамках института, отметим, что ценность в этом направлении играет роль нормативного ориентира, границы социальной действительности. Для института медицины можно выделить ряд ценностей: здоровье, благополучие, профессиональный успех, качество медицинской помощи, технологии и др. Указанные ценности лежат не только в плоскости важности, но и выступают нормами, правилами, традициями и несут при этом не только полезность, но и имеют конкретное экономическое воплощение (стоимость, услуга, материальное благо).

Столь же важными для понимания специфики внутриинституциональных отношений являются статусные (врожденные или приобретенные) показатели и ролевые репертуары индивида. Заметим, что для сферы охраны здоровья именно профессия (ее престиж, ресурсы, сакральность знания) выступает ключевым показателем статусной позиции. Достижение определенной статусной позиции требует от индивида усилий по повышению своей конкурентоспособности и расширению потенциала знаний, укреплению авторитета, соответствия определенным профессиональным «планкам» и при этом подразумевает определенные паттерны поведения, использование профессионального языка (арго), символики, подчеркивающей принадлежность к определенной социальной группе. Так, статус определяется как «позиция индивида в большой или малой социальной группе, определяемая его правами и обязанностями по отношению к другим, сопряженным социальным позициям» [16]. При этом множественность статусных позиций индивида, формирующаяся (и формируемая) в процессе социального взаимодействия, в научной литературе обычно определяется как статусный набор.

Статусы и ролевое поведение индивида неразрывно связаны: для укрепления статуса решающее значение имеет соответствие ролевого поведения ожиданиям, нормам, правилам, ценностям института; не случайно под социальной ролью понимается «характер поведения, ожидаемый от обладателя того или иного социального статуса» [16]. В сфере охраны здоровья выделяются ролевые взаимоотношения врача и пациента, врача и профессионального сообщества, врача и социального окружения пациента и др., при этом взаимоотношения, выстраиваемые в системе координат устоявшихся ин-

ституциональных ценностей, норм, статусно-ролевых моделей, определяют основные векторы формирования и развития социальных организаций в рамках институционального поля. Опираясь на предложенные В.М. Сергеевым принципы институциональной теории (институциональная автономия, функциональная свобода и адекватная сложность) [17], формирование социальных организаций можно рассматривать как эволюционное проявление становления и развития социального института.

Так, принцип институциональной автономии предполагает, что социальные организации внутри института имеют право на создание новых социальных практик, которые стимулируют прогрессивное развитие — в новых экономических условиях постперестроечного периода в российском здравоохранении создается система обязательного медицинского страхования. Тем не менее без соответствующих «новых» знаний новые социальные практики не будут эффективными, функциональными и востребованными, что может привести к формированию коллапса в социальном институте.

Функциональная свобода социального института проявляется в наличии возможностей для развития: при отсутствии функциональной свободы в социальном институте объективно невозможным становится изменение характера отношений между социальными организациями, поскольку стабильность институциональной системы переходит в неизменяемость и далее — в стагнацию. Во многом этот принцип соотносится с процессами обновления функциональности, рождения новых смыслов, описанных в трудах Ж. Бодрийяра, и, как ни парадоксально, противопоставляется его пониманию функциональной свободы как потери идентичности и симуляции функциональности [18].

Не менее важным требованием для эволюционного развития социума выступает требование сопоставимой сложности: сложность организации социальных институтов должна соответствовать уровню сложности развития социального пространства в конкретный исторический период. В ситуации искусственного внедрения извне в сферу социального института новых сложных структур, особенно на фоне неготовности социума к изменениям, очевидным следствием внедрения инноваций будет фиаско.

Таким образом, резюмируем, что общество, как живой организм, в процессе исторического развития с опорой на кумулятивное накопление социального опыта конструирует новый спектр потребностей и, соответственно, возникает необходимость переосмысления не только изменений в функциональных задачах, границах, нормативно-ценностной системе социальных институтов, но и в признании существования новых социальных институтов. В настоящее время, принимая во внимание современные функциональные потребности общества, новым основным социальным институтом, на наш взгляд, необходимо признать социальный институт медицины.

Наше мнение основано на наличии формальных и неформальных признаков социального института медицины. Рассмотрим подробнее и дадим обоснование этому тезису.

Институционализация: от разрозненных практик — к системам здравоохранения

Медицина как род деятельности, является неотъемлемой составляющей истории человеческого общества. Пройдя этап само- и взаимопомощи в эпоху первобытных обществ, формирования, развития и легитимации профессиональной деятельности, медицина в настоящее время выступает неотъемлемой составляющей интересов государства и, конечно, жизненного пути каждого человека.

В процессе институционализации медицины можно условно выделить этапы от стихийного (до XIV века), алхимического (XV–XVII веков), виталистического (XVII–XVIII веков), систематизационного (первая половина XIX века) до научного (со второй половины XIX века).

Во многом мы придерживаемся подхода М. Фуко [19, 20] в его осмыслении истории становления институтов через призму анализа условий, которые способствовали созданию института и в которых он существует. Прежде всего, на наш взгляд, именно выдающиеся достижения медицины XX века — внедрение физических методов в диагностику и лечение (рентгеновские лучи, электромагнитные волны, лазер и др.), активное развитие медицинских технологий и цифровизация здравоохранения, фундаментальные теории (учение об иммунитете) и открытия (вирусов, бактерий и др.), расшифровка генома человека и становление генной инженерии, создание новых лекарств (антибиотики, противоопухолевые, противодиабетические) и вакцин — способствовали интенсивному развитию социального института медицины.

