

Доцільно на основі поєднання множини таких наукових напрямів виокремити новий науковий напрям у соціології -- соціологію соціальної реабілітації.

Соціальна реабілітація як певних соціальних груп, так і окремих громадян українського суспільства може успішно здійснюватися за умови цілеспрямованої соціальної політики держави – соціальної підтримки, соціального захисту та соціального забезпечення населення.

Література

1. Луман Н. Глобализация мирового сообщества: как следует системно понимать современное общество // Социология на пороге 21 века. Новые направления исследований. – М., 1998. – С. 94–109.

2. Лукман Т. О социологическом видении нравственности и нравственной коммуникации // Социология на пороге 21 века. Новые направления исследований. – М., 1998. – С. 54–61.

3. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. – М., 1991.

Любовь Витальевна СТОЯНОВА,
*аспирантка кафедры социологии Института
социальных наук Одесского национального университета им. И.И.Мечникова*

Процесс реформирования института здравоохранения: методологические и эмпирические аспекты

Политика стран Европейского региона в области охраны здоровья в XXI столетии, по определению ВОЗ, должна основываться на таких принципах:

- здоровье как одно из наиболее важных прав человека;
- справедливость и солидарность в вопросах здоровья и его охраны;
- участие в охране и ответственное отношение к здоровью всех членов общества;
- доступность, адекватность и медико-экономическая эффективность систем охраны здоровья [1, с. 9; 2, с. 4].

Развивая эти принципы, Украина как социально ориентированное государство, согласно Конституции, берет на себя обязательства обеспечить необходимые условия реализации духовного, интеллектуального и культурного потенциала каждого индивида, независимо от национальности, религиозных убеждений, профессионального уровня и финансовых возможностей. Для реализации этих положений Конституция Украины определяет основные положения и принципы построения национальной системы охраны здоровья.

Однако, несмотря на относительные успехи в разработке законодательной базы в области охраны здоровья и определенные усилия по созданию соответствующих социально-экономических условий развития медицинской службы, на сегодняшний день еще не удалось одолеть проблемы данной отрасли.

При относительно высоком уровне обеспеченности системы здравоохранения врачами (Украина – 40 на 10 000 чел. населения, Германия – 20, Англия – 18) Украина характеризуется сравнительно низким уровнем здоровья населения. Показатели заболеваемости и смертности за последние 8 лет выросли на 30–40%. А такие социально значимые болезни, как СПИД, туберкулез, наркомания, заболевания половых органов, приобрели характерные черты эпидемий [2; 3].

Негативные явления в системе регионального управления отрасли усложняют ситуацию в системе охраны здоровья. Игнорирование научно обоснованных рекомендаций, социально-экономических законов и международного опыта углубляет противоречия в области здравоохранения.

Реформы необходимы. Развитие рыночных отношений и конкурентной среды в экономике в целом обеспечивает национальному потребителю возможность свободного выбора абсолютного большинства товаров и услуг. В то же время в охране здоровья большой ограничен в своем праве свободного выбора места и метода лечения, а раздаточная система обеспечения медицинских учреждений ресурсами, которая сохранилась с советских времен, вступает в резкое противоречие с общим рыночным окружением [4, с. 19].

При этом диагностика состояния общественного здоровья и изменений его в определенные временные интервалы может свидетельствовать о поиске такой системы, которая была бы адекватна переменам общественной жизни. Проблема состоит в том, чтобы отслеживание и анализ процессов изменения институциональных реформ, в том числе в системе здравоохранения, давали бы целостную картину в масштабе страны, учитывая при этом специфику регионов и свидетельствовали бы о реальных шагах со стороны административно-территориальных управлений, общественных организаций, разных социальных групп в указанном направлении.

Конструирование новых моделей функционирования системы здравоохранения актуализирует проблемы соотношения государственного и частного секторов в общем объеме медицинских услуг, оценки их качества, их оплаты, в том числе со стороны различных специалистов и в разрезе стационарного и амбулаторного видов лечения. С этой целью выявлялось общественное мнение горожан насчет темпов и сущности реформирования системы здравоохранения, критериев оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи и их адресной направленности.

По результатам проведенного опроса (выборочная совокупность в исследовании 2002–2003 года составляла 647 респондентов, кроме того, использовались данные специального исследования по проблемам социального здоровья в объеме выборки 150 человек, представляющих специализированную

группу лиц, обратившихся за медицинской помощью в одну из городских поликлиник г. Одессы; основным методом сбора информации являлось глубинное формализованное интервью по месту жительства и в поликлиниках) 90,6 % респондентов считают, что в системе здравоохранения необходимо реформирование; 2/3 опрошенных уверены в том, что оно должно начаться незамедлительно; 3% от числа опрошенных не разделяют общего мнения о необходимости реформ в системе здравоохранения и считает, что надо оставить все так, как есть (см. табл. 1).

Таблица 1

Мнения респондентов о необходимости реформирования системы здравоохранения в Одесской области, 2002 (%)

Реформа необходима незамедлительно	69,3
Лучше подождать с реформой до принятия закона в общегосударственном масштабе	21,5
Лучше вообще ничего не менять, оставить все как есть	4,0

Защитники реформ ожидают от них позитивных перемен, тогда как «умеренные» не верят в пользу для народа от их проведения. Соотношение этих групп 54% к 45%, то есть позитивные ожидания в массе населения преобладают.

