



- <sup>11</sup> Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М., 1995. С. 14.
- <sup>12</sup> См.: Блур Д. Сильная программа в социологии знания // Логос. 2002. № 5–6. С. 162–185; Латур Б. Наука в действии. СПб., 2013.
- <sup>13</sup> Bloor D. Knowledge and Social Imagery. L., 1976. P. 2.
- <sup>14</sup> См.: Мангейм К. Идеология и утопия // Мангейм К. Диагноз нашего времени. М., 1994.
- <sup>15</sup> См.: Лиотар Ж.-Ф. Состояние постмодерна. СПб., 1998.
- <sup>16</sup> Castells M. The Rise of the Network Society // The Information Age : Economy, Society and Culture : in 3 vol. Vol. 1. Oxford : Blackwell, 1996. P. 38.
- <sup>17</sup> Ibid. P. 54.
- <sup>18</sup> См.: Полякова Н. Л. XX век в социологических теориях общества. М., 2004.
- <sup>19</sup> См.: Полякова Н. Л. От трудового общества к информационному : западная социология об изменении социальной роли труда. М., 1990.
- <sup>20</sup> См.: Hayashi Yu. The Direction and Orientation of Futurology as a Science, International Future Research Congress. Oslo, 1969; Махлун Ф. Производство и распространение знаний в США. М., 1966; Masuda Y. The Information Society as Post-Industrial Society. Tokyo, 1980 и др.
- <sup>21</sup> См., например: Veblen Th. The Engineers and the Prize System. N.Y., 1921.
- <sup>22</sup> См.: Турен А. Возвращение человека действующего. Очерк социологии. М., 1998.
- <sup>23</sup> См.: Бергер П., Лукман Т. Указ. соч.
- <sup>24</sup> Кастельс М. Информационная эпоха : экономика, общество и культура. М., 2000. С. 40.
- <sup>25</sup> Там же. С. 39.
- <sup>26</sup> Там же. С. 26.
- <sup>27</sup> См.: Кастельс М. Галактика Интернет. Екатеринбург, 2004.
- <sup>28</sup> См.: Тоффлер Э. Третья волна. М., 2010; Ferrarotti F. Op. cit.; Dijk van Jan A. G. M. The Network Society Social Aspects of New Media. L, 2006; Hassan R. Media, Politics and the Network Society. N.Y., 2004; Бард А, Зодерквист Я. Нетократия. Новая правящая элита и жизнь после капитализма. СПб., 2004; Рейнгольд Г. Умная толпа : новая социальная революция. М., 2006.
- <sup>29</sup> Кастельс М. Информационная эпоха : экономика, общество и культура. С. 29.
- <sup>30</sup> См., например: Хоркхаймер М., Адорно Т. Диалектика просвещения. Философские фрагменты. М., 1997; Хоркхаймер М. Затмение разума. К критике инструментального разума. М., 2011.
- <sup>31</sup> См.: Хабермас Ю. Техника и наука как идеология. М., 2004.
- <sup>32</sup> См.: Katz R. L. The Informational Society : An International Perspective. N.Y., 1988.
- <sup>33</sup> К обществам знания. Всемирный доклад ЮНЕСКО. Париж, 2005. С. 21.
- <sup>34</sup> См.: Штер Н. Указ. соч.
- <sup>35</sup> Там же.
- <sup>36</sup> См., например: Castelfranchi C. Six critical remarks on science and the construction of knowledge society // Journal of Science Communication. 2007. № 6. Vol. 4. P. 1–3; Rogers E. M. Diffusion of Innovations : 5<sup>th</sup> ed. N.Y., 2003; Knoblauch H. PowerPoint, Communication and the Knowledge Society. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2013; Латур Б. Наука в действии. СПб., 2013; Fuller S. Society's Shifting Human-Computer Interface : A Sociology of Knowledge for the Information Age // Information, Communication and Society. 1998. № 1. P. 182–198; Innerarity D. Power and knowledge : The Politics of Knowledge society // European Journal of Social Theory. 2012. № 16. Vol. 1. P. 3–16.
- <sup>37</sup> См.: Маркузе Г. Конец утопии // Логос. 2004. № 6. С. 18–23.
- <sup>38</sup> См., например: Хардт М., Negri A. Империя. М., 2004.

