

від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Адміністрація зони відчуження НВО "Прип'ять". Бюлетень екологічного стану зони відчуження за період з 1.01. 1993 по 30.06. 1993 р. / звітний період / для інформування населення. - Випуск 1. - С.5; 12. Чорнобиль : десять років подолання / За матеріалами Мінчорнобиля України. Під заг. ред. В.Холоші. - К., 1996. - С.10; Політологічний енциклопедичний словник. — К., 2004. — С.721; 13. Эхо Чернобыля. - 1992. - № 41- 44; Чорнобиль: десять років подолання / За матеріалами Мінчорнобиля України. Під заг. ред. В.Холоші. - К., 1996.- С. 4,6; 14. Чорнобильська арифметика. – Вечірній Київ. – 1999. – 14 квітня; Чорнобиль: десять років подолання. - К., 1996. - С.4; До статистичної інформації про наслідки Чорнобильської аварії // Журнал "Економіка АПК". - 1998.- № 10.- С.94; 15. Панченко П.П., Славов В.П., Шмарчук В.А. Аграрна історія України. - К., 1996,- С. 394; 16. Голос України. - 2005. - 22 березня; 17. Панченко П.П., Славов В.П., Шмарчук В.А. Аграрна історія України. - К, 1996,- С. 394; 18. ПА Мінприроди України. Звіти міністерства про роботу 1991, 1992, 1993 роки. ПА Мінприроди України. Звернення колегії Міністерства до Верховної Ради, Кабінету міністрів України про невідкладні заходи по оздоровленню екологічного становища в басейні Дніпра /1992 р./; 19.Оздоровимо Дніпро за 13 років. – Урядовий кур'єр.–1997.– 3-16 січня; ПА Мінприроди України. Національна доповідь "Про стан навколишнього природного середовища в Україні у 1998 році". – С.50; 20. Україна у цифрах у 2002 році. Короткий статистичний довідник// Державний комітет статистики України. - К., 2003.- С.248; 21.Панченко П.П., Славов В.П., Шмарчук В.А. Аграрна історія України. – К, 1996.– С. 394; 22. Труд. - 2005. - 25-29 марта; 23.Урядовий кур'єр. - 1993. - 11 березня; ПА Мінприроди. Національна доповідь "Про стан навколишнього природного середовища в Україні у 1998 році".- С.52-53. Там само. - С. 141, 157; 24. Дотримання вимог природоохоронного законодавства. - К., - С.287-288; 25. Шоботенко О.А.Стан екології земельних ресурсів в Україні// В кн.: "Проблеми історії України : факти, судження, пошуки". Вип.3.- К., 2001.-С.212; 26. Офіційне Інтернет-представництво Президента України. - 2005 рік. 16 травня. - Указ Президента України № 795/2005 "Про деякі питання вдосконалення державного регулювання у сфері оцінки земель".

*О.О. Жукова*

### **СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ВЕЛИКОБРИТАНІЇ ЯК ОДИН З АСПЕКТІВ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ЛЕЙБОРИСЬКОГО УРЯДУ У 1997-2001 РР.**

Коло проблем, якими займається соціальна політика, надзвичайно велике. Воно включає в себе всі аспекти державної діяльності, що направлена на покращення добробуту населення країни, а отже, однією зі складових частин соціальної політики є проблема охорони здоров'я. Ми спробуємо коротко розглянути три аспекти з цілого спектру питань, пов'язаних з системою охорони здоров'я Великобританії: що робить система, як за неї платять, як реалізується управління нею. Для цього в даній статті ми використали монографію відомого англійського вченого, що займається виключно питаннями соціальної політики – Спікера П. „Соціальна політика: теми та підходи” (К., 2000). Сорокіна В.Ф. опублікувала статтю „Соціальне забезпечення у Великобританії” у журналі «Современная Европа.» ( 2002. - №1), яка містить опис більшості аспектів соціальної політики Сполученого Королівства, при чому стаття базується виключно на британських джерелах. Книга Семигіної Т. „Соціальна політика у глобальному вимірі” (К., 2003) дає повну картину шляхам фінансування соціальних програм у Великобританії, а стаття Сорокіної В.Ф. „Великобританія: приватна фінансова ініціатива”, що надрукована у журналі „Мировая экономика и международные отношения” (1999. - № 1.), є додатком до основного питання, оскільки розповідає про програму приватної фінансової ініціативи, на основі якої було побудовано велику кількість лікарень та інших медичних установ у Великобританії.

