

УДК 351.77

**Клименко О. В.,**  
кандидат юридичних наук,  
доцент, доцент кафедри теорії та історії держави і права  
і конституційного права  
Академії муніципального управління

### **СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ: ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ**

*Анотація. Дана стаття висвітлює історію формування соціального захисту громадян.*

*Ключові слова: соціальний захист, система охорони здоров'я.*

**Клименко А. В.,**  
кандидат юридических наук,  
доцент, доцент кафедры теории и истории государства и права  
и конституционного права Академии муниципального управления

### **СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА: ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

*Аннотация. Данная статья освещает историю формирования социальной защиты граждан.*

*Ключевые слова: социальная защита, система здравоохранения.*

**Klimenko E. V.,**  
candidate of legal sciences,  
Associate Professor of the Theory and History of State and Law and Constitutional  
Law of the Academy of Municipal Management

### **SOCIAL PROTECTION: HISTORY OF**

*Annotacion. This article highlights the history of the formation of social protection.*

*Keywords: social defence, system of health protection.*

*Постановка проблеми.* Питання захисту здоров'я, життєвого рівня більшості населення, у тому числі безробітних, незаможних, дітей і літніх стоїть гостро. Тому осмислення світового історичного досвіду як завжди актуально.

*Мета дослідження* - визначення шляхів формування соціального захисту у світовому співтоваристві.

Соціальний захист незаможних верств населення був протягом сторіч традиційно важливим елементом громадського життя в багатьох європейських країнах, у тому числі в німецьких державах. До незаможних відносилися інваліди й хворі, діти, що народилися поза шлюбом, самотні жінки, злиденні.

Однак навіть серед працюючих людей більшість животіли й задовольнялися самим скромним мінімумом. До них відносилися слуги, батраки, поденники, підмайстри. Частина бідняків у загальній чисельності населення міст була часто дуже високою. Так, звільнені від податків бідняки на початку XI ст. становили біля половини всіх жителів Парижа.

У середні сторіччя велику роль у житті європейських держав відігравала християнська добродійність. Багато з людей, які домоглися успіху, уважали, що роблять богоугодну справу, жертвуючи частину свого майна благодійним організаціям або будуючи лікарні, менш багаті подавали милостиню, дарували бідним одяг, годували їх.

Міська влада також брала бідних і хворих під свою опіку, засоби для цього виділялися багатими городянами. Місто Любек, наприклад, у ганзейські часи містив притулки й будинки для бідних, у яких могли перебувати одночасно близько 600 чоловік. З урахуванням чисельності населення міста (20 тис. жителів на початку XI ст.), це велика кількість. Один тільки госпіталь Святого Духа в 1480 р. міг прийняти більше 80 бідняків. Жили вони на повнім забезпеченні в напівмонастирських умовах.

Соціальний захист був важливою стороною життя цехів. Забезпечуючи монополію на виробництво й збут ремісничих виробів, цехи, обтяжені численними заборонами, були скоріше примусовими союзами, ніж вільними об'єднаннями. Разом з тим цех уважався чимсь схожим на "штучну родину". Він захищав інтереси не тільки самих майстрів, підмайстрів, учнів, але і їхніх родин, а також підтримував удів і сиріт. Кожен член цеху був соціально й економічно захищений, почував себе в безпеці. Цехи забороняли нічну й недільну роботу. Вони містили лікарняні каси й каси на випадок смерті.

Одним з найважливіших завдань цехів було навчання підростаючого покоління. Сумлінна робота й повсякденна турбота один про одного представляли важливі соціальні й моральні заповіді цехів. Очевидно, розвинені соціальні традиції з'явилися однією з причин тривалого, протягом майже тисячі років, існування цехів - аж до кінця XI ст.

Прогресивна система соціального захисту була здавна розвинена в гірників. Протягом багатьох сторіч у них існував порядок надання організованої допомоги хворим або товаришам, які отримали травму.

