

А. Н. НУРЛАКОВА

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Происходящие глобальные трансформационные процессы в казахстанском обществе повлекли за собой серьезные изменения во всех сферах общественной жизни: экономической, политической, социальной, духовной. Особый интерес представляют такие социальные институты, как здравоохранение и медицина.

В данной работе мы рассмотрим здравоохранение и медицину, которые понимаются нами как социальная система общества и являются совокупностью взаимосвязанных и взаимозависимых элементов. Изучением различных социальных проблем здравоохранения и медицины занимается социология медицины. Подходов к определению предмета социологии медицины (как, впрочем, и к любой научной дисциплине) может быть множество. На основании этих определений можно выделить основные направления объекта исследований:

здоровье человека, социальных групп (демографических, профессиональных, возрастных) в зависимости от условий труда, образа жизни, экологических факторов;

стрессы и их последствия;

самосохранительное поведение людей и групп;

медицину как социальную систему, систему охраны здоровья, а так же ее структурные элементы – медицина, врач, пациент, здравоохранение;

гендерные аспекты изучения здоровья людей.

Объектом исследования нами предлагаются здравоохранение и медицина как социальная система. В качестве теоретико-методологической базы будем использовать структурный функционализм Т. Парсонса и теорию систем Л. Берталяни.

Плановая система советского здравоохранения (основателем которой являлся комиссар Семашко) предполагала, прежде всего, бесплатную и доступную медицинскую помощь. Она предусматривала развитие широкой сети первичных и специализированных медицинских учреждений: от фельдшерско-акушерских пунктов до научно-исследовательских институтов клинического профиля. Соответственно поддержание

такой системы требовало интенсивной подготовки медицинских кадров, значительных бюджетных ассигнований и обеспечение сложного администрирования.

Однако и пробелов в данной модели здравоохранения было достаточно. Для сравнения, в западных странах основу здравоохранения составляла и составляет первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – заболевания нужно не лечить, а предупреждать и не допускать. Такой подход предполагает меньшие государственные затраты. В советский период акцент делался на больницы, клиники и госпитали, финансирование зависело от количества койкомест.

К сожалению, с развалом Советского Союза и кризиса экономики в условиях дефицита денежных средств значительно сократились целевые расходы на здравоохранение. «Бюджет здравоохранения в 1995 году составлял лишь 1,1% от валового национального продукта (ВНП) (Госкомстат, 1996). В наиболее развитых странах объем бюджета на здравоохранение составляет 6–10% от ВНП» (с. 5).

В таких условиях начиная с 1990 года система здравоохранения Казахстана принимает тенденцию к децентрализации и становится менее управляемой. Стационарное звено слабеет, а организации первичной медицинской помощи (поликлиники) не столь развиты и сильны. Медики как социальная группа превращаются в незащищенных и малооплачиваемых работников. Набирает обороты теневой сектор здравоохранения.

Естественно, такое положение дел требовало срочных и коренных изменений. Одним из таких шагов было введение в апреле 1996 г. системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Но после некоторых неудач и изменений требований времени Казахстан выбрал для себя иной путь развития.

Из существующих в мире моделей здравоохранения: модели Семашко, модели Бисмарка (обязательное медицинское страхование) и модели Бевериджа, предполагающей определенный гарантированный объем бесплатной медико-санитарной помощи, отечественное здравоохранение

отдает предпочтение последней, но с некоторыми особенностями. Согласно Конституции Республики Казахстан: «Граждане РК вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи за счет соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений» (с. 12). Под гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи подразумеваются:

1) первичная медико-санитарная помощь (консультативно-диагностическая, стоматологическая помощь детям до 18 лет, кроме ортодонтической, физиотерапевтическая помощь детям до 18 лет);

2) оказание скорой и неотложной помощи;

3) стационарная медицинская помощь, в том числе реабилитационная и экстренная, взрослому и детскому населению на местном уровне (оказание плановой помощи по всем видам заболеваний осуществляется по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи);

4) медицинская помощь при заболеваниях, возникающих в экстренных, чрезвычайных ситуациях;

5) медицинская помощь ВИЧ-инфицированным больным.

Вообще, здоровье граждан и жителей нашей республики, предотвращение заболеваний и пропаганда здорового образа жизни составляют один из главных приоритетов в Стратегии развития Республики Казахстан «Казахстан 2030». Для достижения этой цели правительство шаг за шагом проводит реформирование системы здравоохранения.

Приказом Президента Республики Казахстан от 3 сентября 2004 г. №1438 принят Проект государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы.

Программа предусматривает создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение основных показателей здоровья.

«Поставлены 6 основных задач для реализации цели в период с 2005 по 2010 годы:

1) разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком;

2) переход на международные принципы ор-

ганизации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на ПМСП;

3) создание новой модели управления системой здравоохранения и единой информационной структуры отрасли;

4) укрепление здоровья матери и ребенка и улучшение модели демографической ситуации;

5) стабильное снижение уровня социально значимых заболеваний;

6) реформирование медицинского образования» (с. 19).

С учетом ошибок прошлого и опыта мирового здравоохранения акцент сделан на реформы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). На данный момент проходит первый этап реформирования (2005–2007 гг.). Здесь предусматривается развитие амбулаторно-поликлинического обслуживания и опыта общей врачебной практики, улучшение ее материально-технической базы; лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и видов заболеваний; активное внедрение мобильной и телемедицины; разработка и развитие программ по формированию здорового образа жизни. Особое внимание будет уделяться системе управления здравоохранением (передача 2/3 функций из республиканского уровня на места, внедрение национальной системы мониторинга качества и эффективности использования ресурсов, создание Единой информационной системы здравоохранения и т.д.). Особое внимание в программе уделяется сельскому здравоохранению, а также службе охраны здоровья матери и ребенка.

