

## СОЦІАЛЬНИЙ МЕХАНІЗМ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю В УМОВАХ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Анна АНДРУХ

Copyright © 2008

**Постановка проблеми.** Наявність проблем у системі охорони здоров'я України зумовлює потребу побудови дієвих механізмів досягнення позитивних результатів за наявних соціально-економічних умов суспільствотворення. Покращення та збереження здоров'я населення можливе шляхом створення певного механізму регулювання соціальних відносин та поведінки у цій сфері, зокрема медичного страхування. Дана стаття є авторською спробою запропонувати методологію вивчення системоутворювальних зв'язків, які забезпечують розвиток соціальних процесів у сфері охорони здоров'я.

**Ключові слова:** здоров'я, соціальний механізм сприяння здоров'ю, суб'єкти медичного страхування.

Період соціально-економічних трансформацій зумовлює негативні тенденції у збереженні здоров'я населення і ставить перед суспільством завдання домогтися результативних змін у цій сфері. Стан здоров'я населення України на сьогодні викликає не тільки занепокоєння, а наближається до моменту соціальної катастрофи. Проблема здоров'я стає все більш актуальною у зв'язку із збільшенням не лише зовнішніх факторів впливу на здоров'я, а й із виявленням та усвідомленням внутрішніх чинників, які зумовлюють певний рівень захворюваності населення. Стає все більш очевидно, що лише медицина не в змозі забезпечити належний рівень здоров'я населення, яке сьогодні вже розглядається не тільки як медична категорія, а й як соціокультурний, духовно-моральний, психологічний феномен.

Огляд літератури дає підстави констатувати, що до найбільш розроблених питань з проблеми здоров'я належать дослідження основних факторів (у т.ч. й соціальних), котрі зумовлюють ті чи інші показники стану здоров'я [24, с. 19–120], соціомедичні розвідки,

які в основному вивчають ставлення населення до процесів та явищ, які відбуваються у системі охорони здоров'я (В.М. Богомаз, В.В. Рудень, Д.В. Карамішев та ін.). Нині ставлення громадян до власного здоров'я, їхній спосіб життя, поведінковий фактор все більше спричинює небажаний рівень захворюваності та інші невітні показники стану здоров'я [11]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я людини на 70–80% визначається саме власним ставленням до нього та можливістю впливати на чинники, які здійснюють на нього негативний вплив. На сьогодні система охорони здоров'я в основному зорієнтована на покращення якості, кількості та доступності медичної допомоги населенню, а не на формування здорового способу життя та здійснення охоронозбережувальних дій людини щодо свого здоров'я.

Виникає потреба формування у населення турботливого ставлення до здоров'я й розширення позитивних форм поведінки у сфері здоров'я, використовуючи ті можливості та важелі, які охоплюють нові соціально-економічні реалії українського суспільства. В даному випадку впровадження медичного страхування в обов'язковій формі видозмінить усталені правила, цінності та норми взаємин між людьми, сприятиме відповідальності кожного за своє здоров'я. Функціонування добровільного медичного страхування (у т.ч. лікарняних кас) уже сьогодні підтверджує наявність певних зрушень в охоронозбережувальній поведінці застрахованих осіб [14, с. 87–89] і вказує на зростання рівня задоволення пацієнтів якістю медичної допомоги [6, с. 127–128].

Задля покращення показників здоров'я та індикаторів сприяння здоров'ю населення доцільно здійснювати цілеспрямований вплив на так звані “фактори здоров'я” у ситуації обов'язкового медичного страхування, а також використовувати ті його важелі, які вплива-

тимуть на охоронозбережувальну поведінку шляхом створення дієвого механізму регулювання соціальних відносин та поведінки у сфері охорони здоров'я.

**Основною дослідницькою проблемою** є розробка теоретико-методологічної моделі дослідження дії соціального механізму сприяння здоров'ю за умов медичного страхування, у т. ч. визначення його основних структурних елементів та особливостей функціонування.

**Завдання дослідження:** а) обґрунтувати зміст поняття “соціальний механізм сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування”; б) виявити об'єктивні передумови, пов'язані з дією даного соціального механізму; в) виявити його структурні елементи та основні показники ефективного функціонування цього механізму.

Найбільш адекватним для розв'язання поставленої проблеми у нашому випадку є *соціологічний підхід*, який заснований на **теорії соціальної дії та концепції соціального механізму**. І це зрозуміло чому. Соціологи М. Вебер, П. Сорокін, Т. Парсонс, Г. Спенсер заклали теоретичну базу вивчення соціальної регуляції як вітакультурної системи, котра організує життєдіяльність індивідів за допомогою відповідних соціальних норм і категорій культури. Поведінка у сфері охорони здоров'я – це результат загальноприйнятого щоденного діяння людини, котре не потребує внутрішнього мотивування, головню зумовленого культурою, а не особистими спонуваннями й переконаннями. Та й особливості свідомості і поведінки людини не є первинні, а переважно похідні від соціонормативної культури соціуму. Моделі поведінки, котрі залежать від свідомої мотивації, як відомо, виявляються менш стійкими, ніж ті, котрі постають природним наслідком впливу соціальних норм і традицій.