Безусловно, социальные трансформации, протекающие в обществе, отражаются на самом институте медицины. Так, на смену стабильности социально-профессиональных групп в конце XX — начале XXI века приходит высокая вертикальная и горизонтальная мобильность и на фоне нарастания профессиональной дифференциации наблюдаются конвергентные процессы в смежных научных областях, а процессы цифровизации в равной мере охватывают как социум, так и сферу медицины. В сложившихся условиях продолжается трансформация представлений населения о ценности здоровья и формирование/обновление перечня потребностей, связанных с охраной здоровья, включения механизмов реализации указанных потребностей в устойчивые социальные и организационные практики.

Указанные обстоятельства дают основания для выделения ряда стимулов для включения медицины в современную социальную систему в качестве базового социального института:

- ♦ постулатательное развитие от частных разрозненных медицинских практик к формированию сложных национальных систем здравоохранения;
- ♦ формирование специфического профессионального пространства медицины;
- ♦ влияние экономических, социальных, политических, религиозно-философских факторов на становление и развитие, на специфику системы здравоохранения различных государств;
- ♦ рост потребности в непрерывном обмене достижениями науки и практики, получивший инерционный

импульс в процессе социальных трансформаций XIX–XXI веков и революционного развития науки в современных условиях глобализации, цифровизации и консолидации усилий в борьбе с болезнями.

Таким образом, процесс систематизации разрозненных медицинских практик и формирование системы охраны здоровья были исторически детерминированы условиями развития социума. Параллельно с этим, по мере нарастания участия государства в вопросах охраны здоровья населения и формирования государственной системы здравоохранения, шло становление социального института медицины.

Структурные элементы социального института медицины

История формирования социального института медицины отражает становление его основных структурных элементов. Заметим, что социальный институт медицины основан на традициях (культуре) страны и не всегда этот опыт может быть перенесен в реалии другой страны. Так же как различаются культура, отношение к здоровью, системы здравоохранения различны и социальный институт медицины в разных странах. При единстве провозглашаемых целей и задач, символических чертах, ролевых моделях, традициях, характерных для медицины разных стран, организационно системы здравоохранения имеют существенные различия.

Основными структурными элементами социального института (в том числе социального института медицины) являются цели, задачи, организации, статусные и ролевые репертуары, символика, правила, нормы, ценности, традиции и др. Большинство структурных элементов социального института медицины имеют идентифицирующие признаки и специфику, которая указывает на принадлежность элемента к институциональному полю медицины (табл. 1).

Функции (и дисфункции) социального института медицины

В основе функциональной специфики социальных институтов лежит ориентированность на удовлетворение (и регулирование) какой-либо фундаментальной потребности человека и общества. Основной функцией социального института медицины выступает охрана здоровья граждан, и в рамках удовлетворения этой потребности от медицины ожидается широкий спектр мероприятий по обеспечению медицинской помощи и

укреплению здоровья населения, что выступает ведущей (но не единственной) институциональной функцией социального института медицины. Остановимся на этом подробнее.

Функции социального института медицины через призму теории социальных систем Т. Парсонса [21] можно представить как функциональный комплекс процессов адаптации (адаптация к влиянию внешней среды, развитие через приспособление), целедостижения (постановка целей и их достижение), интеграции (координация внутренних элементов, упорядочение деятельности в координатах пространства и времени и управление ими) и поддержания целостности (солидарность, сохранение устойчивых связей и моделей поведения, ценностно-нормативных образцов и общей культуры). И в этом понимании, в русле этих четырех функциональных комплексов, ожидаемыми функциями социального института медицины выступают:

- ♦ адаптивное развитие: модернизация, цифровизация, глобализация системы охраны здоровья;
- ♦ целедостижение: профилактика и укрепление здоровья населения, увеличение средней продолжительности жизни, повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение качества жизни пациентов;
- ♦ интеграция: совершенствование организаций здравоохранения, формирование общественных организаций по защите прав пациентов, оптимизация управления системой здравоохранения, координация деятельности системы организаций здравоохранения;
- ♦ поддержание целостности: воспроизводство кадров в системе образования, профессиональная социализация, поддержание корпоративной культуры, трансляция социально-ролевых моделей и ценностно-нормативных образцов поведения, выработка и поддержание этических стандартов, присвоение статусных позиций в иерархии.

Тем не менее необходимо отметить, что в настоящее время наблюдаются явные (ожидаемые издержки переходного периода) и латентные (непредвиденные процессы, практики) дисфункции социального института медицины. Среди явных проявлений дисфункциональности — формирование парадоксального (декларативного) здравоохранения, наблюдаемые антиномии в системе бюджетного здравоохранения, фактическое

Т а б л и ц а 1

Структурные элементы социального института медицины

Провозглашаемые цели и задачи	Укрепление здоровья, равнодоступная качественная медицинская помощь, профилактика и увеличение средней продолжительности «здоровой» жизни
Образцы поведения, установки	Самосохранительное поведение, здоровый образ жизни, участие в профилактике, комплаентность при лечении, обеспечение медицинскими работниками качества медицинской помощи
Символические черты	Диплом медицинского работника, клятва Гиппократ, история болезни, амбулаторная карта, чаша со змеей, рецепт, больничный лист, белый халат, полис ОМС и др.
Утилитарные черты	Медицинская организация, скорая медицинская помощь, экономические ресурсы, кабинет врача, медоборудование, медицинское страхование
Устная и письменная традиции	Законы и нормативные акты, медицинское образование, каноны медицины, роли и статусы врача и пациента, страховых представителей, медицинская терминология

снижение доступности медицинской помощи населению, «незавершающееся» реформирование здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования, рост платных медицинских услуг и одновременное сокращение числа медицинских организаций и увольнение медицинских работников, расширение факторов рискованного поведения населения.