УДК 316.752.4

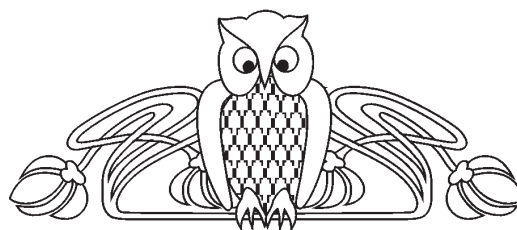
## СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П. Б. Поликарпов

Саратовский государственный университет  
E-mail: polikarpovpb@mail.ru

В статье по материалам официальных документов государственной статистики анализируются меры по модернизации здравоохранения Саратовской области и по результатам социологического исследования общественного мнения выявляются социальные проблемы эффективности его функционирования.

**Ключевые слова:** здоровье населения, модернизация, общественное мнение.



### The Social Problems of Health Care Modernization (Saratov Region)

P. B. Polikarpov

The article deals with the analysis of the measures taken in the field of Saratov Region Health Care modernization. The analysis is based on the data of official state statistics. The results of the sociological investigation reveal the social problems of modernization effectiveness.

**Key words:** population health, modernization, public opinion.



Важнейшим критерием общественного здоровья региона является уровень заболеваемости населения. Его увеличение неизбежно ведет к падению производительности труда, снижению уровня рождаемости, повышению показателей нетрудоспособности, общей и младенческой смертности, инвалидизации, а также преждевременного ухода из жизни, что в конечном счете означает серьезный ущерб и экономические потери для общества<sup>1</sup>.

В 2009 г. в России принята Концепция развития здравоохранения на период до 2020 года. Поставлена задача существенно улучшить качество медицинских услуг и повысить доступность медицинской помощи для всех без исключения групп населения<sup>2</sup>. Для успешной реализации процесса модернизации региональной подсистемы здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта подготовлен пакет документов, где для каждого региона составлены подробный план мероприятий, сетевой график, чтобы была максимальная стандартизация всех взаимодействий по всем направлениям. С каждым субъектом Федерации заключено соглашение, в котором описаны не только объемы финансирования из федерального бюджета и системы социального страхования, но все регламенты взаимодействий, все ответственные за выполнение мероприятий как со стороны региона в качестве субъекта Федерации, так и со стороны федерального органа исполнительной власти или государственных внебюджетных фондов<sup>3</sup>.

Исходя из этого, в ходе модернизации системы здравоохранения, повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения в Саратовской области была разработана Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

Система актов, образующих здравоохранительное законодательство, построена на началах субординации. Это означает, что принимаемые субъектами РФ законы и иные нормативные правовые акты в сфере здравоохранения не должны противоречить нормам федерального законодательства, и в первую очередь нормам Конституции РФ и Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. К законам субъектов РФ в сфере здравоохранения можно отнести основные законы (конституции и уставы) в части, регулирующей сферу здравоохранения, и обычные законы, непосредственно относящиеся к сфере здравоохранения, которые можно классифицировать на: системообразующие (в части законодательства субъектов РФ о здравоохранении) законы об охране здоровья; законы о бюджете субъекта РФ, устанавливающие размер финансирования сферы здравоохранения, в том числе размер трансферта местным бюджетам на страховые платежи на ОМС неработающего населения; специальные законы в сфере здраво-

охранения; законы о целевых программах в сфере здравоохранения; законы, содержащие нормы, соприкасающиеся со сферой здравоохранения, и др.<sup>4</sup>

