

УДК 316.422 (476)

СПЕЦИФИКА МЕТОДОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Шухатович Виолетта Руслановна – кандидат социологических наук, заведующая сектором социологии здоровья и человеческого развития Государственного научного учреждения "Институт социологии Национальной академии наук Беларуси" (г. Минск)

В статье раскрыты особенности методологии формирования социальной политики в области охраны здоровья. Рассмотрена специфика проявления в здравоохранении принципов равенства, справедливости и согласования интересов. Раскрыты сущностные черты феномена медиализации. Показано, что феномен медиализации необходимо учитывать при системном анализе здравоохранительной деятельности. Сделан вывод о том, что медиализацию можно рассматривать в качестве латентной функции медицины, как непреднамеренное и непрограммируемое последствие ее функционирования.

Ключевые слова: принципы социальной политики, здравоохранение, медиализация.

У статті розкрито особливості методології формування соціальної політики в галузі охорони здоров'я. Розглянуто специфіку прояву в охороні здоров'я принципів рівності, справедливості та узгодження інтересів. Розкрито сутнісні риси феномена медиалізації. Показано, що феномен медиалізації необхідно враховувати при системному аналізі діяльності з охорони здоров'я. Зроблено висновок, що медиалізацію можна розглядати у якості латентної функції медицини, як ненавмисний і непрограмований наслідок її функціонування.

Ключові слова: принципи соціальної політики, охорона здоров'я, медиалізація.

In the article the features of the principles of social policy in the field of health protection are shown. Specificity of display in public health services of equality, justice and the coordination of interests is considered. Intrinsic lines of a phenomenon medicalization are described. It is shown that the phenomenon medicalization is necessary for considering at the system analysis of public health activity. The conclusion that medicalization is possible to be considered as a latent function of medicine, as an inadvertent and not programmed consequence of its activity is drawn.

Keywords: principles of social policy, health care, medicalization.

Термин здравоохранение относится к различным институтам, деятельность которых направлена на удовлетворение потребности общества в поддержании надлежащего здоровья своих членов. Современные системы здравоохранения имеют многоуровневый характер, отличаются высокой сложностью и выходят за рамки медицинского обслуживания, проникая в другие социальные институты и сферы общественной жизни. Однако именно медицина в настоящее время выполняет основную долю функций, связанных с охраной здоровья людей.

Как направление социальной политики здравоохранение представляет собой систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профилактику и лечение заболеваний. Наряду с общими подходами, принципами и положениями, применяемыми с целью регуляции отношений в социальной сфере, методология анализа и формирования социальной политики в области охраны здоровья имеют свою специфику. Она проявляется, в частности, в особенностях интерпретации базовых принципов и понятий социальной политики, например, таких как равенство, справедливость, дифференциация интересов; в выборе целей и приоритетов здравоохранительной деятельности; а также в системе специальных понятий и категорий, которые позволяют адекватно исследовать современные социальные процессы в их связи со здоровьем и здравоохранительной деятельностью.

Цель статьи – выявить специфику методологии формирования социальной политики в области охраны здоровья.

Категории равенства, справедливости и согласования интересов определяют специфику социальных отношений любого общества. Современная теория и практика социальной политики

ориентированы на обеспечение гражданского равенства, понимаемого как равенство перед законом. Обеспечение принципа равенства в вопросах охраны здоровья интерпретируется как равная доступность медицинской помощи для всех статусных групп общества. В тех случаях, когда реализовать принцип равенства не представляется возможным, государство с целью выравнивания возможностей использует механизмы компенсации, в частности льготы, дотации и прямые платежи (трансферты). В англоязычной литературе перечислены четыре подхода к равенству в распределении медицинской помощи: 1) равенство потребления на душу населения; 2) распределение в соответствии с потребностями, 3) распределение в соответствии с состоянием здоровья и 4) равенство как равный доступ [1]. Современные технологии организации и управления здравоохранением используют различные сочетания указанных подходов.