Скрытыми (латентными) дисфункциями социального института медицины в настоящее время являются наличие теневых медицинских услуг, рост нагрузки на медицинских работников (сопровождающийся эмоциональным «выгоранием», равнодушием специалистов), наблюдаемое снижение удовлетворенности качеством медицинской помощи и трансформация восприятия пациентами содержательного наполнения понятия «качество медицинской помощи», неравное обеспечение доступности медицинских услуг и зачастую обусловленное этим обращение пациентов к практикам самолечения (что объясняет распространенность «запоздалой» диагностики), снижение показателей здоровья населения, рост конфликтов в системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Безусловно, указанные проблемы осложняют развитие социального института медицины, но могут выступить и базой для революционного развития. Так, сегодня формируется понимание необходимости реформирования существующей «парадоксальной» системы здравоохранения и перехода к системе охраны здоровья, действующей на основании страховых принципов. На этом мы остановимся подробнее ниже.

Профессиональное пространство медицины

Важно понимать, что процесс становления и развития любого социального института сопровождается формированием особого социального пространства. Социальное пространство можно представить как совокупность социальных отношений, располагающуюся по трем основным векторам (экономическому, политическому, профессиональному) оси координат, в рамках которой на основе меж- и внутригрупповых взаимодействий определяется иерархия индивидов и социальных групп.

Что такое социальное пространство медицины? Это в первую очередь совокупность социальных отношений, которые складываются в социальном институте медицины. Рассматривая социальный институт медицины как систему охраны здоровья граждан в том смысле, в котором рассматривал ее Т. Парсонс [21], схематично структуру социального института медицины можно представить как единство взаимодействия социальных организаций (систем здравоохранения), социальных практик, системы ролей и статусов (врач, пациент, страховой поверенный).

Социальный институт медицины как совокупность людей и социальных организаций включает органы управления здравоохранением, профессиональное и пациентское сообщество, систему медицинского образования (вузы, училища), медицинские организации, комитеты и комиссии по здравоохранению, НИИ и РАН (медотделение), редакции медицинских журналов и СМИ, заводы и фирмы-производители лекарственных препаратов и медицинского оборудования, изделий ме-

дицинского назначения, нетрадиционную и альтернативную медицину и др.

Профессиональное пространство медицины как система связей и отношений между участниками деятельности, направленной на реализацию профессиональных целей, включает три пласта (поля): нормативно-правовой, коммуникативный и мотивационный на двух уровнях взаимодействия — когнитивном и духовно-нравственном. Нормативно-правовое поле детерминировано законодательным ландшафтом и базовыми правами человека и определяет границы роли и власти профессиональной группы. Коммуникативное поле выступает механизмом формирования профессиональной идентичности (принадлежности) посредством совместной деятельности, опыта, приобретения знаний/расширения границ компетентности. Примечательно, что коммуникация в профессиональном пространстве медицины реализуется в двух основных векторах — профессиональной иерархии и научно-организационном взаимодействии. Третье, мотивационное поле, определяется профессиональной ориентацией с опорой на ценности (как источник мотивации), принципы профессионального развития, профессиональную этику и эталоны поведения, а также понимание барьеров мобильности в рамках специальности (осознание границ входа-выхода).

Вместе с тем необходимо признать, что профессиональное пространство медицины является в первую очередь пространством статусно-ролевого взаимодействия на выделенных уровнях (полях).

Система статусов и ролей в социальном институте медицины

Система статусно-ролевого взаимодействия в рамках социального института медицины выступает ключевым элементом его укрепления и развития. Ключевыми составляющими статусной позиции врача выступают знания и профессиональные качества (необходимые для выполнения должностных обязанностей), экономические характеристики его должности (статусной позиции), социально-психологические установки в текущий период и этические нормы. При этом статусные позиции врача получают оценку (подтверждаются/опровергаются) в процессе взаимодействия с руководством, пациентами, коллегами (профессиональным сообществом), внутренним анализом соответствия имеющихся статусно-ролевых наборов собственным представлениям медицинского специалиста об «идеальном» образе врача.

Интегративными характеристиками «идеального типа» профессии, на взгляд В.А. Мансурова, О.В. Юрченко, выступают обладание профессиональными (специальными) знаниями и опытом, приверженность профессиональной этике и деонтологии, наличие профессиональной автономии при принятии решений [22]. Медицинской профессии эти характеристики, безусловно, присущи.

Медицинский специалист в процессе включения в профессиональную среду усваивает новые модели социально-статусных и ролевых интеракций, в частности профессионала, наставника и проводника медицинских знаний, подчиненного/руководителя, альтруиста, бюрократа и др. В связи с этим возникающий вопрос «Возможен ли ролевой конфликт у врача?» представ-

ляется риторическим: в настоящее время ролевые конфликты у врачей становятся одной из наиболее острых проблем профессионального сообщества.