Згідно з теорією соціальної дії суспільний індивід діє під впливом певних соціальних регуляторів даного соціуму, які орієнтують його на ту чи іншу поведінку. В рамках досліджуваної проблематики насамперед мовиться про охоронозбережувальну поведінку як систему дій і ставлень людини, що забезпечує підтримку та покращення здоров'я [26, с. 97–101]. Тому потрібне створення в умовах медичного страхування таких можливостей, за яких людина матиме змогу більше контролювати своє здоров'я, турбуватися про нього, відповідати за його стан, розвивати уміння і навички ведення здорового способу життя. Таке сприяння здоров'ю утверджуватиметься як “процес надання

можливостей людям посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та його факторами і тим самим покращувати його” [16, с. 12].

Поняття “соціальний механізм” досить широко використовується в дослідженні різних соціальних процесів (наприклад, механізм соціального управління, соціальний механізм розвитку тощо) і є одним із засобів вивчення соціальних явищ. На думку О. Конта, соціальний механізм забезпечує цілісність, життєздатність, виживання та розвиток будь-якого суспільства, його членів.

Концепція соціального механізму в різних формах розглядалась також Е. Дюркгеймом, М. Вебером, Т. Парсонсом, Г. Спенсером. Зокрема Г. Спенсер наголошував на тому, що регулювання будь-якого соціального організму (соціальних процесів, явищ) здійснюється задля збереження стабільності та підтримки рівноваги між ними. Відтак соціальний механізм – це складна соціальна система, яка регулює та гармонізує певний процес з метою досягнення чітко визначеного результату й у такий спосіб задоволення суспільних та індивідуальних інтересів.

Нами так визначається зміст категорійного поняття “соціальний механізм сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування”: це система внутрішніх і зовнішніх регуляторів, які утворилися під дією певних змін у системі охорони здоров'я за сучасних соціально-економічних перетворень у суспільстві, стимулюють формування та розвиток охоронозбережувальних дій людини стосовно свого здоров'я, регулюють її поведінку в напрямку покращення власного здоров'я і здоров'я навколишніх. Розкрити дію зазначеного механізму для нас означає показати, за яких умов і чинників, за допомогою яких регуляторів й у результаті взаємодії яких соціальних суб'єктів формується ефективна соціальна система. Аналіз соціального механізму дає змогу розкрити зміст взаємодії між усіма суб'єктами медичного страхування та державою щодо збереження і поліпшення здоров'я, окреслити важелі такого страхування, через які здійснюється регулятивний вплив на суспільні відносини з метою покращення здоров'я населення.

**Об'єктивні передумови**, пов'язані з потребою пізнання досліджуваного соціального механізму, зумовлені соціально-економічними тенденціями у сфері охорони здоров'я і переважно спричинені наступними явищами:

– критикою біомедичної моделі (парадигми) здоров'я [ 32; 33; 34];

- міждисциплінарним статусом проблеми здоров'я [31; 36];
- несприятливими прогнозами розвитку демографічної ситуації в країні [15; 27];
- недостатньою ефективністю діяльності органів охорони здоров'я в напрямку покращення показників здоров'я на сьогоднішній день [21];
- поступовою втратою патерналістичної сутності системи охорони здоров'я за нових соціально-економічних умов, що змінює ставлення і поведінку населення стосовно свого здоров'я;
- неповним забезпеченням прав людини на здоров'я та належне медичне обслуговування, коли нагальні соціальні потреби громадян не задовольняються через економічну неспроможність держави [3; 18; 25];
- наявністю корупції, тіньового фінансування галузі та переважаючим неформальним відносинам у сфері охорони здоров'я, що негативно впливають на взаємостосунки медичного персоналу з пацієнтами [20; 21];
- низьким рівнем культури здоров'я у ситуації відсутності належної державної ідеології [29];
- безвідповідальним ставленням населення до індивідуального та суспільного здоров'я, відсутністю дієвих регуляторів соціальної поведінки у цій сфері [30];
- впливом соціальних змін на стан здоров'я у контексті збільшення антропогенних і техногенних факторів (ризиків) негативного впливу на здоров'я людини в сучасному суспільстві [2, с. 342–345].

*Основними покомпонентними складовими досліджуваного соціального механізму перш за все є:*

- об'єкт медичного страхування – здоров'я людини;
- суб'єкт медичного страхування – страхувальник, страховик, застрахована особа, лікувально-профілактичні установи, фармацевтичні компанії та ін.;
- взаємодія між усіма суб'єктами;
- система набутих норм та цінностей людини, соціальної групи чи суспільства загалом;
- способи і засоби дій, за допомогою яких забезпечується досягнення певної мети оздоровлення.