Принцип справедливости выступает в качестве эквивалента социальных обменов, партнерства, интеграции и сотрудничества и является неотъемлемой чертой легитимности существующей в обществе системы неравенства. Различают справедливость распределительную (когда необходимо определить, "кому что причитается"), компенсационную и корректирующую. Реализация принципа справедливости в здравоохранении связана с минимизацией различий в состоянии здоровья населения различных стран и различных социально-экономических групп населения в пределах одной страны.

Другим важным принципом научно обоснованной социальной политики является оптимальное сочетание различных интересов социальных групп, общностей, личности и общества в целом [2]. Главная причина различия интересов в обществе связана с неодинаковостью социальных статусов и ролей. Различия и, особенно, рассогласованность интересов может стать основой серьезных разногласий, социальной напряженности и конфликтов в обществе. Выявление, учет и согласование различных социальных интересов представляет собой одну из важнейших задач социальной политики. В основе всех подходов, направленных на изучение и согласования интересов и социальных ожиданий различных социальных групп, находится исследование социальной дифференциации общества. *Специфика выявления и согласования интересов в сфере охраны здоровья* определяется: 1) индивидуальными и групповыми особенностями образа жизни людей (социально-демографическими, профессиональными); 2) различиями в статусе здоровья; 3) ролью, выполняемой в системе отношений "врач-пациент", "медицина-общество". Каждая страна самостоятельно определяет цели и приоритеты здравоохранительной деятельности, которые, с одной стороны, зависят от политических, культурно-исторических, экономических и экологических особенностей, с другой - формируются под влиянием глобальных процессов и стратегий в данной сфере.

Основной тенденцией прошлого столетия в большинстве стран Западной Европы стало повышение роли государства в сфере здравоохранения. Наблюдается возрастание ответственности, которую готово взять на себя государство за здоровье и безопасность граждан. Это объясняется тем, что, во-первых, здоровье и жизнь человека в настоящее время признаются основными личными и социальными ценностями; во-вторых, увеличивается количество рисков для здоровья людей (экологических, техногенных, политических, военных) и уменьшается степень контроля над ними со стороны индивида; в-третьих, признана ограниченная эффективность рыночных механизмов в данной сфере и необходимость их государственного регулирования.

Право на охрану здоровья провозглашено во Всеобщей декларации прав человека (1948 год). Разработкой глобальной стратегии в области охраны здоровья, основанной на данных анализа основных причин потери человеком здоровья и ухода из жизни, занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Основываясь на базовых ценностях социальной политики, данная стратегия учитывает и те глобальные социально-политические изменения, которые произошли за последние десятилетия во многих регионах мира и имели серьезные последствия для систем здравоохранения этих государств. Европейская стратегия ВОЗ ориентирует государства на:

- обеспечение справедливости в области охраны здоровья;
- увеличение продолжительности полноценной жизни путем предоставления людям возможностей для полного развития и использования своих физических, умственных и социальных способностей;
- обеспечение более здоровой жизни путем снижения заболеваемости и инвалидности;
- продление сроков жизни с помощью мероприятий, способствующих увеличению ожидаемой продолжительности жизни.
- формирование здорового образа жизни, поддержку благоприятных для здоровья форм поведения, таких как сбалансированное питание, оптимальная физическая активность, снижение потребления веществ, приносящих вред здоровью – алкоголя и табака.

о изменение социальных, культурных и других факторов, определяющих выбор в пользу позитивных альтернатив, значимых для здоровья, на уровне отдельной личности, социальной группы, общности.

Перед государствами ставится цель предоставить населению возможность проживать в такой среде, социальные и физические условия которой благоприятны для здоровья. Указывается на необходимость реализации доступности первичной медико-санитарной помощи, поддерживаемой помощью вторичного и третичного уровня, которая должна носить комплексный характер и отвечать запросам населения, ориентации государства на эффективное управление людскими, финансовыми и другими ресурсами с тем, чтобы повысить качество и эффективность медицинского обслуживания. В стратегии ВОЗ подчеркивается важность межсекторального сотрудничества, проведения научных исследований, информационного обеспечения всех заинтересованных сторон, а также необходимость разработки механизмов, способных учитывать высокую значимость этических аспектов в процессе принятия решений, относящихся к здоровью.