Заметим, что для профессиональной группы российских врачей при высокой сложности и творческом характере медицинского труда характерно ограничение возможностей саморегулирования их профессиональной деятельности, что проявляется в полном подчинении их деятельности контролю государства. Для сравнения: в конце XIX — начале XX века (до 1917 г.) различия между западными и российскими профессиональными группами врачей были незначительны, основными характеристиками этой группы можно назвать наличие профессиональных ассоциаций врачей и саморегулирование их деятельности. Тем не менее в XX веке начинается расхождение в организационных подходах к предоставлению медицинской помощи населению в России (СССР) и западных странах. Прежде всего за основу развития здравоохранения были взяты разные теоретические парадигмы (социально-психологические в СССР — России и управленческие (теория организации и менеджмента) — на Западе. Такой вектор развития неизбежно обусловил формирование ситуации, при которой в России профессионалы рассматриваются как группа, действующая в интересах общества и государства, на западе — профессиональные группы оцениваются по автономности (закрытости от других сообществ), доступу к определенным рыночным преимуществам и социальным благам, «властности» над пациентом (обществом) в контексте «медикализации» общества.

В.А. Мансуров, О.В. Юрченко рассматривают социальный статус как «определенный набор ресурсов, который открывает для индивида возможности в системе власти, распределения материальных благ и престижа» [15, с. 69], при этом ресурс власти или «властные полномочия профессиональной группы врачей» представляются авторам «как первоначально значимые, так как они определяют способность группы формировать собственную социальную позицию в различных измерениях» [23, с. 69]. Такой подход во многом восходит к представлениям М. Вебера о властных, экономических и культурных основах статусной позиции (престижа) в обществе профессиональных групп [24]. На наш взгляд, в настоящий момент российское общество — это сложный, трансформирующийся социум с большим расслоением. В этом контексте, безусловно, рано говорить о властном ресурсе медицины, но отметим, что отдельные очаги влияния существуют.

Среди «неотъемлемых индикаторов властных полномочий профессиональной группы врачей» В.А. Мансуров, О.В. Юрченко выделяют автономию в принятии решений в рамках процесса оказания медицинской помощи, влияние на результат своего труда (объем финансового вознаграждения), контроль входа—выхода в профессиональную группу (конструирование фильтров отбора), наличие профессиональных организаций [23].

Сравнительный анализ оплаты труда и материального положения врача в разных вариантах показывает, что экономический ресурс профессиональной группы врачей определяется объемом и характером доходов (основной заработок и дополнительные доходы (доплаты, надбавки, выплаты), уровнем и качеством жизни

врача и его семьи (социальная защищенность, динамика уровня жизни и др.) и показателями субъективной удовлетворенности своим социальным статусом.

Культурный ресурс профессиональной группы врачей состоит в возможности использовать собственное экспертное мнение в целях создания позитивного образа группы, который позволит занимать более высокие места в социокультурной иерархии общества. Ключевыми составляющими культурного ресурса медицинского сообщества, на наш взгляд, выступают совокупность профессиональной культуры (в контексте правил поведения), ценностей, норм, социально приемлемых стандартов репутации и респектабельности. Особенностью этой профессиональной группы является трансформация собственной работы в статусные привилегии (акцент на образование, собственный стиль, престиж, мораль, специализированный язык общения, этический код, восходящую социальную мобильность и др.).

Среди основных факторов, влияющих на деятельность медицинского специалиста, обычно выделяются условия труда, взаимоотношения в коллективе, образ жизни и материальное положение, социально-демографические характеристики и особенности жизнеустройства врача, состояние его здоровья и ряд других. Все эти факторы влияют прежде всего на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. Заметим, что качество медицинской помощи оценивается на момент предоставления услуг, при этом качество уже предоставленных услуг невозможно исправить, так как именно в этом состоит отличие услуги от товара.

Уникальность (и даже сакральность) знаний врача, безусловно, способствует ее трансформации в социальный престиж профессии [22]. Вместе с тем в настоящее время наблюдается падение престижности медицинской профессии, в частности это подтверждается конструируемой картиной публикаций в средствах массовой информации о деятельности системы здравоохранения, качестве медицинской помощи, конкретных медицинских специалистах. Признаем, что социоструктурные трансформации постсоветского пространства обусловили множественные деформации ценностного поля в профессиональном пространстве медицины (табл. 2), что отразилось на системе взаимоотношений в рамках социального института.

Так, в настоящее время наблюдается рост материальной мотивированности в противовес процессной мотивации врачей в советском периоде, снижение приверженности профессии, нарастание показателей эмоционального выгорания, что в целом указывает на деформацию ценностного поля в профессиональном пространстве медицины. Отметим, что ценности выступают «якорями», удерживающими в профессии молодого медицинского специалиста.

Траектории профессионального становления молодого специалиста во многом определяются степенью (и скоростью!) его интегрированности в профессиональную среду, указанные показатели зависят от соматического здоровья, индивидуально-личностных свойств и имеющихся социальных аттитюдов в отношении выбранной профессии. Также на процессы интериоризации профессиональной роли в конкретном виде врачебной деятельности влияют уровень и качество жиз-

Таблица 2

Деформация ценностного поля в профессиональном пространстве медицины

Канонические ценности медицинской профессии	Деформация в условиях возвращения к принципам рыночной экономики
Гуманизм	Рыночные отношения в здравоохранении
Профессионализм	Снижение уровня качества медицинской помощи (по оценкам населения), «излишняя специализация»
Альтруизм и эмпатия	Эмоциональное выгорание, равнодушие
Самоотверженность	Работа в пределах трудового договора
Автономия врача	Неспособность принимать окончательные решения
Процессная мотивация	Превалирование работы за вознаграждение

ни врача, его статусно-ролевые характеристики, образ и стиль жизни. Одновременно успешность принятия профессиональной роли медицинским специалистом выступает неотъемлемой составляющей качества и эффективности его трудовой деятельности, т. е. качества медицинской помощи.