Комплексна програма медичного обслуговування за рахунок коштів держави у Великобританії була прийнята у 1948 році.<sup>1</sup> Вона виконується урядом протягом вже 5 десятиліть і змінюється відповідно до нових потреб і умов життя. Принцип, згідно якого кожний британець має право на медичне обслуговування незалежно від доходу, котрий було проголошено в свій час одним з ідеологів держави загального добробуту лордом Беверіджем, залишається в силі і по нині. Проте специфіка заключається в тому, що кожний громадянин повинен робити щотижневі внески у спеціальний фонд охорони здоров'я (за винятком певних категорій населення – малозабезпечених, пристарілих тощо.). Це і є тим головним податком, з якого фінансується державна система безкоштовного медичного обслуговування у Сполученому Королівстві. Центральний уряд несе відповідальність за діяльність державної системи охорони здоров'я - National Health Service (NHS), яка одночасно є і медичною адміністрацією, і системою медичних закладів по всій країні. NHS тісно співпрацює з місцевими органами влади і займається не тільки різними видами медичного забезпечення, але й певними соціальними роботами, наприклад з охорони навколишнього середовища, освіти. На NHS також покладено функцію національного стратегічного планування охорони здоров'я.

Питання оплати за послуги є досить складним. Взагалі існує три основні джерела фінансування: суспільні витрати з податків, страхові системи та безпосередня оплата на приватному ринку. Суспільне фінансування надходить через суспільні фонди або виплати соціального забезпечення, які, в свою чергу, залежать від громадянства. Тільки громадянин Британії має право скористуватися послугами NHS. Страхові системи існують двох видів: солідарні та накопичувальні. Пряма оплата послуг існує лише в окремих підрозділах системи здоров'я – в парамедичних видах допомоги (педикюр та стоматологічні послуги).<sup>2</sup>

У 1999-2000 роках 79 % витрат NHS було компенсовано за рахунок податків, 13% - внесків у соціальне страхування і останні 8% за рахунок різного роду надходжень і виплат. Загальні витрати на охорону здоров'я у Великобританії на той період склали 43,4 млрд. ф. ст.<sup>3</sup> Іноді адміністрації лікарень збільшують свої доходи за рахунок надання своїм пацієнтам платних послуг.

Як же діє система оплати за медичні послуги у Британії? Застрахована особа вносить 8,4 або 10% від заробітку. Ці внески покривають виплати на випадок тимчасової непрацездатності, народження дитини, травми на робочому місці й частину вартості медичних послуг. Уряд покриває 92 % виплат при народженні дитини, незначну частку виплат тимчасової непрацездатності, більшу частину плати за медичне обслуговування. Таким чином, ми бачимо, що за лікарняний робітник ніби сам собі виплачує відшкодування, в той час, коли витрати, пов'язані з серйозною хворобою, що потребує госпіталізації чи хронічною важкою хворобою, чи вагітністю і народженням дитини, відшкодовуються за рахунок держави. При хворобі, що триває більше 4-х днів поспіль, компенсація виплачується працівникам до 65 років (пенсійний вік у Великобританії) із заробітком 72 ф. ст. на тиждень, у розмірі 62,5 ф. ст. на тиждень протягом 28 тижнів, починаючи з 4-го дня хвороби. При народженні дитини виплачується допомога протягом 18 тижнів. При чому цей період може розпочатися у будь-який час між 11 тижнем вагітності і одного тижня після її народження. Виплата становить 90% від середнього заробітку протягом перших 6 тижнів і 62,2 ф. ст. на тиждень протягом останніх 12 тижнів. Але, щоб отримати ці гроші, жінка повинна мати стаж роботи на одному місці не менше 26 тижнів і середній заробіток понад 72 ф. ст., інакше вона буде отримувати допомогу як малозабезпечена.<sup>4</sup>

У Великобританії широко практикується пільговий відпуск ліків. Проте він має свої особливості. Справа в тому, що будь-який пацієнт оплачує 53,05 ф. ст. за кожне призначення ліків, та 80% послуг дантиста вартістю до 360 ф. ст. Безкоштовно ліки призначаються людям 60 і більше років, дітям до 16 років, школярам 16-18 років, вагітним жінкам, особам, що мають хронічні захворювання, а також тим, хто отримує соціальні допомоги, і тим, хто має низькооплачувану роботу. Вони також звільнені від оплати послуг дантиста. Це пов'язано з тим, що у Британії існує велика занепокоєність загальним станом здоров'ям нації, а отже, з метою покращення ситуації в цій області були введені такі пільги. Однак загалом оплата послуг наданих лікарями та дантистами, які працюють за контрактом NHS, та державних лікарів фінансується за коштів держави. Крім того, пацієнтам надано право обирати лікарів.