Последние документы ВОЗ ориентируют государства на поиск инновационных подходов в здравоохранении, которые бы, во-первых, максимально учитывали социально-культурные особенности и экономические возможности своих стран и отдельных социальных групп, соответствовали их реальным потребностям; во-вторых, были способны обеспечить быстрый ощутимый эффект. Причем, поощряются не столько масштабы самих инноваций, сколько степень их новизны и восприятия населением. Особое внимание в настоящее время ВОЗ уделяет индивидуальному выбору и индивидуальной ответственности. Обращается внимание на то, что почти во всех странах имеются недостатки и возможности совершенствования систем здравоохранения. Акцентируется необходимость повышения качества предоставляемых услуг, преодоления бедности, нездоровья и экономической неэффективности. Согласно позиции ВОЗ деятельность систем охраны здоровья отдельных стран должна быть направлена на выполнение *трех главных задач*: улучшение здоровья населения; оправдание надежд (социальных ожиданий) пациентов; обеспечение финансовой защиты от расходов, связанных с нездоровьем (болезнью) [3, с. 34].

Основы отечественной государственной политики в области охраны здоровья населения определены Конституцией Республики Беларусь, которая гарантирует гражданам право на охрану здоровья (ст. 45) и Законом Республики Беларусь "О здравоохранении" (от 11.01.2002 г.). Успех реформ, достижение приемлемого уровня медицинской помощи и показателей здоровья населения во многом определяются правильностью выбранной модели здравоохранения, ее адекватностью культурным, социально-экономическим, политическим условиям общества. В основе различия моделей здравоохранения – источники финансирования и формы собственности. В зависимости от источников финансирования выделяют три базовые модели здравоохранения: 1) государственную, финансируемую преимущественно (до 90%) из бюджетных источников, за счет средств налогообложения; 2) бюджетно-страховую, финансируемую за счет целевых взносов граждан (работающих), работодателей и субсидий государства; 3) частную, финансируемую за счет реализации платных услуг, а также за счет средств добровольного медицинского страхования.

Мировой опыт показывает, что главные задачи здравоохранения могут быть достигнуты в рамках различных организационных моделей – государственной, страховой и частной, хотя каждой из них присущ ряд достоинств и недостатков. Главным достоинством государственной системы здравоохранения принято считать возможность обеспечить равный доступ к широкому спектру услуг для всех слоев населения, а главным недостатком – высокие затраты, неэффективность, низкое качество предоставляемых услуг из-за недостатка средств и неразвитости механизмов конкуренции. Основными достоинствами страховых моделей являются: защита от максимального количества рисков в связи с потерей здоровья, распределение ответственности и расходов между государством, работодателем и индивидом, возможность аккумулировать значительные финансовые средства. Успешное внедрение страховой модели возможно при условии политической и экономической стабильности и достаточном уровне социального и экономического развития. Главными преимуществами модели частного здравоохранения являются высокое качество предоставляемых услуг и низкие государственные расходы. Основные проблемы связаны ограниченной доступностью медицинской помощи для малообеспеченных категорий граждан и высокой стоимостью лечения. Выбор оптимальной для той или иной страны модели здравоохранения должен определяться, на наш взгляд, ее возможностями в достижении основных целей – обеспечении позитивных сдвигов в показателях здоровья и качества медицинской помощи.

При всей очевидности целей, их достижение представляется непростой задачей, поскольку масштабы и сложность проблем, которые необходимо решать, выходят за рамки непосредственной здравоохранительной деятельности и требуют привлечения знаний и опыт специалистов различных ведомств и областей знания. Этим обстоятельством объясняется интерес разработчиков социальной

политики в области охраны здоровья к работам известных философов и социологов. В них содержится ряд важных научных идей, которые могут быть использованы для концептуально-стратегического обоснования форм и методов реформирования системы охраны здоровья, а также в законотворчестве.

