Гареева Ирина Анатольевна – канд. социол. наук, доцент кафедры социологии, политологии и социальной работы, докторант Тихоокеанского государственного университета (г. Хабаровск). E-mail: gar_ia@mail.ru

Теоретические и методические основы исследования системы здравоохранения

В статье рассмотрены системы охраны здоровья, их основные системообразующие признаки, свойства характерные для этих систем, уточнен смысл всей совокупности определений и понятий. Системный подход, используемый в исследовании, позволил рассмотреть системы охраны здоровья как нечто целое. Комплексно изучена система здравоохранения, ее функции, структура, иерархия, выявлено многообразие связей в ней, изучены механизмы управления.

Ключевые слова: система охраны здоровья, системный подход, системообразующие признаки, функции, структура, иерархия, управление.

Согласно квалификации, по своей природе системы бывают трех видов: биологические, технические и социальные. По всей вероятности, классификация систем (как все классификации, правила, нормы и нормативы в обществе) – это условность. Однако эта условность позволяет как ученым, так и практикам более детально подходить к их изучению, познанию общего и особенного в этих системах.

Системы охраны здоровья (как объект исследования) рассматриваются авторами с различных точек зрения в зависимости от поставленных целей. Многими исследователями признается, что системы охраны здоровья – это сложные, динамические, социальные системы. Для социальной системы свойственен ряд признаков и свойств, наиболее важными из которых являются: цель, социальная иерархия и управление (механизм, упорядочивающий взаимодействие системы как внутри, так и извне). Отсутствие единых дефиниций для научного исследования систем охраны здоровья сказывается на трудностях обоснования того или иного явления, процесса, формирования дефиниций отдельных структур, рассмотрения функций и процессов управления системами охраны здоровья. Системный подход позволяет исследовать систему как нечто целое, уточнить смысл и сформулировать определения всей совокупности специфических системных понятий.

При исследовании какого-либо явления, процесса, мы часто сталкиваемся с проблемой их четкого определения. В литературе (социологической, медицинской и др.) термины «здравоохранение», «охрана здоровья», «общественное здравоохранение» употребляются широко. Все

они обозначают близкие, но все-таки отличающиеся понятия по содержанию. До сих пор в обществе, да и среди исследователей нет достаточно ясного понимания некоторых из них.

Ю.П. Лисицын в работе «Теоретико-методологические проблемы концепции «общественное здоровье»» говорит о том, что «… обоснование и формирование дефиниции того или иного явления, процесса – одна из самых сложных процедур науки. Распространено мнение, что научное определение – едва ли не половина решения исследовательской задачи» [1]. По всей видимости эта сложность и явилась в значительной степени причиной того, что до сих пор как нет четкого определения понятий «здоровье», «общественное здоровье», так и нет единого определения понятиям «здравоохранение», «общественное здравоохранение». Такое положение затрудняет определение и решение исследовательских задач в изучении систем охраны здоровья, анализ проблем развития и управления в них. Определимся с содержанием понятий «охрана здоровья», «система здравоохранения», «общественная система здравоохранения» и рассмотрим сущность и признаки систем охраны здоровья.

Само понятие «охрана здоровья» складывается из множества различных параметров и показателей, так как система охраны здоровья «… представляет собой сложную систему, которая имеет разнообразные формы проявления результатов своей деятельности в инфраструктуре социума» [2].

Определение Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, сформулированное в ст. 1 «Охрана здоровья граждан», гласит: «Охрана здоровья граждан – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья» [3].

Несмотря на кажущуюся сложность этой дефиниции, она наиболее полно отражает существо системы охраны здоровья, ее комплексность, межведомственность, межсекторальность и государственность. Следовательно, эта система выходит далеко за пределы рамок собственно здравоохранения как одной из важнейших отраслей, т. е. является более широкой и более приближенной к населению.

Система охраны здоровья на общественном уровне связана с реализацией соответствующих мер по обеспечению жилищно-бытовых условий, безвредных и безопасных условий труда, охраны окружающей природной среды, социально-экономических условий для оздоровительных мероприятий, занятий физкультурой, спортом, полноценного питания. Система охраны здоровья зависит от множества элементов общественной

жизни, но нельзя упускать из вида и систему здравоохранения, которая имеет свои возможности в поддержании и укреплении общественного здоровья. Так, Ю.Н. Казаков отмечает, что «… при тех ресурсах, которые выделяются системе здравоохранения, при существующей ее организации и хозяйственном механизме значительно можно повысить эффективность системы охраны здоровья» [2].