Ще в XIII ст. у Фрайберзі - місті срібних копій - існувала лікарня для гірників. В 1320 р. в Айслебене, на заході від Галле, був побудований монастир Святої Катерини - свого роду госпіталь для старих і хворих шахтарів. Більше п'яти сторіч назад гірники Шваца (австрійський Тіроль) побудували "Братній будинок" - спеціальну лікарню для шахтарів, на втримання якої вони жертвували один крейцер (срібну монету) у тиждень. Система соціального забезпечення, створена колись гірняцьким братерством для підтримки нужденних товаришів, скріплена духовним спорідненням і загальною роботою, існує й у наші дні як незалежне страхове суспільство гірників.

Купецькі гільдії також піклувалися про хворих і бідних. Відповідно до їх статуту хворому "посилалося вино, два короваї хліба й блюдо з кухні. Двоє чоловіків з гільдії повинні були відвідати хворого й потурбуватися про його стан".

Однак, уже в середньовіччя, виявилися й негативні сторони соціальної підтримки, зокрема, зловживання соціальною допомогою. Тому відношення до бідняків не було однозначним. Уважалося, що благодійна допомога бажана Богові, але її треба заслужити. Багатівіковою європейською традицією була не тільки допомога бідним, але і їхнє виховання шляхом примуса до роботи. У середині XI ст. у всіх країнах і містах Європи були прийняті закони, по яких здорові злиденні й бурлаки зобов'язані були працювати. Влада зі своєї сторони повинна була подбати про створення для них робочих місць.

В 1367 р. "ледарі" за певну плату очистили обвідні міські рови Парижа, а також привели в справність міські укріплення. У Кастилії землевласники одержали дозвіл заарештовувати бурлаків і змушувати їх протягом місяця безкоштовно працювати. В Англії просити милостиню дозволялося тільки непрацездатним, а також людям старше 60 років [1].

Так зване "соціальне питання" у його сучасному виді виникло у період індустріалізації Європи в XIX-XX сторіччях. Під впливом промислової революції в європейських країнах за деякі десятиліття радикально змінилися традиційні форми життя. Внаслідок конкуренції з боку більш рентабельного машинного виробництва багато ремісників позбавилися свого майна й залишилися без шмата хліба. Відбулося масове зубожіння широких верств населення. Ряди найманої робочої сили поповнили також звільнені від кріпосної залежності, але позбавлені власності селяни.

Всі ці люди повинні були шукати оплачувану роботу на нових фабриках. Їх називали пролетарями (від *proles* - потомство), тому що в них не було нічого, крім своїх дітей. Як перебороти сформовані умови існування, надмірно тривалий робочий день, низьку заробітну плату, як домогтися умов життя й роботи, гідних людини? У цьому й складалося головне соціальне питання XIX ст.

Ще в XVIII ст. у Європі затвердилися ідеї ліберально-правової держави як захисника свободи й індивідуальних прав людини від сваволі абсолютистської держави. Лібералізм, однак, заперечував соціальну функцію держави - функцію згладжування соціальних контрастів і захисту соціально слабких верств населення. У спробі відповіді на головне соціальне питання вже в XIX ст. стала розвиватися політична течія соціалізму. Між цими двома полюсами - лібералізмом і соціалізмом - і відбувалося формування ідеї соціальної держави.

У Німеччині певні кроки в соціальній сфері здійснювали на державному рівні вже в першій половині XIX ст. Часто вони стимулювалися практичними міркуваннями. Наприклад, у Вестфальському промисловому районі було обмежене застосування дитячої праці в промисловості під впливом звіту одного генерала, що з'явився в 1828 р. й у якому відзначався негативний вплив роботи дітей на їхнє здоров'я, що

робило їх згодом непридатними до військової служби. В 1845 р. у Пруссії було прийнято "Положення про заняття промислом", що зобов'язувало кожного помічника майстра вступати в місцеву касу соціального страхування й платити внески. В 1849 р. був прийнятий закон, що зобов'язував також роботодавців платити частину внесків (до половини) за робітників, зайнятих на їхніх підприємствах.

У цих законах уперше був уведений принцип загальної участі у фінансуванні соціального страхування й робітників, і роботодавців. Цей принцип діє дотепер [1].

Підставою для виникнення прав людини й громадянина на медичну допомогу послужила теорія держави загального добробуту, а саме соціальної держави.