Розглянемо кожен з компонентів даного механізму і контурно опишемо зв'язки між ними, починаючи з найголовнішого – об'єкта, адже наявність потреби у здоров'ї є чи не єдиним мотивом діяльності соціальної істоти щодо його збереження та покращення. Передусім укажемо на істотну розбіжність у розумінні об'єкта медичного страхування в еконо-

мічній, медичній та соціальній площинах аналізу. Так, з економічного погляду таким об'єктом вважаються майнові інтереси, які пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги для відновлення здоров'я застрахованої особи. Водночас об'єктом тут часто є страховий ризик, котрий пов'язаний з фінансуванням та наданням медичної допомоги при настанні раніше застрахованого випадку. За цих обставин медичне страхування реально “працює” лише на осіб, які зазнали якоїсь шкоди для свого здоров'я, усвідомивши її наявність, і на передодні застрахувались. Але здорова людина, на відміну від особи, котра має певні проблеми зі здоров'ям, не відчуває потреби звертатися за медичною допомогою та мінімізувати свої витрати через механізм страхування.

З медичного погляду, відповідне страхування спрямоване лише на відновлення здоров'я через надання медичної допомоги (послуг) у межах суми страхових внесків, і не бере до уваги існування інших умов чи факторів, які теж дієво впливають на стан здоров'я населення (скажімо, навколишнє середовище, спосіб життя, генетика). Із соціальних позицій здоров'я – це своєрідне дзеркало соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, тобто один із соціальних індикаторів суспільного прогресу. Отож здоров'я людини є багатогранний соціально-психологічний феномен.

При розгляді здоров'я як важливої складової соціального механізму є потреба в його соціологічному осмисленні та визначенні факторів, які його зумовлюють. У цьому аналітичному форматі провідний російський науковець у сфері соціології здоров'я О.В. Дмитрієва визначає здоров'я як стан, котрий забезпечує оптимальну психологічну, фізіологічну, репродуктивну та соціальну життєдіяльність індивіда [9]. Дане визначення співзвучне тому, що запропоноване ВООЗ ще в 1946 році і що й сьогодні широко використовується науковцями: **здоров'я – це стан повного фізичного, розумового і суспільного благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи інвалідності** [35].

Сам характер цього визначення вказує на те, що здоров'я виходить за межі компетенції однієї медицини. Дослідники встановили, що на здоров'я людини лише на 8–10% негативно впливає медичне забезпечення – неефективність профілактичних заходів, несвоєчасна та низька якість медичної допомоги, 18–22% –

вплив генетики та біології людини на її здоров'я, у 17–20% випадків негатив здоров'ю створює довкілля, кліматичні умови, а в 49–53% – куріння, незбалансоване та неправильне харчування, вживання алкоголю, шкідливі умови праці, стресові ситуації, незадовільні побутові умови, вживання наркотиків, зловживання ліками, тобто складові способу життя [28]. Фіксація меж у вияві відсотків свідчить про відносність впливу наведених факторів на здоров'я людини. Наприклад, об'єктивне зниження частки впливу такого фактора як “спосіб життя” закономірно приведе до збільшення впливовості системи охорони здоров'я. Проте сутнісно справжній внесок останньої у фактичне здоров'я нації не зростає. Водночас очевидно, що система охорони здоров'я і медицина з роками збагачується новими, більш ефективними методами діагностики, лікування, профілактики захворювань, що й спричинює вищий ступінь виліковування населення. Так, у наш час, за даними українських та російських дослідників, вплив охорони здоров'я на показники стану здоров'я людини в цілому зріс на 16% [12]. У цьому контексті сприятливою обставиною є відкритість економіки, обмін новітніми медичними технологіями і медикаментами, а також розширення інформаційного поля, знань і досвіду. І все ж у доповіді про стан охорони здоров'я у Європі (2002 р.) підкреслюється, що 60,3% факторів, що зумовлюють квітуче здоров'я, на сьогоднішній час ще не виявлено [10, с. 9]. Тому з'ясування останніх дасть змогу розширити дієвість охоронозбережувальної поведінки населення, підвищить ефективність охорони здоров'я, оптимізує стратегії лікування і профілактики захворювань.

*Ефективність функціонування соціального механізму сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування можлива лише при взаємній активності і збалансованій взаємодії суб'єктів такого страхування.* За найкращих обставин дії всіх суб'єктів страхування мають бути цілеспрямовані, чітко скоординовані та узгоджені, а їхні інтереси захищені законодавчо-нормативними документами. У контексті цього розуміння медичне страхування у найближчі роки чи десятиліття здобуде статус одного з нових інститутів нашого суспільства, який буде інтенсивно розвиватись. Тоді страхові компанії (страховики) як суб'єкт виступатимуть об'єднавчою ланкою між усіма іншими суб'єктами, посередниками між пацієнтами та медичними закладами і приватними

лікарями, укладаючи з ними договори про співпрацю. Вже сьогодні будь-яка страхова компанія (СК) видає страхові поліси та безпосередньо працює із застрахованими особами. Вивчення реальних взаємовідносин між страховими медичними закладами та застрахованими особами можливе за допомогою соціологічних методів, адже ступінь задоволення пацієнтів отриманою медичною допомогою – це один із тринадцяти відомих показників якості цієї допомоги. Дослідження українських науковців свідчить про високе задоволення пацієнтів отриманою допомогою за договорами добровільного медичного страхування, яке сьогодні в Україні успішно функціонує [5].