Имеет место мнение, что система охраны здоровья – это надуманная система, существующая скорее виртуально, чем в реальной действительности, поскольку не имеет своей структуры, т.е. набора соответствующих учреждений. Вместе с тем, система охраны здоровья является функциональной системой и, фактически, это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в конкретном месте проживания людей по критерию здоровья. Поэтому в ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь и охрана здоровья обозначены раздельно, что подтверждает конституционно их неидентичность. Исходя из этого, не следует отождествлять систему охраны здоровья с существующей системой здравоохранения, поскольку массовый оздоровительный и индивидуальный подходы между собой принципиально отличаются.

Под системой здравоохранения понимается совокупность взаимодействующих органов управления, подведомственных им организаций, а также субъектов, осуществляющих частную медицинскую и фармацевтическую деятельность в области охраны здоровья. Исходя из этого определения, именно систему здравоохранения мы выбрали в качестве объекта исследования.

Ранее уже было отмечено, что системный подход позволяет исследовать систему как нечто целое. При системном подходе выделяются определенные свойства, которые имеются у любой системы и которые необходимо учитывать при формировании и функционировании системы. Среди основных свойств системы необходимо выделить следующее:

- ориентация всех подсистем на достижение единой цели;
- подчиненность целей подсистем целям систем более высокого порядка;
- делимость на составные части;
- появление у систем новых качеств, которые не присущи в полной мере ни одной из подсистем в отдельности;
- наличие целостной структуры, внутренней формы организации системы, характеризующейся устойчивостью, наличием границ, противодействием внутренним и внешним воздействиям, постоянным развитием, согласованностью, функционированием.

Продолжая дальнейшее исследование системы, начиная с ее наименования и содержания определения, необходимо установить системообразующие факторы, базовые элементы, иерархию, рассмотреть

систему здравоохранения с позиции системного подхода, определить, является ли система здравоохранения социальной системой.

Если система здравоохранения относится к разряду социальных систем, то она подчинена влиянию основных социально-экономических законов и принципов, которым подвергнуты аналогичные системы, и на нее действуют системообразующие факторы как внешние, так и внутренние [4].

К внешним факторам можно отнести потребности и интересы индивида, группы, общества, структуру и функции социального организма и общества. К внутренним факторам мы отнесем состояние самих организационных, функциональных структур и процесса управления внутри самой системы здравоохранения. А.Н. Аверьянов в работе «Системность познания мира» в качестве системообразующих рассматривает человеческий, технический и организационный факторы [5]. Присутствие человека в системе характеризует ее как социальную, а деятельность системы направлена на человека и факторы, складывающиеся в процессе социального взаимодействия.

Здравоохранение по своей структуре и характеру функционирования относится к сложным, открытым, динамическим системам. Важнейшими свойствами сложных систем являются: целостность, структуризация, иерархичность организации, целенаправленность функционирования, наличие большого количества элементов и взаимодействий между элементами [6].

Целостность системы определяется достаточно сильными связями между элементами. Интеграция элементов формирует систему как единое целое, при этом, свойства системы принципиально не сводятся к сумме свойств составляющих элементов и не определяются простым сложением свойств системы. Еще Аристотель определил элемент «… как первооснову вещи, из которой она слагается и которая по виду неделима на другие виды».

А.Д. Ярменчук выделяет в здравоохранении шесть базовых элементов: медицинский работник, медицинский аппарат, койка, медикаменты, материально-техническая база, бюджет [4]. Каждому элементу дано универсальное определение. Исходя из принципа философии, что каждое изучаемое явление, предмет, система характеризуются не только качественно и количественно, но структурно и функционально, то каждый базовый элемент должен иметь эти четыре характеристики.

Так, медицинские работники характеризуются: количественно (на 10 тыс. населения или абсолютным количеством); профессиональным качеством (наличие категории, ученой степени, ученого звания); структурно (профилем врачебных должностей); функционально (функции врачебной должности). Базисный элементный состав формирует первый уровень системы.