В соответствии с этим законодательство о здравоохранении, принятое в Саратовской области, представлено определенными положениями Устава Саратовской области<sup>5</sup> и принятым в соответствии с ним и федеральным законодательством комплексом региональных законодательных актов. В результате совместной работы министерства здравоохранения, правительства области, областной думы приняты законы: «О противотуберкулезной помощи и защите населения от туберкулеза», «Об иммунопрофилактике населения Саратовской области», «О народной медицине», «О праве на медицинскую деятельность», «О правах пациентов», «О здравоохранении Саратовской области», «О лекарственном обеспечении населения Саратовской области». Среди законодательных актов в сфере здравоохранения можно также выделить следующие: Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. № 21-ЗСО «О правах пациента»; Закон Саратовской области от 26 декабря 2005 г. № 140-ЗСО «Об утверждении Программы социально-экономического развития Саратовской области на среднесрочную перспективу». В рамках нацпроекта на территории региона с 2010 г. проводились областные целевые программы (ОЦП) «Дети Саратовской области», «Областная целевая (комплексная) программа дополнительных мер по улучшению демографической ситуации и поддержке семей в Саратовской области на 2008–2012 годы» с подпрограммами: «Здоровое поколение»; «Дети и семья»; «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»; «Семья с детьми-инвалидами»; «Организация отдыха, оздоровления и занятости детей и подростков»<sup>6</sup>.

Для оказания высококвалифицированной помощи жителям Саратовской области на базе лечебных учреждений г. Саратова функционируют 6 областных центров специализированной помощи, 5 межрегиональных, 3 межобластных. В Саратовской области имеются 4 санатория<sup>7</sup>. На сегодняшний день служба здравоохранения Саратовской области обслуживает более 2,7 млн жителей. Медицинскую помощь жителям области оказывают 186 больниц, 19 специализированных диспансеров, 13 областных специализированных учреждений, 7 клиник и НИИ, более 12 тыс. врачей и 27 тыс. средних медицинских работников. За медицинской помощью ежедневно обращаются около 80 тыс. человек, каждый житель области обращается в лечебное учреждение в среднем 10 раз в год. Общая коечная мощность составляет более 28 тыс. коек. Ежегодно через стационары проходит около 600 тыс. больных, проводится более 160 тыс. операций, число ежегодно принимаемых родов – более 21 тыс.<sup>8</sup>



Медицинская помощь в Саратовской области оказывается в соответствии с федеральными стандартами (всего 700 стандартов), региональными стандартами (всего 571 стандарт), которые используются всеми субъектами внутри- и вневедомственного контроля<sup>9</sup>. Настоящие стандарты повсеместно внедрены во всех ЛПУ области. Внедрение стандартов и порядков оказания медицинской помощи позволит оптимизировать этапность оказания медицинской помощи, обеспечить максимально быструю доставку пациента в лечебно-профилактическое учреждение, оснащенное лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам, что значительно повысит качество медицинской помощи населению области.

Реализация этих и других мероприятий способствует дальнейшему снижению смертности населения Саратовской области. В 2010 г. естественная убыль населения в области составила 4,8 чел. на 1000 населения. Показатель рождаемости остался на уровне 2009 г. и составил 10,7 чел. на 1000 населения. Показатель смертности – 15,5 чел. на 1000 населения. Смертность от внешних неестественных причин сократилась на 4,3%<sup>10</sup>. Отмечается снижение смертности от случайных отравлений алкоголем на 12,1%, от самоубийств – на 11,5%, от травм, связанных с транспортом, – на 3,5%. В течение 2010 г. в области сократилась смертность от болезней органов дыхания на 6,8%. Стала стабильной тенденция сокращения младенческой смертности. По итогам 2010 г. показатель составил 5,9 на 1000 родившихся живыми, что на 13,2% ниже уровня 2009 г. (6,8%)<sup>11</sup>.

Тем не менее, в структуре причин смертности населения на первом месте по-прежнему остаются болезни системы кровообращения (их удельный вес составил 56,9%), на втором – смертность от новообразований (12,8%), на третьем – от несчастных случаев, отравлений и травм (10%). Первичный выход на инвалидность остается стабильным и составляет 45 на 10 тыс. населения, среди трудоспособного – 33 на 10 тыс. Ведущими причинами инвалидности являются болезни системы кровообращения (47% среди всего населения и 30% среди трудоспособного населения) и злокачественные заболевания (19,6 и 20% соответственно)<sup>12</sup>. Достаточно низкий реальный доход населения провоцирует снижение потребительского спроса на платные медицинские услуги, соответственно, повышается спрос на услуги обязательного медицинского страхования как формы социальной защиты граждан в области охраны здоровья<sup>13</sup>.