Обзор теоретических работ в русле социологии медицинской профессии позволяет выделить особые черты этой профессиональной группы:

- ♦ профессия выступает атрибутом социального института медицины (и выполняет функции социального контроля);
- ♦ высокая социальная значимость медицинской профессии взаимообуславливает высокие требования к профессионалам;
- ♦ наличие тесной связи медицинского образования с практикой (что проявляется прежде всего в непрерывности, креативности, мобильности);
- ♦ корпоративность профессии граничит с социальной закрытостью выделенной социальной группы с особой профессиональной культурой и этикой;
- ♦ социальный характер профессиональной деятельности определяет особенности профессионального ролевого репертуара.

Помимо этого, длительный период включения в профессиональную деятельность медицинского специалиста определяется социальными феноменами современного этапа развития общества (глобализацией, информатизацией, цифровизацией, технологизацией медицины). При этом на протяжении всего периода профессионального обучения и практической деятельности врача продолжается развитие его профессионально-ролевых конструктов, и специфика этого развития прежде всего детерминирована функциями социального института медицины.

Институциональный кризис социального института медицины

Проблема улучшения здоровья – это прежде всего проблема изменения ценности здоровья в системе цен-

ностей современного общества и личности. Принимая во внимание, что здоровье относится к ненасыщаемым потребностям, востребованность функционально-структурных элементов социального института медицины будет высокой не только в ближайшем будущем, но и в самой отдаленной перспективе развития общества.

Тем не менее в настоящее время социальный институт медицины испытывает институциональный кризис, который проявляется прежде всего в снижении доверия населения к нему вследствие неспособности данного института эффективно исполнять свои главные функции (что наиболее ярко проявилось в 1990-е и 2010-е годы).

Не будем забывать, что институциональный кризис позволяет выявить дефекты в области функционирования социального института и может дать новые возможности для институционального развития [25]. Так, вследствие кризиса системы здравоохранения в конце XX века произошло перераспределение функций в системе здравоохранения и были созданы системы обязательного и добровольного медицинского страхования, началось развитие частной, альтернативной, «народной» медицины, а также в условиях возвращения к рыночной экономике возникли новые социальные практики.

Среди основных причин недостаточной эффективности государственной системы здравоохранения в настоящее время можно выделить:

- ♦ низкий уровень менеджмента, «скоростная» ротация кадров;
- ♦ неэффективный финансовый менеджмент в лечебно-профилактических учреждениях;
- ♦ отсутствие процессной мотивации топ-менеджеров;
- ♦ формирование отрицательного имиджа в средствах массовой информации;
- ♦ давление со стороны политических группировок (партий) с целью сиюминутных изменений;
- ♦ неконструктивная конкуренция с частными системами здравоохранения;
- ♦ неэффективная маршрутизация пациентов (главная причина снижения доступности и неудовлетворенности медицинской помощью);
- ♦ эмоциональное выгорание у медицинских работников и снижение уровня процессной мотивации.

Недостаточная эффективность влечет нарастание социальной напряженности и конфликтов в системе охраны здоровья. Предпринимаемые на государственном уровне меры по совершенствованию системы здравоохранения не охватывают всего спектра проблем системы здравоохранения.

Кроме того, рост социальных конфликтов в системе охраны здоровья в настоящий момент во многом связан с реформированием системы здравоохранения, появлением новых рыночных структур в здравоохранении, наблюдаемых противоречиях (предоставление бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг в одной медицинской организации), значительным увеличением нагрузки на медицинский персонал и медленными темпами роста оплаты труда, явлениями дифференциации доступности медицинской помощи для разных социальных групп населения и рядом других причин.

Так, особенности взаимоотношений в связке врач—пациент основаны на социальном контроле, и в этой связи необходимо подчеркнуть, что системы оценивания и восприятия ценностей, норм, санкций, ролевых репертуаров, статусов, моделей поведения у врача и пациента отличаются. С позиции медицинской общест-венности взаимоотношения оцениваются по их соот-ветствию нормам, правилам, тогда как с позиции па-циента медицинская деятельность оценивается через призму их соответствия ценностям гуманной профес-сии. Такое столкновение двух платформ мнений, несо-впадение систем оценивания и является частой причи-ной конфликтов.

Одновременно на фоне масштабных преобразо-ваний в отечественной системе здравоохранения на-блюдается ряд драйверов увеличения потребления медицинской помощи, прежде всего увеличение до-ли населения старше трудоспособного возраста, рост показателей заболеваемости онкологической пато-логией, развитие технологий оказания медицинской помощи, разработка новых лекарственных средств и др. В настоящее время мы наблюдаем революционное развитие технологий и можно прогнозировать, что в ближайшей перспективе придем к интересным вари-антам развития социального института медицины, а медицинская помощь в условиях рыночной экономи-ки перейдет из абстрактного гуманизма в социально-экономическую категорию (реализации человеческих потребностей).

Какие же эпохальные изменения в медицине мы наблюдаем на современном этапе? Прежде всего это переход от традиционной к техногенной медицине. Изменение указанных условий во многом определяет возникновение новых систем ценностей и отношений в рамках социального института медицины. Так, модер-низация как ключевое направление в развитии здраво-охранения укрепляет вектор на технологизацию меди-цины и изменение вектора активности врача.