То или иное конкретное организационное воплощение выступает в виде структуры. При этом, под структурой понимается совокупность

элементов и связей между этими элементами, определяющими внутреннее строение и организацию объекта как целостной системы.

При исследовании системы структура используется как способ описания организации. Вместе с тем, структуризация объекта исследования определяется внутренними свойствами системы и, следовательно, с помощью структуры отражается реальная организация объекта в необходимом аспекте. Структура динамична по своей природе и отражает эволюцию системы во времени и пространстве [7]. Это важно учитывать при исследовании внутренней и внешней среды структур, участвующих в охране здоровья населения.

Итак, базисные элементы системы здравоохранения, соединяясь, создают организационную структуру – кабинеты, отделения, лаборатории, подразделения. Первичные организационные структуры также можно охарактеризовать по качественным, количественным, структурным и функциональным признакам. Таким образом, формируется второй уровень системы.

Чем выше уровень системы, тем он более усложняется. Третий уровень представляет собой уровень сложных организационных систем – учреждения, организации, заведения, предприятия.

Четвертый уровень подразумевает более сложные организационные структуры – системы (подсистемы), т.е. системы учреждений, систему учебных заведений, систему предприятий в пределах региона или профиля.

Для управления этими структурами, т. е. для обеспечения процесса управления, назначаются (выделяются) должностные лица. Для управления системой сложных организационных структур создаются специальные органы управления (секторы, отделы управления, департаменты, министерства), что составляет пятый уровень системы. В этом уровне четко представлена иерархия управления, следовательно, этот уровень можно определить как управляющую подсистему или субъект управления. По отношению к пятому уровню все четыре, расположенные ниже, определяются как управляемая система или объект управления.

Система здравоохранения, как никакая другая система, характеризуется очень большим составом структурных элементов и включает в себя: государственные организации здравоохранения, учредителями которых являются федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения, другие федеральные органы исполнительной власти, имеющие медицинские службы или медицинские структуры для оказания медицинской помощи; муниципальные организации здравоохранения, учредителями которых являются органы местного самоуправления; частные организации здравоохранения, владеющие имуществом на правах частной собственности; органы управления здравоохранением, которые в пределах

своей компетенции осуществляют реализацию государственной политики в области здравоохранения.

Структуризация системы здравоохранения отчетливо просматривается и в ее отраслевом характере. Она включает такие отрасли как: лечебно-профилактическую, медицинскую помощь женщинам и детям, санитарно-противоэпидемическую службу, медицинскую и фармацевтическую промышленность, аптечные учреждения и предприятия, медицинское образование и медицинскую науку (высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения, санаторно-курортные учреждения, патологоанатомическую, судебно-медицинскую и судебно-психологическую экспертизы, обязательное медицинское страхование (ОМС)).

С понятием структуры органически связано понятие иерархичности. Иерархичность системы обозначает, что каждый ее компонент может, в свою очередь, рассматриваться как система, а сама исследуемая система представляет собой лишь один из компонентов более широкой сложной системы. Иерархичность системы здравоохранения представлена разными уровнями организации: государственным, субъектов Федерации и муниципальным.

Все элементы системы непрерывно действуют и взаимодействуют в рамках своего функционального назначения. Структура и свойства конкретных систем определяются непрерывным функционированием элементов и их согласованным взаимодействием. Деятельность системы здравоохранения обусловлена функционированием экономических, социальных и медицинских подсистем. Функциональная роль и значение всех подсистем, их специализация, формы и способы функционирования по-разному проявляются на федеральном, региональном, муниципальном уровнях (в зависимости от конкретных организационно-правовых форм организации систем). Поэтому функциональность является одним из основополагающих свойств системы, более того, она играет системообразующую роль, ограничивая пространство решений, количество исходов, число взаимодействий и т. д. Система существует до тех пор, пока функционирует и выполняет свои функции. Динамичность процессов, происходящих во всех сферах общественной жизни, вызывает изменение некоторых функций как во всей системе, так и в ее компонентах [8]. Такие изменения необходимо учитывать в их взаимосвязи с уже действующими функциями.