«В 2006 году бюджет Министерства здравоохранения Республики Казахстан составляет 82,8 млрд тенге или 690 млн долларов США (39 республиканских бюджетных программ), что на 69,1% выше уровня 2005 года, из них целевые трансферты местным бюджетам составляют 43,5 млрд тенге – 358 млн долларов США или 52,5 % от общего объема средств.

В Республике функционируют 1204 больничных (из них 162 – специализированные) и 3463 амбулаторно-клинические медицинские организации. Расширение сети больничных организаций произошло в 7 регионах республики. Прогноз количества коек на 2006 год – 120 000.

В целом по республике оказывают медицинские услуги 54,8 тыс. врачей и 117 тыс. среднего медицинского персонала.

Количество оптовых компаний, специализирующихся на продажах медицинского и лабораторного оборудования, лекарственных средств – около 200.

Согласно принятой Правительством Республики Казахстан Программе реформирования и развития здравоохранения предусматривается поэтапное повышение государственных расходов на отрасль здравоохранения до 4% ВВП к 2008 году. Только на развитие здравоохранения в 2005–2007 годах выделено более 1,2 млрд долларов США. Из общего объема средств на реализацию мероприятий Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005–2010 годы в 2006 году предусмотрено 53,5 млрд тенге – 445,8 млн долларов США» [4].

Однако при определенных темпах роста только в Алматы за последние три года снизились показатели ожидаемой продолжительности жизни до 67,75 лет. «В целом по Казахстану продолжительность жизни сегодня на 12 лет ниже по сравнению с США, на 8 лет – с Польшей и на 5 лет – с соседним Китаем» (с. 24).

Проанализировав сложившуюся ситуацию, на наш взгляд, становится актуальным исследование системы здравоохранения и медицины сквозь призму социологических взглядов и развитие социологии медицины в Республике Казахстан. Можно выделить несколько факторов, способствующих привлечению внимания исследователей к проблеме здравоохранения и медицины:

состояние социальной аномии в обществе в условиях возвращения к принципам рыночной экономики;

потребность медико-социологического осмысления роли и места системы охраны здоровья в жизни общества, использование социологических методов исследования здравоохранения;

изменение демографических процессов и структур заболеваемости (естественная убыль, старение населения, хронизация заболеваний);

потребность в использовании социологических подходов для изучения заболеваний и лечения больных.

Здравоохранение понимается как «система организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организацион-

но-правовой формы» (с. 47). Их деятельность связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, с проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, профессиональным образованием медицинских работников на дипломном и постдипломном уровне.

Как уже отмечалось, мы рассматриваем здравоохранение как социальную систему. Среди основных методологических направлений, ориентированных на изучение системно-структурных объектов, являются структурно-функциональный анализ, предложенный Т. Парсонсом, и теория систем Л. Берталанфи.

Согласно системному подходу «социальная система – это определенное целостное образование, обладающее качеством и свойствами, отсутствующими у элементов и отношений, его образующих, и предназначенное для достижения общей цели» (с. 16). Главными чертами любой социальной системы являются целостность и интеграция.

Элементы, взаимосвязь их составляют структуру самой социальной системы. Структурными элементами здравоохранения являются медицина, врач, пациент, здоровье, болезнь, медико-социальные системы, медицинская помощь, медицинские услуги, субъекты здравоохранения и т.д. При этом элементы и структура рассматриваются в становлении, развитии, изменениях и преобразованиях, в условиях функционирования и самоорганизации социальных структур, вызываемых социальным действием самого субъекта, общественными отношениями и взаимодействием между социальными группами, между личностью и группами по проблемам болезни и здоровья.

Таким образом, рассмотрение здравоохранения и медицины как социальной системы и как социального института в целом расширяет диапазон теоретических и эмпирических целей и задач казахстанской социологии в целом и социологии медицины в частности. Кроме того, в условиях неоднозначных последствий социальных изменений для здоровья населения Казахстана актуальность медико-социологической тематики постоянно возрастает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-демографические исследования Казахстана. 1995 (Ин-т питания МН-АНРК. Акад. профилактической медицины. Макро Интернешнл). Алматы, 1996. 282 с.
2. Конституция Республики Казахстан от 30.08.1995. Статья 29, пункт 2.
3. Досаев Е.А., Аканов А.А. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Казахстана на 2005–2010 годы // Материалы IV международной научно-практической конференции «Современные инновационные технологии в области профилактики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации». Астана; Есентуки, 2004. Т. 1, 2. С. 704.
4. www.kihe.kz.
5. Иконников А. Обыкновенный социализм // Континент. 2006. №8(169).С. 22-26.
6. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. №4. С. 47-55.
7. Агдуллин И.А. Синергетическое представление соци-

альных систем: концепция моделирования и управления // Мат-лы международной научно-практической конференции «Анализ систем на пороге XXI века: теория и практика». М.: Интеллект, 1996. 438 с.

**Резюме**

Қоғамның әлеуметтік жүйесі ретінде өзара байланысты және өзара тәуелді элементтер жиынтығы ретінде түсіндірілетін денсаулық сақтау және медицина қарастырылады. Денсаулық сақтаудың кеңес дәуіріндегі және қазіргі Қазақстандағы моделіне талдау жүргізілген.

**Summary**

Healthcare and medicine which are understood by author as social system of society and union of the connected and dependent of each other elements are regarded in the given article. Analysis of the soviet and the contemporary Kazakh models of healthcare is made.

*Поступила 2.10.06г.*