Сьогодні між страховиками та медичними закладами постійно здійснюється спільна робота щодо контролю за якістю медичних послуг і використанням ресурсів. Проте саме тут виникає найбільше проблем з медзакладами державної і комунальної форм власності: кошти за надані послуги витрачаються здебільшого на господарські потреби, а не впливають на зацікавленість лікарів і медперсоналу в якісній співпраці з СК. Цих труднощів не виникає у роботі з приватними клініками. Однак тут страховики стикаються з бажанням медиків надати пацієнтові максимальний (хоч і не завжди потрібний) обсяг медичних послуг, що дорого коштує СК. Відтак розв'язання проблеми головно перебуває в юридичній площині, де згідно з чинним законодавством державним і комунальним медичним установам заборонено надавати платні послуги, керуючись ст. 49 Конституції України.

Страхувальник (роботодавець – юридична чи фізична особа) як суб'єкт стоїть ніби осторонь, адже від нього вимагається лише здійснювати страхові внески відповідно до вимог чинного законодавства. Він, як і застрахована особа (тобто споживач медичних послуг), здебільшого не поінформований про грошовий еквівалент вартості конкретної медичної послуги, не може безпосередньо впливати на розмір винагороди лікарю чи розмір страхових внесків. З іншого боку, розмір останніх не залежить від охоронозбережувальної поведінки людини, а тому не впливає на свідоме та відповідальне її ставлення як застрахованої особи до свого здоров'я.

При взаємодії суб'єктів медичного страхування доречно виділити кілька проблем:

**А. Різне розуміння об'єкта медичного страхування та завдань охорони здоров'я.** Розв'язання проблеми збереження та покращення

щення здоров'я великою мірою залежить від того, що розуміється населенням під поняттям "здоров'я". Аналіз отриманих результатів соціологічного дослідження серед пацієнтів сімейних амбулаторій міста Львова вказує на різне витлумачення змісту цього поняття. Зокрема, 73% анкетованих із числа пацієнтів, які обслуговуються сімейними лікарями, ознайомлені з класичним визначенням ВООЗ щодо здоров'я. Проте 26% серед опитаних узагалі не сформували думку стосовно цього питання. 33% респондентів вважають, що здоров'я – це стан, коли відсутні будь-які захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти, 32% – інтерпретують здоров'я як стан, за якого функції всіх органів та систем урівноважені з навколишнім середовищем, 32% – визначають здоров'я як відсутність хвороби, 17% – вважають, що здоров'я – це стан, коли людина не звертається з проблемами здоров'я до лікаря, тоді як 15% – розуміють під цим поняттям саме відсутність хронічних захворювань [23, с. 66–67].

Отже, сьогодні звучується завдання системи охорони здоров'я до процесу лікування. Часто лікарі не зацікавлені в якості та кількості своєї праці, а прагнуть використовувати певні медичні технології лікування, збувати ті чи інші фармпрепарати за матеріальне заохочення. Здебільшого і пацієнти вмотивовані в результативному лікуванні своєї хвороби, а не стільки у відновленні власного здоров'я. Тому метою системи охорони здоров'я реально є не здоров'я як цінність людини, а якісна медична допомога.

**Б. Наявність різних інтересів та потреб у суб'єктів медичного страхування.** Діяльність лікаря сформована як результат потреби у лікуванні, що виникає при порушенні стану здоров'я людини, та згідно з принципами медичної етики і деонтології повинна бути спрямована на захист інтересів пацієнта. Сьогодні у взаємостосунках між українським лікарем та пацієнтом діють переважно економічно зумовлені інтереси. В системі охорони здоров'я за медичного страхування пацієнт прагне одержати якісну медичну допомогу при найменших особистих витратах. Страхова компанія зацікавлена в тому, щоб застрахованими особами ставали лише здорові або майже здорові громадяни, на їх лікування витрачати якнайменше видатків, але зібрати з них якнайбільше коштів у вигляді страхових внесків із застрахованих пацієнтів. Лікар намагається одержати від пацієнта як можна більше медичних послуг, що дозволить йому більше заробити грошей у

страхової компанії з огляду на класичну схему роботи у системі медичного страхування. Роботодавці зацікавлені у виплаті мінімальних страхових внесків на страхування, розраховуючи при цьому на одержання медичних послуг у достатньому обсязі для підтримки здоров'я своїх працівників [13]. В умовах добровільного медстрахування при наявних розбіжностях у цілях дані суб'єкти намагаються усе ж таки співпрацювати з власною вигодою для себе. Експерти також зазначають, що існують істотні розбіжності в інтересах суб'єктів медичного страхування, котрі взаємодіють на різних принципах – добровільно чи обов'язково. Страхові компанії, які займаються добровільним медичним страхуванням, схильні здійснювати селекцію ризиків – залучати клієнтів з низькими ризиками захворювання і тих, котрі одужують швидше, уникаючи страхування осіб з високим ризиком захворювань, у т. ч. й хронічних. СК зацікавлені у "здорових" клієнтах, у відсутності страхових випадків й у малих витратах на медичне обслуговування. При обов'язковому медичному страхуванні медики внутрішньо вмотивовані у хворих людях, щоб якомога більше надати медичних послуг та отримати від страхової компанії (чи держави) оплачені рахунки.