По данным авторского опроса<sup>14</sup>, половина саратовцев, 50,1%, оценивают свое состояние

здоровья как среднее, 34,6% – как хорошее и лишь 5,8% считают себя абсолютно здоровыми. Корреляционный анализ показал, что мужчины более склонны к завышенной оценке своего самочувствия, чем женщины. При этом половина опрошенных респондентов, которые оценивают свое состояние здоровья как удовлетворительное, за последние три месяца не посетили врача ни разу. Это – в условиях городской среды, в сельской местности, где доступность и уровень обслуживания еще меньше, ситуация проблематичнее: обеспеченность больничными койками сельских учреждений ниже, чем в среднем по России<sup>15</sup>.

За последние 12 месяцев 29,2% саратовцев, прибегая к помощи платных медицинских учреждений, оплачивали услуги сотрудников, работающих в этой сфере официально, напротив, 3,4 и 2,5% опрошенных делали это неофициально и благодарили в неденежной форме. 54,2% опрошенных не приходилось платить за оказываемые услуги в сфере здравоохранения, либо пользоваться этими услугами вообще. Принимая платные услуги бюджетных медицинских учреждений, 16,4% респондентов оплачивали их «через кассу», 8,8% оплачивали данные услуги неофициально, 4,7% благодарили в неденежной форме, 55,7% опрошенных вовсе не приходилось принимать участия в данных манипуляциях.

Платные услуги в поликлиниках призваны расширять возможности лечения, предоставляя дополнительные виды лечения. Однако в реальности не столько предоставляются дополнительные виды, сколько сокращается бесплатный стандарт лечения. Кроме того, платные услуги явочным порядком стали широко использовать как возможность для пациента снизить потери времени при получении лечения и диагностике без очереди. Однако и эта цель не достигается. Особое раздражение у пациентов вызывает то обстоятельство, что одни и те же услуги оказываются на одном и том же оборудовании одними и теми же врачами (естественно, что качество одно и то же) платно и бесплатно. Это также свидетельствует о незавершенности модернизации.

Решение продекларированной в национальном проекте задачи укрепления профилактической деятельности поликлиник как основной функции первичной помощи по-прежнему остается невыполнимым. Эта функция поликлиник видится сегодня особенно размытой, поскольку потребности в ней нет ни у населения, ни у врачей. Она выполняется как предписанная «сверху» в отношении некоторых групп работающего населения по крайне дешевому стандарту и поэтому совершенно неэффективна. Для профилактики сегодня в поликлиниках нет организационных и технологических условий, с одной стороны. С другой стороны, ни пациенты, ни врачи к этой деятельности не готовы. Это та





функция первичной помощи, для налаживания которой увеличение финансирования и оснащение современным оборудованием будет недостаточным.

У пациентов не сформирована профилактическая активность как элемент культуры само-сохранения. Если у пациента не появилось заболевания или ярко выраженная патология, ему и в голову не придет обратиться в поликлинику по поводу профилактического осмотра при тех потерях времени и средств, с которыми он там столкнется. А врачи не обучены ее формированию или даже просто не владеют психологической грамотностью в налаживании общения с пациентами. Они перегружены работой с больными и связанными с этим рутинными обязанностями, при которых идея поддержания здоровья здорового человека в рамках первичной помощи кажется слишком абстрактной. Но главная причина неготовности врачей к оказанию профилактических услуг – отсутствие экономической мотивации. Им оплачивают массовые профилактические осмотры выделенных категорий пациентов по количеству прошедших диспансеризацию, а не по результату.