Соціальна держава (держава загального добробуту, держава загального благоденства) - політична система, що перерозподіляє матеріальні блага відповідно до принципу соціальної справедливості заради досягнення кожним громадянином гідного рівня життя, згладжування соціальних розбіжностей і допомоги нужденним [2].

Теорія держави загального благоденства допускає, що соціальні гарантії забезпечуються шляхом державного регулювання економіки (насамперед, великого бізнесу) і податковою політикою.

Поняття "соціальна держава" уперше вжив в 1850 році німецький філософ Лоренц фон Штейн. Він включив у перелік функцій держави "підтримку абсолютної рівності в правах для всіх суспільних класів, для окремої приватної самовизначеної особистості за допомогою своєї влади". Держава, у відповідності зі Штейном, "зобов'язана сприяти економічному й суспільному прогресу всіх своїх громадян, тому що в остаточному підсумку розвиток одного виступає умовою розвитку іншого, і саме в цьому змісті говориться про соціальну державу" [3].

Зростаючий тиск робочого й профспілкового руху, побоювання із приводу можливого посилення соціалістів змушували уряди промислово розвинених країн іти на соціальні поступки. У Німеччині канцлер О. фон Бісмарк, пізніше кайзер Вільгельм II, прямо попереджали про таку погрозу. Радники канцлера О. фон Бісмарка (особливо Г. Вагнер) ініціювали в Німеччині розробку нормативних правових актів про обов'язкове соціальне страхування професійних груп працівників, самокерованих суспільствах взаємного страхування. Це дозволяло акумулювати фінансові ресурси як гарантії якісної медичної й реабілітаційної допомоги, високий рівень страхових виплат. Така соціально-правова конструкція одержала умовну назву "модель Бісмарка" ("Пруський соціалізм") і в модифікованому виді використалася тривалий час у Німеччині й деяких інших країнах [4,5].

Першим важливим документом соціального втручання держави вважається послання кайзера від 17 листопада 1881 р., у якому

декларується законодавчий соціальний захист робочих. Декларація кайзера була перетворена в життя за допомогою трьох законів про страхування: на випадок хвороби (1883 р.); від нещасних випадків (1884 р.); при інвалідності й у старості (1889 р.) [6]. Ці три соціальних закони, які одержали популярність як "соціальні закони Бісмарка", практично без змін проіснували до 1945 року [7].

Відроджені вони були приблизно через два десятиліття. Сьогодні Німеччина, Франція й ряд інших країн (Нідерланди, Чехія й інші) живуть саме за моделлю Бісмарка, або, як її ще прийнято називати, системою соціального медичного страхування (СМС). Тільки останнім часом у Німеччині підняте питання про невідповідність цих законів сформованій в суспільстві ситуації й про необхідність їх хоча б часткової зміни [8].

Соціальне страхування від нещасного випадку було уведено й в інших країнах: в Австрії в 1887 р., у Франції - в 1898 р., у Норвегії - в 1894 р., Новій Зеландії - в 1900 р., у Швеції - в 1901 р. Медичне страхування стало державним в Австрії в 1888 р., у Швеції - в 1891 р., у Норвегії - в 1909 р. [9]. Обов'язкове страхування в Англії було уведено в 1911 р., а у Франції - в 1930 р.

У Великобританії великою подією стала доповідь "Соціальне страхування й союзницькі послуги" глави комітету із соціального страхування в британському уряді Вільяма Бевериджа представлена у парламенті 1 грудня 1942 р. Це був переломний момент для всієї Великобританії. У ній говорилося про принципи "держави добробуту" (Welfare State). Термін "держава добробуту" уживався як співпадаючий в основному з поняттям "соціальна держава". Стали говорити про "моделі соціального захисту" Бевериджа. Уряд лейбористів в основному реалізував цю модель у Великобританії, формуючи з 1945 р. систему соціального захисту, що включає надання державних гарантій для населення, установлення обов'язку роботодавця забезпечити соціальне страхування найманих робітників з їхньою частковою участю, а також обов'язки працівника по додатковому особистому страхуванню. Забезпечувалися базові умови життєдіяльності - державна (безкоштовна) охорона здоров'я, рівні можливості родинам у вихованні дітей (допомога на дітей), запобігання масового безробіття.