Во всем мире наблюдается рост интереса к социологии медицины и здравоохранения. Во многом это объясняется тем, что в современных обществах происходит осознание того, что многие проблемы, связанные со здоровьем имеют социальную природу. За рубежом наблюдается возрастание внимания со стороны медицины к изучению социальных аспектов болезней, особенно это касается таких направлений, как психиатрия, педиатрия, семейная медицина, гериатрия и коммунальная медицина; введение социологического образования в практику преподавания высших медицинских учебных заведений.

Экскурс в историю мирового здравоохранения показывает, что социологический анализ с выходом на методологические основания социальной политики государства в этой области хронологически совпадает с началом институционализации медицины. Медицина становится социальным институтом с момента принятия первых законов "Об охране здоровья" (Англия, Нидерланды), одновременно меняется статус врача: из семейного лекаря он переходит в состав муниципальных (земских – в России) или государственных служащих. Одной из предпосылок социологии медицины был проведенный К. Марксом анализ постановлений об охране здоровья и воспитании в Англии, которые принимались в рамках фабричного законодательства ("Фабричный акт 1864 года" и последующие). Особое внимание уделялось охране здоровья работающих детей, женщин, работников тяжелого труда, а также состоянию техники безопасности и несчастным случаям на производстве.

Социологи, прямо или косвенно, критиковали "биомедицинскую модель", согласно которой болезнь – это отклонение в телесной организации как физической системе, которое необходимо устранить для возвращения системы в рабочее состояние. Исследования аномии Дюркгеймом, девиации – Мертоном, "антипсихиатрическое" направление в социологии медицины (Лепига, Фуко, Гофман и др.) акцентировали роль внеорганизмических (внетелесных) факторов (солидарность, идентичность, нормативно-ценностные установки, состояния среды и т.д.), оптимизация которых рассматривается как необходимое условие здоровья человека и общества. М. Вебер, оценивая притязания психоанализа на философские обобщения и социологическую теорию, отмечал, что применение этого метода к здоровым людям ведет к тому, что понятие болезни оказывается перенесенным из медицины в общественную сферу. Т. Парсонс сформулировал понятие "синдром больного", суть которого состоит в том, что человек принимает роль больного как основание идентичности.

И. Иллич привлек внимание к ятрогенным заболеваниям. Социологи выявили тенденцию к медиализации жизни; раскрыли феномен медицинской власти; объяснили природу и неблагоприятные последствия стигматизации ("клеймения"); установили феномен "девиантного" отречения – несогласия людей на причисление их к "ненормальным" (инвалиды, рецидивисты и др.). На основе социологических исследований и разработок социальная политика в области здравоохранения стала постепенно разворачиваться к более широкой социо-гуманитарной модели, то есть от ориентации на лечение болезней к сохранению здоровья. Это потребовало серьезных изменений в организации и финансировании медицины. В 1974 г. реформу здравоохранения провела Англия, а затем и ряд других стран. В 1990-е годы аналогичные реформы под эгидой Всемирного банка начали проводить постсоциалистические страны Центральной и Восточной Европы.

В СССР научные исследования в этой области осуществлялись в рамках фундаментальной программы, которая называлась "Общественные науки и здравоохранение". В ней преимущественное значение имели философские и медико-психологические разработки.

В Белорусской социологии и социогуманитарной науке в целом исследование проблем здравоохранения развернулось в 1990-е годы при изучении последствий аварии на Чернобыльской АЭС. В центре внимания ученых стали явления депривации (ограничение привычных форм жизнедеятельности), фрустрации (переживаний из-за невозможности самостоятельно определить или изменить свою ситуацию), тревожности, посттравматического стресса, самооценок здоровья, то есть психологические и социологические факторы, влияющие на здоровье людей, проживающих на загрязненных территориях (Е.М. Бабосов, Н.А. Барановский, А.И. Воеводский, В.А. Голуб, А.Г. Злотников, А.П. Касьяненко, А.И. Короткевич, И.Р. Кузьменкова, В.И. Моргунова, Л.А. Пергаменщик, А.А. Раков, А.В. Рубанов, Р.А. Смирнова, С.А. Шавель, Л.П. Шахотько и др.).