**В. Відсутність чинного законодавства та низька обізнаність населення у правових питаннях.** Медичне законодавство України залишається незмінним багато років і не може забезпечувати нормативного регулювання багатьох аспектів сучасних відносин у даній сфері. Не прописана категорія "медична послуга", невизначений базовий гарантований рівень медичної допомоги у державних медичних закладах, не розроблені стандарти якості окремих медичних послуг. При медичному страхуванні всі суб'єкти отримують певні права та обов'язки, згідно з якими формуються нові взаємостосунки. Відповідно до результатів соціологічного опитування лише кожен четвертий із застрахованих осіб оцінює свій рівень обізнаності про права у сфері охорони здоров'я як високий [1]. Тому можна констатувати факт використання у своїх інтересах (умисно чи ненавмисно) страховими компаніями та медичними працівниками низького рівня обізнаності застрахованих осіб про свої права, норми та принципи, згідно з якими мало б ефективно функціонувати медичне страхування. Крім того, відсутність досвіду медичного страхування вимагає спеціальних освітніх заходів як для

медичних працівників, так і інших суб'єктів, котрі надають медичну допомогу в умовах медичного страхування [7].

*Соціальний механізм працює на задоволення потреби у здоров'ї як на рівні особистості, так і на рівні держави, яка теж є інтегральним суб'єктом медичного страхування.* Тому доречно вказати на такі рівні функціонування даного механізму: макро-, мезо- та мікрорівень. *Основна дієва особа макрорівня – держава, яка уособлює представників органів державного управління та місцевого самоврядування, котрі мають змогу використовувати адміністративно-правові можливості суспільства, розподіляти економічні (страхові) ресурси та задавати правила гри всім іншим суб'єктам медичного страхування.* На даному рівні відбувається боротьба різних соціально-політичних сил за реалізацію своїх інтересів, що сьогодні спостерігається на політичній арені України. Ще з перших років незалежності відбуваються спроби узгодити цілі авторів законопроектів про загальнообов'язкове медичне страхування з намаганнями медиків і громадян, яких вони лікуватимуть. Кілька законопроектів розглядалось у Верховній Раді, мали місце жваві дискусії. Розроблена кількома міністерствами Концепція реформування галузі, прийнята так звана Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я, однак реально ніяких системних змін у галузі не відбулося. Тому влада повинна створити дієву нормативно-правову базу, яка б уможливила введення загальнообов'язкового медичного страхування в країні. Проте є певні перешкоди, а саме відсутня політична воля, наявна низька законотворча активність суб'єктів відповідної ініціативи, переважає неконсолідованість професійної діяльності представників правової та медичної гілок науки [8, с. 6].

Держава як суб'єкт медичного страхування не лише задає правила гри, а може, відповідно до законопроектів про обов'язкове медичне страхування, визначати розмір страхових внесків, перелік медичних послуг, що підпадати-муть під страховку. Саме держава здатна забезпечувати рівновагу між необмеженими потребами та обмеженими можливостями всіх сторін у сфері охорони здоров'я, причому іноді всупереч їхньому бажанню. У зв'язку з цим перед нею стоять наступні завдання:

– розробити державну політику сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування

(шляхом законотворення) та здійснення багатосекторальної діяльності;

– забезпечити сприятливі соціальні умови (побутові, освітні, ресурсні, екологічні, власне соціальні та ін.), що потрібні для поліпшення здоров'я населення;

– організувати співробітництво і посередництво всіх суб'єктів медичного страхування, координування дій у різних сферах та соціальних інститутах суспільства;

– постійно проводити просвітницьку діяльність на всіх рівнях – не тільки серед медичних працівників, а й з-поміж різних категорій населення.

Законодавство і політика покликані запропонувати суспільству механізми, які б стимулювали дії і кроки держави, спрямовані на покращення здоров'я населення. Вочевидь останні можуть бути ініційовані з двох позицій: а) зверху – вниз експертами, спеціалістами, законотворцями і б) знизу – вверх конкретними особами та групами, громадами. Такі дії і кроки сприяння здоров'ю повинні одночасно змінювати як поведінку людини у сфері здоров'я, так і діяння, спрямовані на створення сприятливого для здоров'я довкілля.

*Дієвими особами мезорівня є страхові компанії, медичні заклади, асістанські центри, лікарняні каси, страховики (роботодавці, органи місцевого самоврядування, пенсійний фонд) та ін.* У будь-якому разі з упродовження медичного страхування створюються нові інститути, відбуваються певні зміни в уже існуючих структурах. Страхові компанії в Україні поки що не мають можливості утримувати власну повноцінну лікувальну базу і значну частину своїх страхових зобов'язань виконують на базі державних та приватних медичних установ і закладів. З допомогою лікарів-експертів вони контролюють процес лікування і його кінцевий результат. Відкриваються спеціальні асістанські (диспетчерські) центри-служби, які здійснюють функцію укладання договорів з медичними закладами, а також координують обслуговування власників страхових полісів, їх консультування та госпіталізацію у профільні стаціонари, забезпечують своєчасний виклик швидкої і невідкладної медичної допомоги. Створюються лікарняні каси, які вже сьогодні ефективно функціонують у багатьох областях України як механізм прозорого залучення регулярних членських внесків і цільового їх використання – насамперед для забезпечення громадсько-солідарної взаємної медичної допомоги.

При переході до страхової медицини змінюється і статус вже існуючих закладів охорони здоров'я – вони стають виробниками медичних послуг з відповідними правами та обов'язками. У цьому зв'язку потрібно більш чітко визначити права й обов'язки пацієнтів, їхній захист [19]. Існування неформальних ринкових відносин у системі охорони здоров'я перетворило пацієнта на клієнта, а лікаря – на виробника медичних послуг і на продавця своєї праці та її результатів. За медичного страхування відносини “лікар – пацієнт” уже не є лінійними, а поле їхньої взаємодії визначається трикутником “медичний заклад – страхова компанія – потреби пацієнта” [17]. Однак і сучасний пацієнт стає все більш освіченішим, прагне договірному типу взаємин з лікарями й намагається отримати максимально повну інформацію про призначене лікування. Відтак відбувається зміна моделі поведінки з патерналістської на партнерську (“терапевтичну”). Саме при виявленні змін у поведінці людини у сфері здоров'я можна говорити про трансформаційні процеси у системі охорони здоров'я та інститутах, які входять до цієї системи.

*На мікрорівні функціонують такі суб'єкти страхування, як застраховані особи, котрі під дією певних регуляторів здійснюють свою поведінку в сфері здоров'я. Поведінка цих осіб перш за все ґрунтується на особистісних цінностях, потребах та інтересах, а не на суспільних чи державних, що може зумовлювати конфлікти між усіма суб'єктами медичного страхування.*

У будь-якому суспільстві діє система соціальних регуляторів, які сукупно здійснюють регулятивний вплив на розвиток суспільних відносин, сприяють організації взаємодії та співпраці людей в усіх сферах життєдіяльності. Ці регулятори визначають поведінку громадян, задають їм певні рамки, упорядковують численні соціальні стосунки. Для окремої особи регулятор є орієнтиром, на який він свідомо (раціонально чи атрактивно) спрямовує свої соціальні дії [4].

Нами вперше вводиться *категорійне поняття* “соціальний механізм сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування” як певна система внутрішніх і зовнішніх регуляторів, які утворилися під дією певних змін у системі охорони здоров'я на тлі соціально-економічних перетворень у лоні суспільства. Саме вони стимулюють формування і розвиток охоронозбережувальних дій людини щодо здоров'я, регулюють її вчинки стосовно власного здоров'я та здоров'я навколишніх.

Зрозуміло, що як соціальні механізми, так і соціальні регулятори, не виникають на пустому місці. Зокрема, підставою і причиною виникнення будь-яких соціальних регуляторів є наявність та реальне існування об'єктів, з приводу яких виникають певні відносини, здійснюється формування і реалізація окремих видів соціально значимої діяльності. Поява ж нових таких регуляторів свідчить про те, що діючі не можуть справитися з новою соціальною реальністю. Проте зазначене оновлення є відносним, передусім стосовно теперішніх соціально-економічних умов, домагаючись більшої дієвості та ефективності у результатах. Відсутність дієвих регуляторів соціальних відносин в умовах медичного страхування може призвести до ускладнення взаємостосунків між усіма суб'єктами медичного страхування на всіх рівнях, до погіршення показників стану здоров'я населення і в підсумку до непередбачуваних наслідків.

На формулювання бажаної мети та способів її досягнення впливають регулятори, серед яких треба виділити зовнішні і внутрішні. Перші – це важелі, які діють на поведінку під впливом об'єктивних обставин, котрі програмують норми поведінки, правила, вимоги, інструкції, побажання й очікування стосовно поведінки у сфері охорони здоров'я; другі – суб'єктивні, щонайперше інтереси, мотиви, потреби та цінності, котрі сукупно визначають життєві цілі людини чи соціальної групи. При цьому основними інститутами, які здатні реально впливати на зміну ставлення людини до свого здоров'я, на її поведінку, є сім'я і культура, заклади освіти та охорони здоров'я, а також засоби масової інформації, громадські організації, держава в цілому. Головна функція цих інститутів і структур щодо сприяння здоров'ю полягає у створенні належних соціально-економічних умов збереження та покращення здоров'я, в наданні можливостей кожній людині керувати тими чинниками, котрі зумовлюють її здоров'я, відповідальність за якість свого життя.