У доповіді, зокрема, пропонувалося введення соціального страхування для створення загальної системи соціального забезпечення й універсальної, всебічної, вільної національної служби охорони здоров'я.

Модель Бевериджа функціонує у Великобританії й донині. Її головна відмінність від моделі Бісмарка в тім, що медицина фінансується не за рахунок страхових внесків, а за рахунок оподаткування. Вона також дає можливість надання субсидій особам з низькою заробітною платою, безробітним і пенсіонерам. У цій моделі менше можливість вибирати

постачальників послуг й установи, які забезпечують медичну допомогу. Це найчастіше приводить до появи довгих (по кілька тижнів очікування) черг на одержання тих або інших видів медичних послуг.

При цьому в даній моделі існують і страхові принципи, і співплатежі населення. Так, у Великобританії за рахунок податків фінансується 80% витрат, 12% - за рахунок державного страхування й ще 8% - за рахунок загальних платежів хворих.

Великий резонанс мали міри соціального захисту, які були уведені в США урядом Ф. Д. Рузвельта в рамках "нового курсу" на початку 1930-х років у зв'язку з Великою депресією [10].

У США 8 січня 1964 р. у першому посланні про положення країни президент Л. Джонсон урочисто проголосив початок "безкомпромісної війни з бідністю в Америці" як частина програми розбудови "Великого суспільства" (Great Society). 16 березня того ж року він направив у конгрес спеціальне послання "Про війну з бідністю", на підставі якого 20 серпня був прийнятий закон про економічні можливості (Economic Opportunity Act). Він включав чотири види заходів щодо боротьби з бідністю: професійна підготовка й навчання, програми так званих "суспільних дій", здійснюваних під егідою місцевої влади, спеціальні програми допомоги для сільської місцевості й дрібного бізнесу, а також діяльність організації "Добровольці на службі Америки" (Volunteers in Service to America, VISTA). Відповідно до цього закону засновувалося федеральне управління економічних можливостей (Office of Economic Opportunity). В області медичного обслуговування в 1965 р. була уведена спеціальна програма "Медикейд" для найбільш нужденних й "Медикер" для пенсіонерів. В 1964 р. була також розпочата федеральна програма субсидування частини витрат малозабезпечених громадян на продукти харчування у вигляді продовольчих купонів. Крім того, у другій половині 60-х років були здійснені деякий заходи щодо надання допомоги малозабезпеченим родинам в оренді квартир у приватних житлових будинках і з розширення програм федерального фінансування будівництва дешевого житла в рамках законів про житлове будівництво й міський розвиток 1965 й 1968 р. [11].

Втім, донедавна США були державою, де не всі громадяни могли розраховувати на лікарську допомогу. У США історично головну роль в охороні здоров'я відігравав приватний сектор. Відповідно, тут ніякої "добродійності" бути не могло: послугу одержує тільки той, хто за неї платить. Послуги недешеві, і медична страховка в Штатах річ досить дорога. Тому найчастіше втрата роботи автоматично означає втрату страховки. А без страховки на медобслуговування можуть розраховувати лише окремі соціальні групи.

Пенсіонери й інваліди попадають під дію держпрограми страхування Medicare. Але й ця програма не повністю покриває видатки її учасників. Тому більше 20% свого доходу люди похилого віку в США

витрачають на медичні послуги. Під дію іншої страхової програми, Medicaid, попадають незаможні, вагітні жінки, діти. Бездітні дорослі в програму не включені.

Підсумком такої комбінації абсолютно ринкового медичного страхування й держпрограм досить виборчої дії стала відсутність у десятків мільйонів американців медичної страховки, що означало неможливість одержання ними лікарської допомоги.

Саме тому реформа охорони здоров'я стала однією із ключових тем передвиборної програми Барака Обами. Ставши президентом, він почав втілювати свої обіцянки в життя й зштовхнувся із серйозним опором на всіх рівнях суспільства. Але проте парламент США прийняв закон про реформу системи охорони здоров'я, що Барак Обама підписав у березні.