Современные социальные исследователи обращают внимание на явление медиализации современного общества. Медиализация представляет собой процесс, в ходе которого происходит распространение влияния медицины на все новые сферы общественной жизни. Этот процесс характеризуется возрастанием зависимости от медицины повседневной жизни и деятельности людей,

проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах протекания и лечении болезней [4].

Процесс медиализации разворачивался на протяжении многих столетий. О глубоком укоренении медицинских традиций в повседневную жизнь людей свидетельствуют описания народного быта, сделанные великим русским ученым М.В. Ломоносовым, художественные произведения А.С. Пушкина, А.П. Чехова и др. Многовековой опыт народной медицины выработал ряд правил повседневной жизни, которым следовали при выборе мест поселения, материалов для строительства жилища и создания одежды. Особое внимание уделялось вопросам личной гигиены. Всему миру известна русская баня, которая считалась обязательной еженедельной оздоровительной процедурой. Издавна были известны и широко использовались лечебные свойства растений.

В современном обществе процесс медиализации происходит более интенсивно, и его социальные последствия не всегда однозначны. Мы рассматриваем медиализацию как закономерный процесс развития общества, который связан, с одной стороны, с ростом востребованности обществом медицинского знания и компетенции, с другой стороны, с развитием возможностей самой медицины в обеспечении растущих потребностей общества. В течение нескольких последних столетий невероятно усложнилась общественная жизнь, изменился ее ритм, резко возросла интенсивность социальных контактов и воздействия человеческой деятельности на природу. В результате этих процессов увеличились нагрузки на человеческий организм, произошли негативные сдвиги в состоянии здоровья людей, изменился характер заболеваний – преобладают не инфекционные, как это было до начала XX века, а сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, которые в настоящее время являются основными причинами смерти населения развитых стран мира. Наблюдается рост числа хронических заболеваний, которыми все чаще страдают дети. Происходит процесс старения населения, увеличение числа пожилых людей, среди которых доля хронически больных особенно велика. Больные, страдающие хроническими заболеваниями, как правило, не освобождаются от своих социальных обязанностей и стремятся вести активную в социальном отношении жизнь. В большинстве случаев такая возможность обеспечивается только при условии регулярного медицинского наблюдения, проведении специальных контрольных процедур и использовании медицинских препаратов. Самолечение, как правило, лишь усугубляет заболевание и требует впоследствии более радикального медицинского вмешательства. Таким образом, все большее количество людей нуждается в услугах медицины и становится все более зависимыми от нее.

Заинтересованность общества в новых медицинских технологиях связана также с увеличением числа рисков для здоровья человека (техногенного, экологического, военного и политического характера, распространением угрозы терроризма), которые приводят не только к возникновению новых заболеваний, но и увеличению числа инвалидов. Социальная реабилитация инвалидов не возможна без использования новейших биомедицинских технологий. В современном обществе медицинские технологии постепенно становятся важной и неотъемлемой составляющей повседневной жизни каждого человека. Беременность, рождение детей и уход за ними проходят, как правило, под медицинским контролем и связаны с необходимостью проведения специальных профилактических и лечебных мероприятий. Необходимость ограничивать число рождаемых детей вынуждают мужчин и женщин использовать репродуктивные технологии и быть зависимыми как от уровня компетенции отдельных медицинских специалистов, так и медицины в целом.

Увеличение продолжительности жизни населения, возрастание доли пожилых людей и их стремление к полноценной жизни заставило социальных политиков обратить внимание на проблему старения [5]. Качество жизни пожилых людей во многом определяется качеством и доступностью медицинского обслуживания. С этой целью создаются гериатрические больницы и отделения, специальные зоны проживания. Уход человека из жизни в большинстве случаев не обходится без участия медицинского персонала. Люди все чаще приходят к мысли о том, что здоровье является частью человеческого капитала, составляющей социального статуса и фактором социальной мобильности. Это побуждает индивидов заботиться о здоровье и проявлять интерес к технологиям, сохраняющим и укрепляющим его. Рост уровня жизни во многих странах мира, стремление следовать моде приводят к возрастанию потребностей населения в услугах профилактической медицины и косметологии, способствует созданию индустрии здоровья. В настоящее время медицина является одной из наиболее технологичных отраслей знания и производства. Она имеет огромный потенциал спроса и предложения, является одной из наиболее крупных и интеллектуально насыщенных профессиональных монополий. Без участия врачей не решается ни одна глобальная проблема современного общества.