Придерживаясь терминологии Ж.Т. Тощенко о «па-радоксальном» человеке [26] и экстраполируя этот концепт на социальный институт медицины, можно утверждать, что в совокупности эти изменения способ-ствовали формированию «парадоксальной» медицины в конце XX века (табл. 3).

В чем состоит ее парадоксальность? Сегодня в соци-альном институте медицины существует ряд противо-речий, которые уместнее обозначить термином, пред-ложенным Рудольфом Геклениусом — антиномия — логически взаимоисключающие и несочетаемые друг с другом, но фактически одновременно функционирую-щие явления или процессы, имеющие равные права на существование и ресурсы для обеспечения своего раз-вития [27]. Яркими примерами антиномии выступают, например, существование практики платных услуг в бюджетном секторе современной российской системы здравоохранения или одновременное функциониро-вание системы ОМС; декларируемая важность меди-цинской профессии и фактическое падение престижа медицинских специальностей, формальный рост рас-ходов на здравоохранение при усугублении диспропор-ции в структуре финансового обеспечения и др.

Причины возникновения антиномии в массовом сознании по вопросам здравоохранения и ОМС на со-временном этапе объясняются прежде всего тем, что российское общество «созрело» для осмысления глу-бинных социоструктурных изменений, существующе-го разрыва между декларациями в системе здравоохра-нения и реальной жизнью.

Антиномичность сознания во многом обусловлена распространенными у представителей предпенсион-ной и пенсионной возрастной когорты населения «со-ветскими» представлениями о «правильном» здравоох-ранении в условиях рыночной повседневности. Тем не менее возвращение России к принципам рыночной эконо-мики, безусловно, стало импульсом для деформации общественного сознания.

Т а б л и ц а 3

«Парадоксальное» здравоохранение

Декларирование	Реальность
Бесплатное здравоохранение	Платное здравоохранение (оплата «теневая», легальная), доплата («теневая») за медицинские услуги и рост платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях
Формально рост расходов на здравоохранение	Диспропорция в структуре финансового обеспечения
Доступность медицинской помощи	Низкий уровень маршрутизации больных — причина «запущенности» заболеваний
Важность для общества профессии медицинского работника	Снижение престижности профессии медицинского работника
100% заполняемость абитуриентами медицинских вузов	30% выпускников с дипломами врача не работают по специальности («Прагматический психоз»)
Широкомасштабная модернизация отрасли	Снижение удовлетворенности качеством медицинской помощи (в том числе доступностью)
Калейдоскоп противоположных идей	Полипарадигмальность
Страховая медицина	Невнятный статус страховых медицинских организаций и дублирование функций с территориальными фондами обязательного медицинского страхования Действие страхового полиса обязательного медицинского страхования по принципу «all inclusive» (при ограниченности финансовых ресурсов) Оплата лекарственных препаратов только в стационарах и льготным категориям в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Наблюдаемые в настоящее время парадоксы, кентавризмы, антиномии в системе здравоохранения ожидаемо будут атрибутами современного российского общества на протяжении длительного времени. Это обусловлено объективным процессом становления сложного социума в современной России, а также нарушениями симметрии социального времени; в обществе действуют остаточные элементы советского периода, на которые наслаивается не только аутентичная прослойка новых социальных конструктов, но и заимствованные (прозападные) социальные нормы и ценности. Вследствие постоянного обновления структур, функций, ценностей, норм, стиля жизни и других элементов становления «новой» системы здравоохранения дискуссия о направлениях развития государственной системы ОМС не имеет, по нашим представлениям, никакого горизонта завершения.

Заключение

Здоровье выступает основополагающей, витальной ценностью и определяющим фактором жизнеустройства каждого человека. В настоящий момент динамика современной жизни, информатизация и технологизация общественных процессов детерминируют отношения человека к здоровью, медицине, системе здравоохранения. Общие процессы технологического развития, безусловно, затронули и систему здравоохранения: реализованы меры по модернизации, информатизация все шире внедряется в лечебный процесс, идет активная пропаганда диспансеризации среди населения. В целом медицинские организации становятся все более открытыми для пациентов и, что не менее важно, для исследователей-социологов [28].

Одновременно сегодня можно говорить об изменениях установок населения в отношении собственного здоровья: здоровье из базовой ценности превращается в инструмент достижения социального статуса. В новых социально-экономических условиях «новые» люди, располагая, казалось бы, всеми возможностями для сохранения и укрепления здоровья, фактически сдвигают временные и ресурсные приоритеты в зону социальных сверхдостижений. Рутинный режим современного жителя города — постоянный цейтнот, здоровье выступает одним из факторов поддержки социального статуса и в качестве ресурса для обмена на текущие блага и возможности реализации социальных «норм», одновременно и как показатель социального статуса (здоровье и красота как показатель уровня жизни). В настоящее время здоровье как компонент человеческого потенциала, несомненно, выступает в роли одного из самых принципиальных стратифицирующих факторов в российском обществе [29], что актуализирует изучение механизмов расслоения на институциональном и неинституциональном уровнях, флуктуаций неравенства в состоянии здоровья, а также влияния социальных предпосылок (в первую очередь информационного неравенства и социальной разноразмерности в условиях рыночной экономики) на состояние здоровья населения. Все это формирует предпосылки для формирования новых потребностей общества в сфере здоровья.