Согласованность действий в достижении целей системы здравоохранения обеспечивается управлением. Система управления здравоохранением представляет собой набор государственных, региональных, муниципальных и иных управленческих органов, ресурсов, участвующих в процессе управленческих решений, взаимодействующих

между собой, взаимодополняющих друг друга и ориентированных на достижение поставленной цели [9]. Обратная связь в системе – это, своего рода, контролер, осведомитель, регулировщик системы управления. При анализе системы здравоохранения под входом понимаются те показатели, которые определяют цели, потребности и ресурсы системы, а выходные (показатели) переменные – реализацию целей, удовлетворение потребностей, обеспеченность ресурсами и их использование. Входными данными могут выступать ретроспективные данные о деятельности структурных элементов, характеризующие объемы оказанных услуг, их стоимость, материально-техническую оснащенность, кадровую обеспеченность, объемы финансирования.

Таким образом, на входе управляющей системы находятся проблемы, а на выходе – решения по их устранению. Проблемы, возникающие в системе, решаются с помощью имеющихся в распоряжении средств, структурных элементов (учреждений) и действующих нормативных актов. В результате поступающих входных потоков и действующих нормативов система меняет свое «состояние», принимает различные организационные решения по изменению структуры, взаимоотношений между элементами, изменению нормативных актов, чтобы добиться результативных выходных показателей. Выходные показатели должны отражать уровни и направленность взаимодействия всех элементных составляющих системы и отражать общие и частные характеристики управленческого воздействия.

Для оценки эффективности управления системы здравоохранения используется многокритериальная система оценки, которая включает следующие критерии [10]: целевые, характеризующие степень достижения цели; методологические, оценивающие степень понимания руководителями содержания и сути управления; информационно-технологические, которые отражают качество реализации этапов управленческого процесса и его информационного обеспечения.

Основу целевых критериев составляют группы важнейших показателей здоровья и здравоохранения, таких как: общая смертность и рождаемость, показатели младенческой и материнской смертности, заболеваемость, уровень инвалидизации и др., а также показатели качества предоставляемых услуг структурными элементами системы здравоохранения и результаты социологических опросов, проведенных среди потребителей услуг. Так, в ст. 30 Указа Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов» от 28 апреля 2008 года № 607 удовлетворенность населения медицинской помощью от числа опрошенных, рекомендуется использовать в качестве оценки деятельности органов и учреждений системы здравоохранения.

Методологические критерии базируются на результатах экспертных оценок степени понимания руководителями содержания, технологии и эффективности управления. Информационно-технологические критерии включают группы показателей, отражающих качество обеспечения управленческой деятельности.

Информационно-технологические критерии включают группы показателей, отражающих качество обеспечения управленческой деятельности.

Таким образом, на основе теоретических и методических подходов исследования можно сделать вывод, что система здравоохранения – открытая сложная социальная система, представляющая собой совокупность подсистем, гармонично взаимодействующих между собой для достижения результата в сфере охраны здоровья населения, посредством выполнения определенного комплекса услуг и работ, востребованных населением.

Литература и источники:

1. Лисицин, Ю. П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья» / Ю. П. Лисицын // Общественные науки и здравоохранение. – М. : Медицина, 1992. – С. 416 – 435.

2. Казаков, Ю. Н. Социальная инфраструктура обеспечения здоровья / Ю. Н. Казаков. – М., 2004. – 214 с.

3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с изменениями и дополнениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.).

4. Ярменчук, А. Д Теория искусства управления. Общие проблемы / Д. Ярменчук. – Киев, 1991. – Ч 1. – 176 с.

5. Аверьянов, А. Н. Системность познания мира / А. Н. Аверьянов. – М., 1988. – 150 с.

6. Кант, В. И. Математические методы и моделирование в здравоохранении / В. И. Кант. – М. : Медицина, 1987. – 222 с.

7. Кузьмин, С. А. Социальные системы: опыт структурного анализа / С. А. Кузьмин. – М. : Наука, 1996. – 190 с.

8. Костко, Н. А. Социальное управление развитием региона / Н. А. Костко. – Тюмень : ТГИМЭУП, 2003. – 284 с.

9. Верзилин, Д. Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской федерации / Д. Н. Верзилин. – СПб. : Изд-во СПбГУФ, 2004. – 175 с.

10. Гасников В. К. Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований / В. К. Гасников. - Ижевск : РМЦНС, 2006. – 359 с.