Необходимо отметить, что зарубежные социологи в целом выступают с критикой медиализации. Они утверждают, что, несмотря на то, что медиализация является естественным результатом развития

общества и во многом обусловлена стремлением к рационализации жизни и минимизации рисков для здоровья, она порождает ряд проблем, которые требуют к себе пристального внимания со стороны государства, гражданского общества, науки. В этой связи обращается внимание на необходимость совершенствования системы социального контроля над здравоохранением. Например, Зола (Zola) обращает внимание на опасность закрепления медицинских "ярлыков" за некоторыми человеческими свойствами или типами поведения, например, таких как "инвалид", "наркоман", "алкоголик". По его мнению, это может способствовать исключению стигматизированных (от лат. stigma – метка, ярлык) лиц из процесса нормального социального взаимодействия [6]. Сами медики обеспокоены возникновением проблемы зависимости от антибиотиков, амфетаминов и других препаратов. Особенно остро эта проблема стоит для США, где необоснованный прием лекарственных препаратов является одной из ведущих причин смертности населения. Ряд ученых полагают, что медиализация способствует возрастанию ятрогенных рисков, т.е. угроз человеческому здоровью при вмешательстве медицины, например, из-за необоснованного применения радикальных методов лечения и диагностики заболеваний, в результате побочных эффектов при использовании медицинских препаратов и технологий.

Наиболее значимым аспектом медиализации представляется проблема всеобщей зависимости от медицины индивидов и популяций. Ее актуальность усиливается тем обстоятельством, что в результате научно-технического прогресса, вследствие роста специализации знания и его монополизации медициной, происходит постоянное увеличение разрыва в компетенции между пациентами и представителями медицинских профессий. Укрепляется социальная власть в отношениях между медициной и обществом, между врачами и пациентами. Медицина становится областью реализации властных отношений [7].

Наряду с такими социальными институтами, как семья, образование, СМИ, медицина участвует в процессе социализации человека, формирует схемы восприятия и оценивания мира [8-9]. В этой связи возрастает роль доверия медицине и ее ответственность перед обществом. Нет сомнения, что при системном анализе здравоохранительной деятельности, феномен медиализации необходимо учитывать. Его можно рассматривать как латентную функцию медицины, то есть как непреднамеренное, непрограммируемое медициной последствие ее деятельности [10]. Поскольку медиализация, на наш взгляд, представляет собой одну из характеристик социальной структуры общества, ее необходимо учитывать при концептуальном обосновании социальной политики в области охраны здоровья и законотворчестве.

ЛИТЕРАТУРА: 1. Culier A.J., Wagstaff A. Need, equality and social justice. Need, equity in health and health care. – Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus University, 1991. 2. Шавель С.А., Смирнова Р.А. Социальная политика суверенной Беларуси. – Минск: Институт социологии НАН Беларуси, 1996. 3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.: системы здравоохранения: улучшение деятельности. Всемирная организация здравоохранения, 2000. 4. Шухатович, В.Р. Медиализация / В.Р. Шухатович // Социология: Энциклопедия. – Мн., 2003. – С. 543–544. 5. Jerome D. Ageing in modern society: Contemporary approaches. – London: Groom Helm, 1983. 6. Zola I.K. Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society // Sociological Review, 1972, vol. 20, pp. 487–50. 7. Подорога В. Россия. XX век. Власть. // Дружба народов. 1994. №3. С. 136–150. 8. Бурдые П. Социальное пространство и символическая власть / П. Бурдые // Начала. – М., 1994. – С. 181–207; 9. Фуко М. Порядок дискурса / Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. – М., 1996. – С. 47–97. 10. Мертон Р. К. Явные и латентные функции / Американская социологическая мысль. – М., 1996. С. 393–462.