Проте, звичайно, існують і певні недоліки. Не дивлячись на розгалужену систему медичних установ, у Англії не вистачає лікарняних ліжок для всіх, а тому існують списки тих, хто бажає потрапити до даного лікаря - „листи очікування” іноді на 2-3 місяці вперед. На кінець липня 2000 року 1 млн. людей продовжували очікувати своєї черги на лікування. Ця цифра збільшується, що стимулює уряд до активних дій. У 1998-2000 роках урядом було асигновано більше 700 млн. ф. ст. на будівництво ради лікувальних установ, щоб скоротити списки бажаючих потрапити до лікарні.<sup>5</sup>

На початку 90-х років почалася співпраця з приватним сектором на комерційній основі. Вона дозволяла використовувати приватні кошти для проектування, будівництва і функціонування медичних установ, які оснащувалися новітнім медичним устаткуванням. Ця програма отримала назву „приватна фінансова ініціатива” (ПФІ). ПФІ – це інноваційна економічна стратегія консерваторів, яку взяли на озброєння лейбористи. Співробітництво між приватним і державним сектором дає потрібну вигоду: держава вирішує проблеми фінансування сфери послуг та інфраструктури, приватний сектор розширює свої межі і прибутки, і, останнє, але надзвичайно важливе, виграє платник податків, який отримує більше послуг, але при цьому не збільшується його податкове навантаження.

Для реалізації концепції ПФІ Міністерство фінансів і Конфедерація британської промисловості створили „Групу фінансової ініціативи”, в яку входять висококваліфіковані державні службовці і менеджери з приватного сектора. У 1996 році були створені інвестиційні фонди „Чартерхаус” і „СИБС вуд гунді” і перший незалежний фонд ПФІ – „Іннісфрі”. В результаті збільшувались фінансові ресурси проектів, пришвидшився оборот їх капіталів. Активна участь у фінансуванні проектів приймають банки. Спочатку кредити надавалися керівникам проектів на 18

## Серія: ІСТОРІЯ

років, потім до 20-23 років. Ряд керівників великих проектів із терміномвиконання 25-30 років і більше віддають перевагу методу секьютиризації цінних паперів (випуск облігацій). Фінансові операції учасників проектів багато в чому залежать від банківської процентної ставки. Виходячи з цього, використовуються різні форми фінансування.

Після приходу до влади лейбористів концепція ПФІ ще більш укріпилась, збільшилася кількість проектів, що реалізовувалися. Менш ніж за півроку з літа 1997 року було укладено угод на суму 500 млн. ф. ст. Також була проведена інвентаризація програм. Найбільш перспективні, з точки зору економічного потенціалу, були затверджені, а інші - відкладені чи анульовані.

Національна служба охорони здоров'я підписала ряд контрактів на будівництво шпиталів з консорціумом „Тармак”, вартістю 137 млн. ф. ст., з „Гравешем хоспітал” – вартістю 85 млн. ф. ст. Програми будівництва були також схвалені компаніями „Норфолк енд Ноурідж хоспітал” (193 млн. ф. ст.), і „Хай вікомб енд Хамершем” (35 млн.) умови всіх контрактів типові. Поки що, остаточно утверджені і отримали підтримку прем'єр-міністра Т.Блера 13 контрактів для Англії і 4 – для Шотландії. У липні 1997 року міністр охорони здоров'я склав програму подальшого будівництва 30 нових шпиталів і відповідності до концепції ПФІ. Це – найбільша програма Національної служби охорони здоров'я у Великобританії з кінця 60-х років.<sup>6</sup>

Уряд опублікував План Національної Служби Охорони здоров'я для Англії у липні 2000 року. Цей план передбачає модернізацію системи охорони здоров'я, для того, щоб вона відповідала всім потребам XXI ст.:

- люди все більше самі піклуються про своє здоров'я. В цьому їм допомагає NHS Direct – спеціальна телефонна лінія, яка працює 24 години. На ній чергує кваліфікована медсестра, яка дає консультації і поради пацієнтам по телефону, так, щоб вони могли самі надати кваліфіковану допомогу собі і своїм родичам.

- відбуваються постійні рентген та УЗІ-обстеження населення для раннього виявлення хвороб, особливо раку на ранніх стадіях.

- на прийом до лікаря можна записатися через електронну пошту чи комп'ютеризовану систему медичних записів.

- запровадження нових сучасних лікарень, невеликих за кількістю місць, проте таких, що надають конфіденційні послуги.

- запровадження сестринських послуг на дому, щоб зменшити необхідність у госпіталізації, для людей, які можуть обійтись без неї за належного догляду медичного персоналу на дому.<sup>7</sup>

Керівництво системою охорони здоров'я залишається одним з основних аспектів організації медичної допомоги. Державна система охорони здоров'я включає національні організації. А загальне керівництво здійснює Міністерство охорони здоров'я. Медицина традиційно поєднує в собі багато ознак приватного ринку з потужною професійною етикою, яка вимагає надавати допомогу тим, хто її потребує, але неспроможний платити. У Великобританії до створення Національної Служби охорони здоров'я існували „волонтерські лікарні”, які комбінували приватну практику з благодійницькою діяльністю.<sup>8</sup>

Покращення системи охорони здоров'я - одна з важливіших проблем, що стоять перед лейбористами сьогодні. В найближчі роки намічено суттєво збільшити долю охорони здоров'я у видатках держави. Створюється система, за якої пацієнти державних клінік зможуть обслуговуватися у приватних, де рівень обслуговування кращий. У 1999 р. уряд опублікував Білу книгу під назвою „Збереження життя: наша нація що виліковується”. У ній обґрунтована стратегія, що направлена на збільшення тривалості життя британців.