Передбачається, що кошти, з яких малозабезпеченим громадянам будуть видаватися субсидії на придбання страховок, держава одержить за рахунок податків на багатих американців (біля \$1 трлн. за найближчі десять років) [12].

У Японії є універсальне медичне забезпечення (уведене в 1961 році) і вільний доступ всіх хворих до послуг лікарів і лікарень, а пацієнти здійснюють лише незначні доплати. У країні діють системи національного медичного страхування (поширюється на ненайманих працівників) і соціального страхування (для найманих робітників). Особи й установи, які надають послуги охорони здоров'я, одержують плату за ці послуги.

Страховий захист здійснюється через керовані суспільством програми медичного страхування працюючих за наймом або через національну програму страхування здоров'я. При цьому в Японії існує приватна система страхування й свобода вибору серед конкурентних постачальників медичного обслуговування [13].

Важливо підкреслити, що сьогодні системи охорони здоров'я в основному являють собою комбінацію моделей Бісмарка й Бевериджа, тобто сполучають принципи фінансування за рахунок податків і страхового забезпечення. Це дозволяє охопити різного роду програмами захисту здоров'я більшість населення, навіть безробітних, незаможних, дітей і літніх.

Серед сучасних прикладів реалізації ідеалу соціальної держави зазвичай приводять країни Скандинавського півострова (тобто "шведська модель"), Фінляндію, Нідерланди, Канаду, Швейцарію, Німеччину, Бельгію, а також іноді Великобританію, Францію, Австрію, Нову Зеландію, Австралію, США, Італію, Грецію, Португалію, Японію, Польщу, Чехію, Словаччину, Угорщину, Естонію, Литву, Латвію, країни Перської затоки, дореволюційну Лівію і інші країни.

*Використані джерела інформації:*

1. Одесер С.В. Социальное государство. Газета "География". – Изд. дом "Первое сентября". - № 17/2006. [http://geo.1september.ru/view\\_article.php?id=200601704](http://geo.1september.ru/view_article.php?id=200601704)

2. Мамут Л. С. Социальное государство с точки зрения права // Государство и право: Ежемесячный журнал. — 2001. — № 7. — С. 5-14.
3. Евстратов А. Э. Генезис идеи социального государства: Историко-теоретические проблемы : Дис. ... канд. юрид. наук : Омск, 2005. - 234 с.
4. Руткевич А. М. Прусский социализм и консервативная революция // Шпенглер О. Пруссачество и социализм. М.: Праксис, 2002. – 240 с.
5. Роик В. Экономика, финансы и право социального страхования. Институты и страховые механизмы. — М.: Альпина Паблишер, 2012. — 258 с.
6. Калихман Г. Как создавалась немецкая социальная система. Партнер №7, 2008. [http://www.partner-inform.de/public\\_druck.php?ids=3071](http://www.partner-inform.de/public_druck.php?ids=3071)
7. Беспалова Л.Н. Социальная политика Отто фон Бисмарка // Политология. – С. 229-233. <http://izvestia.asu.ru/2011/4-2/pols/TheNewsOfASU-2011-4-2-pols-01.pdf>
8. Агаев В. Социальная медицина: от Бисмарка до Шредера // Итоги. - № 48 (234) – 2000.
9. Ханссон Лейф. Социальное страхование в Швеции и других северных странах // Семинар, Стокгольм, 12 октября 2004 г.
10. <http://www.rurik.se/index.php?id=61&lng=ru>
11. Словарь Американской истории. Под редакцией Т. Первиса. — М.: РОСПЭН, 2007. — с. 339.
12. История США. Т. 4. – М., 1987.- С. 307-318.
13. Виноградов В. То, о чем так много говорят в Америке. Медицина // Радио Эхо Москвы. 22 сентября 2012. <http://www.echo.msk.ru/blog/geller1913/932901-echo/>
14. Кубеев Р.Д. Специфические черты системы здравоохранения Японии [http://www.rusnauka.com/23\\_WP\\_2009/Politologia/50443.doc.htm](http://www.rusnauka.com/23_WP_2009/Politologia/50443.doc.htm)

*Рецензент: Радиш Я.Ф., д.н. держ.упр., професор.*