Таким образом, на сегодняшний день на территории области модернизация здравоохранения, по сути, является «калькой» общероссийского процесса реформирования со всеми его проблемами и противоречиями. Вопросам модернизации системы здравоохранения в Саратовской области уделяется приоритетное значение, но они не носят системного характера. В ходе проводимой реформы областная подсистема здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база модернизации здравоохранения, направленная на децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением; реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения<sup>16</sup>.

Несмотря на это, функционирование системы здравоохранения сталкивается с определенными трудностями: снижением качества медицинской помощи населению; увеличением числа заболеваний социально опасного характера; ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения; недостаточным финансированием отрасли и декларативным характером государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Их наличие обусловлено утратой комплексного подхода к охране здоровья, деформированием системы медицинской профилактики, снижением доступности квалифицированной медицинской помощи для большей части населения, развитием неконтролируемой теневой экономики в отрасли.

## Примечания

- 1 См.: *Алексеев О. А.* Современное качество жизни людей в РФ // Новые тенденции и закономерности социально-экономического развития России : сб. науч. тр. Саратов. СГАУ. 2006. С. 66 ; *Журавлева И. В.* Здоровье студентов : реальность и перспективы // Социология и общество : глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс] : материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. М. : РОС, 2012. С. 4311–4316. 1 CD-ROM. URL: <http://www.isras.ru/files/File/congress2012/part27.pdf> ; *Шилова Л. С.* Проблемы трансформации социальной политики и индивидуальных ориентаций по охране здоровья // Социальные конфликты : экспертиза прогнозирования технологии разрешения : сб. Вып. 15. М. : ИС РАН, Центр конфликтологии, 1999. С. 86–115.
- 2 См.: Тезисы выступления министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т. А. Голиковой на открытии Первой конференции министров государств-членов Совета Европы // Министерство здравоохранения и социального развития РФ : [сайт]. 26.02.2009. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/social/social/79> (дата обращения: 30.04.2014).
- 3 См.: Из доклада Министра здравоохранения и социального развития РФ Голиковой Т. А. на заседании Президиума Правительства РФ «О плане реализации в 2011–2015 гг. Концепции демографической политики РФ до 2025 г.». URL: <http://www.allpravo.ru> (дата обращения: 30.04.2014).
- 4 См.: *Ковалевский М. А.* Проблемы формирования российского регионального законодательства в сфере здравоохранения // Правоведение. 2010. № 3. С. 85.
- 5 См.: Устав (Основной закон) Саратовской области от 02.06.2005 г. № 46-ЗСО (изм. от 30.03.2007 г. № 27-ЗСО). URL: <http://www.allpravo.ru> (дата обращения: 30.04.2014).
- 6 См.: Итоги реализации Нацпроекта «Здоровье» на территории Саратовской области // Правительство Саратовской области : [сайт]. URL: [www.saratov.gov.ru](http://www.saratov.gov.ru) (дата обращения: 30.04.2014).
- 7 См.: Регионы России. Социально-экономические показатели – 2013 г. // Федеральная служба государственной статистики. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b09\\_14p/IssWWW.exe/Stg/d1/03-12.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_14p/IssWWW.exe/Stg/d1/03-12.htm) (дата обращения: 06.06.2014) ; Демографический ежегодник Саратовской области. 2009 год : стат. сб. / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. Саратов, 2010. 204 с. С. 4. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2010/demo/edn08](http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/edn08) (дата обращения: 09.08.2014).
- 8 См.: Итоги реализации нацпроекта «Здоровье» на территории Саратовской области».
- 9 Там же.
- 10 См.: Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. ; Демографический ежегодник Саратовской области. 2009 год.
- 11 См.: Предварительные итоги Всероссийской переписи населения 2010 года : стат. сб. / Росстат. М. : ИИЦ



«Статистика России», 2011 ; Численность населения Российской Федерации по городам, поселкам городского типа и районам на 1 января 2010 года. М., 2010.

<sup>12</sup> Там же

<sup>13</sup> См.: Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. ; Демографический ежегодник Саратовской области. 2009 год.