По сути преобразований общественные настроения представлены следующими тенденциями.

Большая часть населения – 60,4% – хотела бы сохранить учреждения здравоохранения в государственном подчинении; 16,2% видят целесообразность управления со стороны общественных, специально созданных комитетов и наблюдательных советов; 12,2% ратуют за частную форму медицинских учреждений; подведомственные (отраслевые) формы управления поддерживают 8% респондентов.

Ориентированы на систему государственного бесплатного здравоохранения 46% от числа опрошенных; готовы платить ежемесячный страховой взнос в систему государственного здравоохранения – 42%; предпочитают частную практику – 13,4%.

В качестве формы врачебной практики признают семейного врача в системе государственного здравоохранения в 34 случаях из 100 или участкового врача (как и ранее) в 32 случаях из 100; в системе частной практики – врача клиники семейной медицины в 12 случаях из 100, частнопрактикующего семейного врача в 19 случаях из 100.

В общественном мнении возможен переход всей системы здравоохранения на платные услуги согласуется с необходимостью оказания бесплатных медицинских услуг определенным слоям населения.

Такие ориентации носят относительно устойчивый характер. Доля лиц, рассчитывающих на бесплатное лечение, в динамике 2000–2002 годов, хотя и медленно, сокращается (48–46%), доля готовых внести свой вклад в страховую медицину увеличивается (28–42%) (см. табл. 2).

Таблица 2
Мнения респондентов о наиболее предпочтительных формах оплаты лечения (%)

Формы оплаты лечения	2000	2002
Услуги частнопрактикующих врачей, коммерческих больниц, поликлиник	17,0	13,0
Услуги страховых компаний	28,0	41,7
Бесплатное лечение в системе государственного здравоохранения	48,0	45,9

Неоднозначные оценки получены при обсуждении вопросов о критериях принятия решений о бесплатной медицинской помощи.

Согласованным на общественном уровне можно считать только критерий тяжести заболевания (65,5%). Социальные критерии в качестве значимых признают 43% респондентов, но это касается только определенных категорий граждан – пенсионеров, инвалидов, детей и многодетных семей (88%). Что касается бедных семей, то их готовы поддержать 53% от общего массива опрошенных. Вид заболевания в качестве критерия принятия решения о бесплатной медицинской помощи поддерживает треть населения; в частности, необходимость поддержки со стороны государства в случае туберкулеза признают 94% опрошенных, инфекционных заболеваний – 87%, ВИЧ, СПИД – 83%, психических заболеваний – 84%. Наркомания, алкоголизм и заболевания, передающиеся половым путем, по мнению большинства опрошенных, должны быть отнесены к сфере личной ответственности граждан, что означает оплату лечения за их счет.

Украина – страна с рыночной экономикой, где существуют и будут существовать разные общественные группы, различие которых можно определять по их отношению к собственности, по материальному достатку, по этническому, демографическому и другим показателям. Различные общественные классы, местные самоуправляющиеся общины, профессиональные, возрастные группы, религиозные общины, молодежные объединения, наконец, люди с высокой самоорганизацией, способные востребовать индивидуальные программы здорового образа жизни, – все эти группы нуждаются в качественной медицинской помощи, но у них неодинаковые запросы и возможности получения медицинского обслуживания. Украинская система здравоохранения как институт социального контроля за уровнем здоровья общества должна иметь дело с каждой из общественных групп, уметь отвечать на их запросы, постоянно расширяя возможности их удовлетворения.

Схема финансирования медицинской помощи в целом должна гибко реагировать на различие местных условий, учитывать возможности и особенности того или иного общественного субъекта и эффективно работать для решения главной задачи института здравоохранения – обеспечения доступной, качественной, функциональной, эффективной и ресурсно-обеспеченной медицинской помощи в Украине. При этом гарантом обеспечения качества медицинской помощи, независимо от канала ее получения, должны оставаться государственные стандарты медицинской помощи.

Литература

1. Витяз з доповіді комітету експертів ВООЗ // Клінічна фармакологія, фізіологія, біохімія. – 1997. – № 2.
2. Літвак А., Погорілий В., Тищук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. – Одеса, 2001.
3. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения г. Одессы за 1999–2000 гг. – Одесса, 2001.
4. Пульс Украины. Перспектива – 2010. – К., 1999.

Викторія Борисовна ГАПУРЕНКО,
асистентка кафедри соціології
Інституту соціальних наук
Одеського національного університету
ім. І.І.Мечникова

Проблемы проникновения в субъективный жизненный мир в социологическом изучении состояния болезни

Переживание болезни влечет за собой помимо объективных последствий, таких как физические страдания, ограничение функциональной активности, сужение жизненного пространства по причине разрыва ряда социальных связей, и субъективные последствия, выражающиеся в «самозамыкании» и отчуждении индивида. Эти последствия являются одним из выражений стигматизации, которая действует по собственным законам стереотипизации, мистификации, метафорического мышления и порождает комплекс ущербности. Переживания и особенно поведение больного часто представляются для других непонятными и непоследовательными. Взаимопонимание между больными и здоровыми либо достигается с большим трудом, либо вовсе недостижимо. Таким образом, можно обозначить *первый круг проблем* проникновения в субъективный мир больного для социолога-исследователя, поскольку последний, будучи здоровым, мыслит иными категориями, их смысловые концепты