Учитывая, что переход российской экономики к рынку формирует принципиально новые условия для

медицинского обслуживания населения, на первый план выступает необходимость своевременно учитывать не только воздействие изменяющихся условий на человека, но и возможный спектр изменений характера экономических связей и отношения различных групп населения к внедрению элементов коммерческой деятельности в здравоохранении, росту социально-экономической значимости медицинских услуг, воздействию общества на развитие медицины, изучение влияния глобализации социальных процессов на медицину, развитие медицинской науки и образования в целом.

Кроме того, 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, потребности в медицинских услугах и организацию медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике, сохранению и укреплению здоровья, работоспособности и продлению жизни граждан может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и системы здравоохранения в целом.

Отметим, что эволюционный процесс институционализации и развития социального института медицины требует нового, углубленного осмысления с учетом современных социально-трансформационных процессов в системе охраны здоровья. Одновременно требует осмысления сама меняющаяся ситуация в системе здравоохранения, трансформация взглядов пациента на процесс оказания медицинской помощи, потребностей и ожиданий от системы здравоохранения, изменения представлений о взаимоотношениях пациента с врачом, перестройка моделей взаимодействия отдельно взятого человека с государством, обществом, социальными институтами и группами.

Таким образом, общество в процессе исторического развития конструирует новый спектр потребностей, что указывает на необходимость не только переосмысления изменений в функциональных задачах, границах, нормативно-ценностной и статусно-ролевой системах действующих социальных институтов, но и признания существования новых социальных институтов. На современном этапе по совокупности всех признаков социальный институт медицины можно отнести к базовым социальным институтам.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Норт Д. *Институты, институциональные изменения и функционирование экономики*. М., 1997. Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий, 2013. URL: <https://gtmarket.ru/laboratory/basis/6310/6311>. Обращение к источнику 09.09.2018 г.
2. Гульбина Н.И. Теория институциональных изменений Д. Норта. *Вестник Томского государственного университета*. 2004; 283: 123-8.
3. Заславская Т.И., Ядов В.А. Социальные трансформации в России в эпоху глобальных изменений. *Социологический журнал*. 2008; (4): 8-22.
4. Решетников А.В. Социальный институт медицины. *Социология медицины*. 2018; (1): 3-11.