<sup>14</sup> Авторское социологическое исследование по проблемам социальной политики в современном российском обществе было проведено методом анкетирования населения г. Саратова на основе квотной

многоступенчатой выборки объемом 450 человек (2012–2014 гг.).

<sup>15</sup> См.: Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. ; Демографический ежегодник Саратовской области. 2009 год.

<sup>16</sup> См.: Из доклада Министра здравоохранения и соцразвития РФ Голиковой Т. А. «Об итогах работы Минздравсоцразвития России в 2010 году и задачах на 2011 год» // Министерство здравоохранения и социального развития РФ : [сайт]. 26.02.2009. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/social/social/79> (дата обращения: 30.04.2014).

УДК 316.334.22.(470.44)

## РЫНОК ТРУДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

И. В. Лопаткин

Саратовский государственный университет  
E-mail: LopatkinIja@rambler.ru

Статья посвящена современному рынку труда. Рассматриваются его системные составляющие, а также мероприятия активной государственной политики занятости.

**Ключевые слова:** рынок труда, безработица, занятость, сегмент.

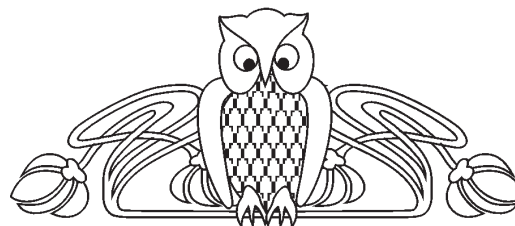
### Labor Market of the Saratov Region: Sociological Look

I. V. Lopatkin

Article is devoted to modern labor market. Its system components, and also actions of an active state policy of employment are considered.

**Key words:** labour market, unemployment, employment, segment.

В связи с тем что рынок труда представляет собой неотъемлемую и органичную часть любой реально действующей рыночной системы, необходима его постоянная социологическая рефлексия. Отраслевая реструктуризация экономики, современного российского общества сопровождается естественным изменением рынка труда. Рынок труда представляет собой сложную многоплановую систему социально-экономических отношений, в связи с чем его исследование носит междисциплинарный характер. Условно рынок труда можно представить в виде трех взаимосвязанных сегментов. Первый – это молодежь, уже существующая в рамках отношений рынка труда, и как составная часть этого сегмента – молодежь, готовящаяся к вступлению на рынок труда; второй сегмент состоит собственно из работоспособного населения за пределами молодежного возраста и, наконец, третий – это работающие пенсионеры и люди, покидающие рынок труда по возрасту или болезни. Естественно, что на подобную модель сегментации рынка труда накладывается и фрагментация каждого сегмента с учетом возрастных особенностей, насыщенности человеческим капиталом и его качеством,



физическим здоровьем, миграционными намерениями его составляющих. Безработица также выступает в качестве естественного сопровождения рынка труда, за исключением, пожалуй, сегмента, куда входят пенсионеры (поскольку выражение «безработный пенсионер» не имеет социального смысла).

В современной научной литературе имеется большое количество подходов к определению понятия рынка труда. Условно их можно объединить в два направления. В рамках первого направления рынок труда включает некоторую совокупность трудоспособных лиц (преимущественно в рабочем возрасте, способных к участию в трудовом процессе<sup>1</sup>), которые в тот или иной момент времени являются свободными от работы и находящиеся в поиске другого места работы или впервые вступающие в трудовую жизнь.

Второе направление подразумевает, что рынок охватывает все экономически активное население, т. е. система рынка труда включает в себя комплекс социально-трудовых отношений по поводу условий найма и оценки способностей к труду, установления цены рабочей силы, фактического использования способностей работника к труду. Экономически активное население – часть населения, имеющего самостоятельный источник средств существования, занятая деятельностью, приносящей доход. Данная категория включает также и безработных, временно находящихся за пределами рынка труда. Иными словами, рынок труда охватывает совокупность отношений между предпринимателем и наемным работником в сфере производства и потребления товаров и услуг.

Существует ряд определений понятия «рынок труда»: