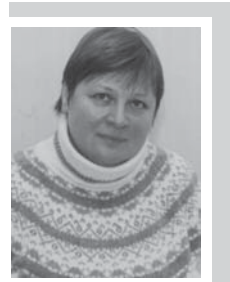


Н. М. КОМАРОВА,
канд. екон. наук

Nadia M. Komarova,
Ph.D. in Pedagogics



ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ПОРІВНЯЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ГАЛУЗІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Політичні та економічні перетворення, які відбуваються в нашій державі останніми роками, негативно впливають на матеріальний статок переважної більшості населення України. У період економічної скрути надання соціальної допомоги населенню набуває актуального та першочергового значення. Проте в соціальній політиці спостерігається парадоксальна ситуація – старі форми та методи соціальної підтримки населення стали непридатними у нових економічних та соціальних умовах, а нова система соціального захисту та допомоги, яка б відповідала особливостям та вимогам ринкової економіки, ще не запроваджена.

Будь-яка держава не в змозі самостійно ефективно розв'язати усі соціальні проблеми. І тому актуальним стає питання розробки та впровадження механізмів соціального захисту населення на новій основі, яка б передбачала залучення у сферу соціальної діяльності різні недержавні, приватні, підприємницькі структури та благодійні фонди. Системи державного забезпечення у кожній державі створювалися та залежали від історичних умов. Незважаючи на однотипність соціальних проблем, існують певні розбіжності у підходах, ме-

тодах та організаційному оформленні діючих систем.

Інтеграція в європейське співтовариство спонукає враховувати наявний досвід розробки соціальної політики, особливо в західноєвропейському регіоні. У країнах Європейського Союзу організація соціального захисту досить різноманітна. Проте є принципи спільні для всіх країн, особливо тих, що межують одна з одною. Вважається, що в Європі існує чотири моделі соціальної політики:

- континентальна модель, яка ґрунтується на схемах страхування, що співвідносяться із зайнятістю;
- південноєвропейська модель, заснована на базовій підтримці сім'ї;
- система британського ринкового типу;
- скандинавська модель, що ґрунтується на принципі загального охоплення.

Розпізнавальним чинником між цими чотирма моделями є визначення того, хто несе остаточну відповідальність за соціальний захист особистості – сім'я, держава або ринок (див. рис.).

Якщо проаналізувати напрями реалізації соціальних програм в Україні, то, незважаючи на практичний



Рис. Моделі соціальної політики Європейських країни

запит, поки що не приділяється достатньої уваги науковим розробкам щодо перспектив та напрямів розвитку соціальної політики. Це підтверджує той факт, що цього часу не обгрунтована модель, за якою має розвиватися сфера соціальної підтримки населення в Україні. І якщо систему соціального захисту в Україні розробляє Міністерство праці та соціальної політики з його розгалуженою системою наукового забезпечення галузі, то система надання соціальних послуг населенню розробляється недостатньо.

Порівняльні дослідження в галузі соціального забезпечення у різних країнах допомагають розуміти національні та міжнародні моделі соціальної роботи, що склалися як захист від соціальних ризиків, яким піддаються люди, і які виникають періодично та незалежно від різних політичних та економічних систем, — наприклад, бідність, голод, хвороба, непрацездатність, рання смерть тощо. Порівняння систем соціального забезпечення є аналітичним прийомом, а аналіз форм соціальної роботи характеризує зміст соціальної практики різних країн.

Аналіз соціальної роботи та порівняння систем соціального забезпечення взаємно доповнюють одне одного. Вони створюють методологічну основу проведення досліджень у різних, тісно пов'язаних областях.

Учені використовують порівняльний аналіз особливо в соціальному менеджменті, соціальному забезпеченні, а також при розгляді соціальної політики⁵. Ця сфера досліджень містить безліч незатребуваних фактів і теорій та надає великі можливості для її розвитку.

Аналіз показує, що проблеми соціального забезпечення в різних країнах діляться на три категорії:

- оперативні;
- формуючі ідеї;
- проблеми якості життя.

Оперативними у свою чергу можуть бути методологічні, організаційні та структурні проблеми різних систем. Проблеми, що формують ідеї, пов'язані з концептуальними і нормативними процесами в системах. Говорячи про проблеми якості життя, ми маємо на увазі соціальні показники, що відносяться до якості життя в різних країнах.

На початку нашого порівняльного аналізу слід враховувати три обставини:

- по-перше, парадигма “єдність у різноманітті” допомагає визначити унікальність кожної порівняльної одиниці;
- по-друге, мета порівняльного аналізу носить гуманітарний, нейтральний і раціональний характер;

- по-третє, вчені-аналітики оперують проблемами, що вимагають погоджених суспільних зусиль і ефективного соціального втручання.

Ряд питань становить принциповий інтерес в галузі порівняльного аналізу соціального забезпечення:

- Чи застаріло соціальне забезпечення як інститут?

- Чи сприяє соціально-політичне оточення вирішенню проблем якості життя?

- Чи ефективно функціонує система соціального забезпечення?

- Чи створюються умови для поліпшення умов життя людини і суспільства?

Спроби відповісти на ці питання можуть викликати в різних суспільствах численні і суперечливі ідеї. Однак завдання порівняльного аналізу – об'єктивно довести спроможність чи неспроможність рішення зазначених питань у світли суспільного забезпечення, правомірність, характер і розмір дотацій. Методи фінансування та менеджмент є основними показниками такого аналізу.

Доцільно звернути увагу насамперед на різні моделі державного втручання з метою вирішення проблем соціального розвитку. В зв'язку з цим необхідно відзначити, що в останні роки концепція “держави загального добробуту” піддається все більшому сумніву. Технологія активного державного втручання в ринкову економіку, що одержала розвиток у післявоєнні роки, здається, більше не спрацьовує. На практиці ж втручання подібного роду частіше породжують нові проблеми, ніж допомагають населенню. Ефективність державних дій та їх необхідний обсяг за такої моделі є сумнівними. Практична можливість створення “держави загального добробуту” викликає серйозний сумнів.

Наприклад, повоєнна Велика Британія, що раніше формувала модель “держави загального добробуту”, значною мірою перетворилась на свою

протилежність, підтримуючи тенденції ізоляції сфери соціального обслуговування від широких структур суспільства³.

У останні десятиліття соціальне забезпечення показало себе динамічною силою розвитку. Сучасні розвинуті капіталістичні країни шукають більш ефективні альтернативи колишнім моделям втручання. Однак країни “третього світу”, як і раніше, дотримуються реформістських стратегій, заснованих на залишкових принципах.

Чи застаріла ідея соціального забезпечення? Це значною мірою залежить від соціальних реалій і політичних позицій країни. Політичні реалії в різних країнах перебувають у процесі змін, трансформація соціальної політики впливає на обрані моделі втручання. Внутрішньополітичні проблеми як на Сході, так і на Заході впливають на міжнародний соціальний клімат, а міжнародні проблеми впливають на внутрішню політику, а отже й на соціальні програми, що, в свою чергу, вимагає зміни їхнього змісту. Тому системи соціального забезпечення постійно змінюються, водночас у багатьох випадках політичні й економічні обставини переважають суспільні потреби, надії та зобов'язання.

Програми соціального забезпечення припускають три типи дій:

– діяльність в галузі соціального забезпечення або пошук соціального захисту і соціальної справедливості;

– організація соціальних служб або пошук структур адекватної соціалізації;

– здійснення соціальних акцій або пошук кращої моделі державного і суспільного устрою.

Якщо розглянути загальні проблеми різних систем сучасного соціального забезпечення, що порівнюються, то більшість з них стосується функціонування і реалізації соціальних програм. Соціальна політика за-

галом спрямована на реалізацію та сприяння виконанню програм. Кожна країна має власний підхід до їх реалізації. Усі такі підходи “затиснуті” між двома полюсами: консервативною функцією соціального забезпечення, суть якої – сприяння збереженню соціальної системи, та інноваційною функцією, суть якої – вплив на адаптацію соціальних інститутів до нових умов.

Основні проблеми реалізації соціальних програм полягають у:

- відсутності надійних механізмів розв’язання конфліктів усередині держави або між державами;

- недоліках у роботі освітніх та інших соціальних інститутів з адекватної підготовки молодих людей до умов сучасного світу;

- відсутності систем соціальної підтримки, спрямованих на компенсацію змін у структурі сім’ї, її нереалізованих можливостей та енергії, втраченого здоров’я;

- неспроможності соціального забезпечення в організації всебічної допомоги й обслуговування соціально уразливих верств населення.

Поява “загальних” і “персональних” соціальних послуг в усьому індустріальному світі – приклад змін, що відбуваються у формах обслуговування і впливають на такі галузі та види діяльності, як

- соціальне забезпечення родини і дитини;

- соціальні служби для молоді і людей похилого віку;

- соціальне забезпечення інвалідів, немічних та розумово відсталих;

- інформаційні та довідкові служби.

Аналіз літературних джерел з соціальної політики різних країн створює враження, що в більшості індустріальних країн її розвиток іде в загальному напрямку, без урахування

національної специфіки^{3:5}. Філософія, що лежить в основі формування системи персональних соціальних послуг, визнає, що розвинуте технологічне суспільство є загрозливим екологічним середовищем для багатьох громадян, і, що діючий уряд намагається в цих умовах полегшити життя різних верств і категорій населення.

Український низький рівень життя в багатьох країнах, що розвиваються, і поява “нових бідних” у США і Європі породжують соціальні проблеми глобального масштабу. Проблеми існують у будь-якому суспільстві. Нове полягає в тому, що ці проблеми характеризуються особливими взаємозв’язками і несуть загрозу саме через їхнє глобальне поширення. Як наслідок, у щільно населеному і взаємозалежному світі вирішення проблем на місцевому рівні насправді не є дієвим: це просто тимчасове маскування локального симптому. Розв’язання соціальних проблем, як у локальному так і в глобальному масштабі, можливо лише за умови загального підходу.

Після другої світової війни бурхливо розвивалася міжнародна сфера соціального забезпечення. Спільні зусилля різних підрозділів ООН та інших міжнародних організацій сприяли розвитку соціальної роботи з метою прогресу людського співтовариства.

Соціальна робота була визнана необхідною формою соціального забезпечення з надання допомоги населенню, спрямованою на:

- надання допомоги інвалідам, сім’ям і групам населення, що відчувають на собі негативний вплив соціальних та економічних факторів;

- виконання інтегруючих функцій, що в сучасному суспільстві реалізується фахівцями виключно соціальної сфери;

- максимальне використання наявних у суспільстві ресурсів з метою забезпечення соціального добробуту.

Визначені напрями реалізації соціальної роботи ставлять певні вимоги до підготовки соціальних працівників. Існують дві тенденції професійної підготовки спеціалістів із соціальної роботи, які відповідають визначеному типу соціально-економічної системи. Перша — у країнах, чия соціально-економічна система базується на приватній ініціативі, соціальна робота орієнтується на індивіда і сприяє задоволенню індивідуальних потреб. Друга — у країнах, чия соціально-економічна система спирається на колективну основу, соціальна робота спрямована на формування свідомості оточення, що відповідає більш-менш плановому суспільству.

Проведення порівняльного аналізу в соціальній сфері стало необхідним з виникненням методологічних дилем і проблем, зумовлених розходженням ціннісних орієнтацій соціальних систем, що розглядаються. Використання в ході аналізу нормативних стандартів без урахування культурних моделей призводить до помилкових і часто небезпечних результатів, і, як наслідок, висновки можуть повністю не відповідати реальності, бути сформульовані в перекрученому, наприклад, політизованому чи вульгарному, світлі. В дослідженнях слід враховувати, що основні цінності загального порядку часто визначають сучасний розвиток соціальних реалій суспільства.

Наведені в літературі приклади порівняльних досліджень соціального забезпечення, що охоплювали кілька країн, показують, що в ході такої роботи виникає величезна кількість концептуальних проблем. Також проблематичним є відсутність аналітиків і статистиків, обізнаних з методами проведення міжнародного аналітичного дослідження. Проте, незважаючи на наявні недоліки, такого роду порівняльний аналіз в галузях соціального забезпечення здійснюється в різних країнах.

Як приклад, розглянемо порівняльний аналіз таких вкрай актуальних проблем, що належать до соціальної сфери, як *медичне обслуговування населення* в різних країнах світу, наведений у літературі. Для характеристики світової системи надання медичної допомоги розглядається досвід ряду країн, при цьому порівняльний аналіз дозволяє виділити окремі спільні розуміння, що стосуються удосконалення системи охорони здоров'я. Наводимо досвід як розвинутих країн, так і тих, що розвиваються.

У *Швеції* ефективно функціонує система медичного забезпечення, що фінансується і планується державою. Лікарі, які одержують заробітну плату, і середній медичний персонал, є державними службовцями. Вони проводять медичне обслуговування населення через муніципальні центри здоров'я та лікарні. Муніципальні центри здоров'я проводять не тільки лікування, а й профілактичні програми. Сучасні тенденції полягають у розширенні амбулаторного лікування замість стаціонарного.

Національна служба охорони здоров'я *Великої Британії* поєднує централізоване планування з децентралізованим керуванням і охоплює все населення. Тільки 6% населення обслуговується у приватному секторі медицини. Національна система охорони здоров'я переважно (на 85%) фінансується за рахунок загальних дохідних статей бюджету зі схвалення парламенту. Лікарі загального профілю оплачуються відповідно до кількості населення, яке вони обслуговують, і реальних клієнтів, а фахівці — за рахунок фінансування лікарень, службовцями яких вони є. Уряд заохочує ріст страхової і приватної медицини, не вносячи, проте, істотних змін у національну систему охорони здоров'я.

Охорона здоров'я *Німеччини* є складною системою, що поєднує медичний персонал, пацієнтів, медичні

асоціації й лікувальні фонди. Для медичного обслуговування характерні загальнодоступність і висока якість послуг. Галузь охорони здоров'я, що охоплює близько 99% населення, фінансується за рахунок внесків роботодавців і працюючих, а не за рахунок бюджетних асигнувань, як у Великій Британії і Швеції. Лікарні утримуються на кошти державних, приватних і благодійних організацій.

Універсальність, широке охоплення, доступність і державний принцип управління характерні для системи охорони здоров'я Канади. Програми госпіталізації на рівні провінцій і програми безкоштовної медичної допомоги охоплюють 99% населення. Фінансування здійснюється за рахунок внесків уряду і за рахунок податків на рівні провінцій (приблизно в рівній пропорції). Половина лікарень належать приватному сектору. Лікарі одержують і зарплату, і доходи від приватної практики.

У Японії модель охорони здоров'я некомерційна. Це система зі змішаним фінансуванням: як за рахунок держави, так і приватних коштів, заснована на принципі найму. Національна модель страхової медицини з різними альтернативними варіантами є прикладом японської винахідливості. Щорічно на договірній основі встановлюється вид оплати за тарифами: "оплата за послуги" і "включаючи всі". Тарифна система використовується для таксування й індексації медичних послуг. Особлива увага приділяється програмам профілактичних заходів, росту пайової участі у витратах і ефективності функціонування.

У Сполучених Штатах Америки величезна галузь охорони здоров'я процвітає, незважаючи на наявні труднощі через відсутність чіткої організації споживачів і егалітарну (зрівняльну) політику. Порівняльний аналіз системи охорони здоров'я, проведений Конгресом США, пока-

зав, що якість, доступність і вартість – три параметри, які визначають якісні характеристики систем охорони здоров'я у світі.

США надають населенню медичні послуги в меншому обсязі, ніж будь-яка інша велика індустріальна держава світу. Гнучка тарифна шкала – можливо, гібрид існуючих у Німеччині і Японії моделей – була б найбільш ефективним засобом у досягненні оптимального балансу розвитку медичної допомоги населенню. У США надається не надто великий обсяг медичних послуг через системи, в яких працює найбільш високооплачуваний медичний персонал і використовується дороге госпітальне обладнання. Тим часом висока якість при відносно низькій вартості медичних послуг досягається в цілому ряді країн шляхом надання первинної медичної допомоги на місцях. За умови, що більшість медичних послуг можна буде надавати через більш дешеві, більш доступні муніципальні лікарні, охорона здоров'я може бути структурована триярусною системою і набути локального характеру.

США і Велика Британія у сфері соціальної роботи демонструють дві різні системи цінностей і організаційних структур. Відповідальність перед хворими і бідними з боку суспільства становлять сутність англійської традиції, у той час як використання методів тестування, заснованих на вивченні платоспроможності індивіда, є типово американським підходом до соціального забезпечення. Рух за страхування на випадок хвороби у Великій Британії виник з ініціативи споживачів для їхньої загальної користі. У США, навпаки, медичне страхування "Синій хрест" є рухом, який був сформований з ініціативи американських медичних працівників.

Становище в системі охорони здоров'я в країнах "третього світу" загострюється економічними й політич-

ними проблемами. Так, цінності військових диктаторських режимів у *Латинській Америці*, орієнтованих на ринкову економіку, віднаходять “природну справедливість” у тім, що лише найбагатші (обрані) повинні мати найкращі можливості в галузі охорони здоров’я.

У *Мексичі* інститут соціального захисту й національна програма державної допомоги охороні здоров’я передбачають медичне обслуговування близько 50% населення країни. Інститут, що фінансується за рахунок внесків роботодавців і працюючих, охоплює приблизно 15% населення, що має постійну роботу. Основні проблеми Мексики – це проблеми первинної медико-санітарної допомоги, сільських лікарень, що утримуються з місцевого бюджету, та проблема бідності. Лікарні “Копломар” у сільській місцевості пропонують медичне обслуговування за умови подальшого десятиденного відпрацювання послуги на добровільних умовах протягом року.