Найбільш дієвими регуляторами соціального механізму сприяння здоров'ю в умовах медичного страхування, на наш погляд, можуть бути диференціація страхових внесків, профілактична та просвітницька діяльність, наявність соціальної солідарності, посилення відповідальності за стан здоров'я як населення, так і роботодавців. Щодо *основних груп показників, що повно характеризують аналізований механізм*, укажемо на такі:

- стан здоров'я та його самооцінка населенням;
- ступінь доступності медичної допомоги у системі медичного страхування для всього населення незалежно від його соціально-економічного становища;
- рівень організації надання медичної допомоги за наявних ресурсів (фінансових, матеріальних, людських тощо);
- задоволення населення медичним обслуговуванням в умовах медичного страхування;
- культура здоров'я, медична активність та охоронозбережувальна діяльність населення;
- корумпованість і зловживання у системі охорони здоров'я у практиці медичного страхування;
- рівень співпраці усіх суб'єктів медичного страхування та узгодженість їхніх інтересів.

Названі показники впливають із завдань медичного страхування [22, с. 81], тому їх перелік не є повним як у суб'єктивному аспекті, так і в об'єктивному. Воднораз загальним може бути показник соціальної і суто медичної ефективності охорони здоров'я в умовах медичного страхування. За його допомогою можна відстежити підвищення чи зниження суспільної ролі охорони здоров'я за нових організаційних, кадрових, фінансових та управлінських обставин.

Загалом обґрунтування низки вищезазначених показників можливе не лише методами статистики, а й за допомогою соціологічних методів, які дають змогу виявляти недоліки функціонування соціального механізму, проаналізувати головні фактори та оптимальні умови, що сприяють досягненню мети – збереженню і покращенню здоров'я української нації.

## ВИСНОВКИ

1. На сьогодні система охорони здоров'я в основному зорієнтована на покращення якості та обсягу медичної допомоги населенню. Однак вона може здійснити істотний внесок у формування охоронозбережувальної поведінки громадян. Це можливо за умови, коли вона займатиметься не лише процесом лікування, а й формуванням свідомого та відповідального ставлення населення до свого здоров'я.

2. В умовах медичного страхування важливо здійснювати цілеспрямований вплив на фактори, які зумовлюють здоров'я, використовуючи його важелі (регулятори). Удосконалення соціального механізму сприяння здо-

ров'ю у системі медичного страхування реалізуватиме спроможність суспільства та усіх зацікавлених суб'єктів у зростанні відповідальності за своє благополуччя.

3. Через недостатню розробленість та вивчення саме в українській соціології поведінкового фактора як певного індикатора "ставлення до здоров'я", і загалом через відсутність системних знань і досліджень соціальних процесів та явищ, які відбуваються у сфері здоров'я в умовах медичного страхування, відкриваються перспективні напрямки для наукових пошуків та узагальнень. Зокрема, багатообіцяючим є вивчення можливих регуляторів, котрі з допомогою дієвого механізму сприяння здоров'ю населення впливатимуть на формування охоронозбережувальної поведінки кожного громадянина і сприятимуть налагодженню нових стосунків між суб'єктами медичного страхування задля збереження та покращення здоров'я нації.

## АВТОРСЬКИЙ СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

*Соціальний механізм сприяння здоров'ю за умов медичного страхування* – система внутрішніх та зовнішніх регуляторів, які склалися під впливом певних змін у системі охорони здоров'я у результаті соціально-економічних перетворень в суспільстві та стимулюють формування і розвиток охоронозбережувальних дій людини стосовно здоров'я, регулюють її поведінку щодо власного здоров'я та здоров'я навколишніх.

*Здоров'я* – це стан повного фізичного, розумового і суспільного благополуччя людини, а не лише відсутність у неї хвороби чи інвалідності.

*Медичне страхування* – встановлення гарантій громадянам при виникненні страхового випадку в отриманні гарантованого рівня медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних закладів.

*Сприяння здоров'ю* – процес надання можливостей людині посилювати контроль за своїм власним здоров'ям та його факторами і тим самим покращувати його.

*Охоронозбережувальна поведінка* – система дій і ставлень людини, які спрямовані на збереження і покращення її здоров'я.

1. Антонова Н.Л. Защита прав пациента в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С. 55–57.

2. Апанасенко Г.Л. Концепция санцентрической стратегии здравоохранения // Журнал Академии медицинских наук Украины. – 2006. – Т.12, №2. – С. 341–347.

3. Батіг Л., Лучшева Н. Люди покладають надії на реформування системи охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) // Сімейний лікар. – 2005. – №2. – Лютий. – С. 5–7.