5. Дементьев В.В. Что мы исследуем, когда исследуем институты? *Экономический вестник Ростовского государственного университета*. 2009; (1): 13-30.
6. Фролов С.С. *Общая социология* [Электронный ресурс]: учебник. М.: Проспект; 2011. Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/632663>. Дата обращения к ресурсу 16.10.2018 г.
7. Гидденс Э. *Устроение общества: Очерк теории структуры*. 2-е изд. М.: Академический Проект; 2005.
8. Berger P.L., Luckmann T. *The Social Construction of Reality. A Treatise on sociology of Knowledge*. 1966.
9. Бергер П., Лукман Т. *Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания*. М.: Медиум; 1995.
10. Thomas W., Znaniecki F. *The Polish Peasant in Europe and America*. Vol. 1. Second edition. N.Y.; 1927.
11. Кули Ч. *Социальная самость*. М.: Директ-Медиа; 2007.
12. Мид Дж. *Сознание, самость и общество*. М.: Директ-Медиа; 2007.
13. Hirschi T. *Causes of Delinquency*. New Brunswick, N.Y.: Transaction Publishers; 2002.
14. Антинази А. *Энциклопедия социологии*. 2009. Обращение к ресурсу: <http://sociology.niv.ru/doc/encyclopedia/socio/index.htm>. Дата обращения 03.10.2018 г.
15. Bernard J., Thompson L.F. *Sociology. Nurses and their Patients in a Modern Society*. Saint Louis: The C.V. Mosby Co.; 1970.
16. Кравченко А.И., Анури В.Ф. *Социология*. М.: Питер; 2003.
17. Сергеев В.М. *Демократия как переговорный процесс*. М.: 1999.
18. Бодрийяр Ж. *Система вещей*. М.: Рудомино; 2001.
19. Фуко М. *История безумия в классическую эпоху*. М.: АСТ МОСКВА; 2010.
20. Фуко М. *Рождение клиники*. М.: Академический проект (Психологические технологии); 2010.
21. Парсонс Т. *Социальная система*. Пер. с англ. М.: Академический проект; 2018.
22. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Социология профессий. История, методология и практика исследований. *Социологические исследования*. 2009; (8) 36-46.
23. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе. *Россия реформирующаяся*: Ежегодник. Отв. ред. Л.М. Дробизева. М.: Институт социологии РАН; 2004; 61-79.
24. Вебер М. *Избранное. Образ общества*. М.: Юрист; 1994.
25. Перский Ю.К., Дубровская Ю.В. Институциональное обеспечение гармонизации интересов в системе иерархических взаимосвязей экономики. *Вестник ПГУ. Серия: Экономика*. 2011; (1): 24-36.
26. Тощенко Ж.Т. *Парадоксальный человек: монография*. М.: ЮНИТИ-ДАНА; 2008.
27. Порус В.Н. *Антиномия*. Новая философская энциклопедия. М.: Мысль; 2010.
28. Присяжная Н.В. Становление российской научной школы социологии медицины: этапы и перспективы развития. *Медицинское образование и вузовская наука*. 2019; 15 (1): 30-5.
29. Меттини Э., Присяжная Н. Здоровье и человеческий капитал: к вопросу социального благополучия населения. *Социология медицины*. 2016; (2): 73-9.
30. Zaslavskaya T.I., Yadov V.A. Sotsial'nyye transformatsii v Rossii v epokhu global'nykh izmeneniy. *Sotsiologicheskii zhurnal*. 2008;(4):8-22. (in Russian)
31. Reshetnikov A.V. Sotsial'nyi institut meditsiny. *Sotsiologiya meditsiny*. 2018;(1):3-11. (in Russian)
32. Dement'yev V.V. Chto my issleduyem, kogda issleduyem instituty? *Ekonomicheskii vestnik Rostovskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2009;7(1): 13-30. (in Russian)
33. Frolov S.S. *Obshchaya sotsiologiya* [Elektronnyy resurs]: uchebnik. Moscow: Prospekt; 2011. Rezhim dostupa: <https://rucont.ru/efd/632663>. Data 16.10.2018g. (in Russian)
34. Giddens E. *Ustroyeniye obshchestva: Ocherk teorii strukturalitsii*. 2-e izd. Moscow: Akademicheskii Proyeckt; 2005. (in Russian)
35. Berger P.L., Luckmann T. *The Social Construction of Reality. A Treatise on sociology of Knowledge*. 1966.
36. Berger P., Lukman T. *Sotsial'noye konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sotsiologii znaniya*. Moscow: Medium; 1995. (in Russian)
37. Thomas W., Znaniecki F. *The Polish Peasant in Europe and America*. Vol. 1. Second edition. N.Y.:1927.
38. Kuli Ch. *Sotsial'naya samost'*. Moscow: Direkt-Media; 2007. (in Russian)
39. Mid Dzh. *Soznaniye, samost' i obshchestvo*. Moscow: Direkt-Media; 2007. (in Russian)
40. Hirschi T. *Causes of Delinquency*. New Brunswick, N.Y.: Transaction Publishers; 2002.
41. Antinazi A. *Encyclopedia of sociology*. 2009. Appeal to a resource: <http://sociology.niv.ru/doc/encyclopedia/socio/index.htm>. Date 03.10.2018. (in Russian)
42. Bernard J., Thompson L.F. *Sociology. Nurses and their Patients in a Modern Society*. Saint Louis: The C.V. Mosby Co.; 1970.
43. Kravchenko A.I., Anurin V.F. *Sotsiologiya*. Moscow, Piter: 2003. (in Russian)
44. Sergeyev V.M. *Demokratiya kak peregovornyy protsess*. Mosk. obshchestv. nauch. fond. Moscow, 1999. (in Russian)
45. Bodriyyar Zh. *Sistema veshchey*. Moscow: Rudomino; 2001. (in Russian)
46. Fuko M. *Istoriya bezumiya v klassicheskuyu epokhu*. Moscow: AST MOSKVA; 2010. (in Russian)
47. Fuko M. *Rozhdeniye kliniki*. Moscow: Akademicheskii proyekt (Psikhologicheskkiye tekhnologii); 2010. (in Russian)
48. Parsons T. *Sotsial'naya sistema*. Moscow: Akademicheskii proyekt; 2018. (in Russian)
49. Mansurov V.A., Yurchenko O.V. Sotsiologiya professiy. Istoriya, metodologiya i praktika issledovaniy. *Sotsiologicheskkiye issledovaniya*. 2009;(8): 36-46. (in Russian)
50. Mansurov V.A., Yurchenko O.V. Perspektivy professionalizatsii rossiyskikh vrachey v reformiruyushchaysya obshchestve. *Rossiya reformiruyushchayasya*: Ezhegodnik. Ed. L.M. Drobizheva. Moscow: Institut sotsiologii RAN; 2004; 61-79. (in Russian)
51. Veber M. *Izbrannoye. Obraz obshchestva*. Moscow: Yurist; 1994. (in Russian)
52. Perskiy Yu.K., Dubrovskaya Yu.V. Institutsional'noye obespecheniye garmonizatsii interesov v sisteme iyerarkhicheskikh vzaimosvyazey ekonomiki. *Vestnik PGU. Seriya: Ekonomika*. 2011; (1):24-36. (in Russian)
53. Toshchenko Zh.T. *Paradoksal'nyy chelovek*: monografiya. Moscow: YUNITI-DANA; 2008. (in Russian)
54. Porus V.N. *Antinomiya*. Novaya filosofskaya entsiklopediya. Moscow: Mysl'; 2010. (in Russian)
55. Prisyazhnaya N.V. Stanovleniye rossiyskoy nauchnoy shkoly sotsiologii meditsiny: etapy i perspektivy razvitiya. *Meditsinskoye obrazovaniye i vuzovskaya nauka*. 2019;1 (15): 30-5. (in Russian)
56. Mettini E., Prisyazhnaya N. Zdorov'ye i chelovecheskiy kapital: k voprosu sotsial'nogo blagopoluchiya naseleniya. *Sotsiologiya meditsiny*. 2016;(2): 73-9. (in Russian)

Поступила 02.04.2019

Принята в печать 06.06.2019

REFERENCES

1. Nort D. *Instituty, institutsional'nyye izmeneniya i funktsionirovaniye ekonomiki*. Moscow: 1997. Elektronnyaya publikatsiya: Centr gumanitarnykh tekhnologiy, 2013. URL: <https://gtmarket.ru/laboratory/basis/6310/6311>. Obrashcheniye k istochniku 09.09.2018g. (in Russian)
2. Gul'bina N.I. Teoriya institutsional'nykh izmeneniy D. Norta. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2004;283: 123-8. (in Russian)