Одна з країн “третього світу” – *Індія* володіє передовою медичною технологією і субсидованою (договірною) системою охорони здоров’я, але доступ до соціальних програм і їхня якість мають обмежений характер. Приватні й державні інститути та програми надають послуги мільйонам людей, але мільйони громадян залишаються без медичного обслуговування.

Задоволення основних потреб населення, включаючи й медичне обслуговування, у бідних країнах значною мірою залежить від ступеня соціальної рівності різних верств населення, що, в свою чергу, багато в чому пов’язане з продуктивністю, перерозподілом ресурсів і наявністю соціальних служб. Основним завданням соціального забезпечення є переосмислення системи реалізації всієї сукупності пріоритетів розвитку, що повинні зводитися до розвитку людей, а не речей. Оскільки основні потреби

людини – їжа, дах, одяг, здоров’я, освіта, то будь-які дії в соціально-економічній сфері, що не сприяють їхньому задоволенню чи навіть перешкоджають цьому, спотворюють саму ідею розвитку.

Закінчуючи огляд систем охорони здоров’я в різних країнах, варто звернути увагу на таку важливу їхню складову, що безпосередньо пов’язана із соціальною роботою, як стан психотерапевтичних служб.

Децентралізація і роз’єднаність характеризують систему психотерапії в США, що є гетерогенним поєднанням державних і приватних служб. На відміну від США психотерапевтичні служби Великої Британії мають централізоване державне керування. У Швеції відзначена тенденція локалізації цих служб.

Принципи соматичного лікування в умовах ізоляції та збережені від колоніальної епохи інститути становлять, як правило, основу психотерапії в більшості країн “третього світу”. Так, психіатрія в Індії дотепер практикується ізольовано від життя суспільства з застосуванням застарілих методів лікування. Заможні пацієнти одержують, звичайно, психіатричну допомогу в сучасних гуманних формах.

Система охорони здоров’я – мікрокосмос суспільних цінностей, інститутів, матеріальних ресурсів і організацій, а політика в галузі охорони здоров’я і розподілу ресурсів відноситься до базових питань соціальної справедливості, як один із аспектів соціальної підтримки населення.

На даний час наша країна відійшла від централізованої системи формування соціальної політики, яка діяла в радянські часи. Отже, за логікою, ми повинні прийти до децентралізованої схеми. За таких умов вивчення багаторічного досвіду створення, функціонування та пос-

тійного удосконалення системи соціального захисту та допомоги, які застосовуються в інших країнах, набуває цілком практичного інтересу. Особливу увагу в ході аналізу механізмів соціальної підтримки населення, які застосовуються в різних країнах, слід приділити моделям її організації, які орієнтуються або на державу, або на місцеву чи приватну ініціативу. Аналіз досвіду розвинутих країн сприятиме розробці та запрова-

дженню ефективних систем соціального забезпечення та моделей соціальної роботи в Україні. Звичайно, не можна повторювати помилки минулих років: сліпо переносити іноземні системи, програми в Україну, оскільки результат у таких випадках буде тільки негативним. Але запозичення певних елементів та врахування помилок держав, які мають дієві напрацювання, є корисним.

-
1. Шмуратов А. Т. Конфлікт і згода. – К., 1996. – 189 с.
 2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – Ленинград., 1990. – 188 с.
 3. Children living away from home. A ChildLine study/ Royal Mail Building, Studd Street, London N 1 0QW, 1997.
 4. Child Protection. Messages From Research/ London: HMSO, 1995.
 5. Jennie Fleming. Evaluation of the Derbyshire Family Mediation Service, Leicester, 1997.
 6. Sally Morris, Helen Wheatley. Time to listen /A ChildLine study, London, 1994.

Подано до редакції 22.02.2004

**Abstract. COMPARATIVE STUDIES IN THE FIELD OF SOCIAL SECURITY:
THE EXPERIENCE GAINED**

Comparative studies of social work and welfare systems in different countries provides an outlook on national and international models of social work, and social risks that people face regardless the political and economic system they live in. Special focus is put on the administrative models of social support in different countries. The analysis of the experience of social work gained in the developed countries will contribute to the development and implementation of effective models of social support in Ukraine.