4. *Бобнева М.И.* Социальные нормы и регуляция поведения. – М.: Наука, 1978. – 311 с.
5. *Богомаз В.М.* Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування // Український медичний часопис. – 2006. – №1 (51) – I/II. – С. 104–108.
6. *Богомаз В.М., Гура А.В.* Вплив способу оплати медичних послуг на рівень задоволення пацієнтів якістю амбулаторної медичної допомоги // Український медичний часопис. – 2007. – №3. – V/VI. – С. 127–130.
7. *Богомаз В.М., Лелюх Н.М.* Особливості взаємовідносин лікаря-пацієнта у системі добровільного медичного страхування // Український медичний часопис. – 2006. – №3. – V/VI. – С. 60–64.
8. *Вороненко Ю.В., Радиш Я.Ф.* Медичне право у системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. – 2006. – №5(55). – IX/X. – С. 5–10.
9. *Дмитриева Е.В.* Социология здоровья: Методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр, 2002. – 224 с.
10. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002г. // Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. – №97. – ЕРБ ВОЗ, 2003. – 156 с.
11. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 2001-2005 роках (статистично-аналітичний довідник). – К.: Центр мед.статистики, 2005. – 265 с.
12. *Патов А.В.* Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: Монографія. – Дніпропетровськ: Пороги, 2000. – 262 с.
13. *Карамішев Д.В.* Розгляд мотивації як ключової функції управління в соціально орієнтованому суспільстві // Головна медична сестра. – 2007. – №1. – С. 33–37.
14. *Копшук О.Г., Ситник А.П., Пащенко В.М.* Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні // Медицина транспорту України. – 2007. – №2. – С. 87–91.
15. *Кравченко Т.* Прогнозування демографічного розвитку України // Економіст. – 2004. – № 10. – С. 62–63.
16. *Майкл Б.* Сприяння покращенню здоров'я в громаді. – К.: ХДФ, 2005. – 45 с.
17. *Михнова Т.А., Богомаз В.М., Усенко Г.В.* Взаимодействие страховой компании и медицинского центра. Пути снижения потребительских рисков // Материалы 5-го международного Ялтинского форума участников страхового рынка, 19–23 сентября 2005 г. – Киев: ЛСОУ. – С. 154–156.
18. *Очимовская Т.* Медстрахование в цене // Деловая столица. – 2005. – №44 (234). – 31 жовтня.
19. *Павленко Ю.І.* Перспективи страхової медицини. Очікування та реальність // Главный врач. – 2004. – №3. – С. 38–40.
20. *Покотило О.* Хто заплатить за бідного, або Яка система медичного страхування нам потрібна? // День. – 2006. – №193. – 8 листопада.
21. *Поліщук М.* Економічні важелі реформування галузі охорони здоров'я // Український журнал про права людини. – 2006. – № 8. – С. 4–9.
22. *Рудень В.В.* Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посібник. – Львів: Обласна книжкова друкарня, 1999. – 304 с.
23. *Рудень В.В., Гутор Т.Г.* Пацієнти сімейних амбулаторій міста Львова про питання здоров'я та охорону здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) // Український медичний часопис. – 2006. – №3 (53). – V/VI. – С. 65–68.
24. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю.П.Лисицына: В 2-х т. – М.: Медицина, 1987.
25. *Сіренко В.І.* Соціологічне дослідження розвитку приватних медичних послуг і ставлення до них різних верств населення // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2005. – №1. – С. 72–79.
26. *Смирнова И.В.* Демография: Уч.-метод. пос. для студ. спец. “Государственное и муниципальное управление” / Филиал СЗАГС в г. Калуга. – Калуга, 2004. – 138 с.
27. Статистичний щорічник України за 2005 рік / Державний комітет статистики України / За ред. О.Г. Осауленка. – К.: Техніка, 2006. – 510 с.
28. *Степанюк Г.* Нині людина залишилася наодинці зі своїм здоров'ям // Львівська газета. – 2006. – № 68. – 13 квітня.
29. Формування здорового способу життя: Навч. пос. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2000. – 232 с.
30. *Шевчук Л.* Проблеми індивідуального та суспільного здоров'я в контексті трансформації соціальної мобільності // Соціогуманітарні проблеми людини. – 2006. – №2. – С. 95–103.
31. *Engel G.L.* The need for a new Medical Model: A challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol.196. – № 4286. – P. 129–136.
32. *Illich I.* Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. – Harmondsworth: Penguin Books, 1977.
33. *Marton M.G., Kogevinas M., Elston M.A.* Socioeconomic status and disease // Health promotion research. Towards a new social epidemiology / Ed. By V.Badura, J.Kickbusch. WHO Regional Publications, European Series. – 1991. – №37 – P. 113–146.
34. *Mendelsohn, Robert S.* Confessions of a Medical Heretic. – New York: A Warner Communications Company, 1980. – 304 p.
35. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. – N.Y.: WHO Interim Commission, 1946. – P. 3.
36. World Health Organization: The constitution of the world health Organization // WHO Chronicle. – 1947. – Vol.1. – P. 29–45.

Надійшла до редакції 18.11.2007.