Система охорони Великобританії дає громадянам країни кращу турботу про їх здоров'я, ніж, наприклад, у Сполучених Штатах Америки. Британці безкоштовно отримують величезну кількість послуг, порівняно з американцями, при цьому вони не платять страховку, за них піклується держава. Окрім того жителі Сполученого Королівства можуть самі обирати собі лікарів, і, якщо вони бажають, то звертаються за консультацією і лікуванням до приватних лікарів. Безробітні і мало забезпечені окрім безкоштовного лікування мають ряд пільг, зокрема, безоплатне призначення ліків, а також дотації у розмірі 53,05-94,6 ф. ст. на тиждень залежно від рівня нужденності.<sup>9</sup>

Проте ця система як і будь-яка інша не позбавлена недоліків. Зокрема, людина змушена довго чекати на госпіталізацію, якщо це не негайна потреба, для інших існують так звані „листи очікування”. До того ж безкоштовне державне медичне обслуговування може отримати лише громадянин Великобританії. З іншого, боку такі величезні соціальні програми потребують значного фінансування. За останні роки вартість медичних послуг значно зросла, а найбільше капіталовкладень потребують люди з обмеженими фізичними можливостями, психічно хворі, що

живуть у спеціальних лікарнях, інваліди, жителі притулків для невиліковно хворих (хоспісів). Їх утримання за останні 20 років зросло у 4 рази. Державі потрібно постійно вишукувати нові джерела фінансування, не збільшуючи при цьому податкового навантаження на населення. Для цього була створена програма Приватної Фінансової Ініціативи, коли держава почала залучати для виконання соціальних програм приватні компанії. У вигазі залишаються всі, в тому числі і платник податків. Однак, в цілому, лейбористи не змогли зробити справжню реформу системи охорони здоров'я, вони в більшості зберегли здобутки консерваторів і системи, яку створив ще лорд Беверідж.

Система охорони здоров'я Великобританії базується на „трьох китах”: вона фінансується з податку з прибутків всіх жителів Сполученого Королівства, Національна Служба Здоров'я (NHS) є державною і надає свої послуги безкоштовно, однак кожна людина має право на звернення до приватного лікаря. При всіх позитивних рисах британської системи охорони здоров'я, вона має ряд негативних сторін, зокрема потребує великого фінансування, існування „листів очікування” тощо. Держава активно залучає приватний капітал до будівництва медичної інфраструктури, продовжуючи програму консерваторів „Приватна Фінансова Ініціатива”, будуючи нові госпіталі і при цьому економлячи кошти платників податків. Все це дає свої позитивні результати і сприяє розвитку загальнодержавної системи охорони здоров'я.

### ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА.

1. Сорокина В.Ф. Социальное обеспечение в Великобритании // Современная Европа. - 2002. - №1. - С. 58; 2. Спікер П. Соціальна політика: теми та підходи. - К., 2000. - С. 240; 3. Сорокина В.Ф. Социальное обеспечение в Великобритании // Современная Европа. - 2002. - №1. - С.59; 4. Семигіна Т. Соціальна політика у глобальному вимірі. - К., 2003. - С. 52-53; 5. Development in British Politics 6. - N.-Y., 2000. - P. 241; 6. Сорокина В.Ф. Великобритания: частная финансовая инициатива// Мировая экономика и международные отношения. - 1999. - № 1. - С. 92; 7. Britain 2001. The Official Yearbook of the United Kingdom. - London, 2001. - P. 185; 8. British Social Attitudes. The 17<sup>th</sup> Report. Focusing on Diversity. - London. - P. 25; 9. Семигіна Т. Соціальна політика у глобальному вимірі. - К., 2003. - С. 53.

*О.А. Неприцький*

### ПРИДНІСТРОВСЬКИЙ КОНФЛІКТ: СПРОБИ ВРЕГУЛЮВАННЯ НА ПОЧАТКУ ХХІ СТ.

Руйнація сталої системи міжнародних відносин часів існування блокового протистояння в умовах „холодної війни” призвела до загострення ряду конфліктів у Європі наприкінці ХХ – на початку ХХІ століть. Однією із таких зон стала територія Придністров'я.

Придністровський конфлікт є важливим об'єктом нашої уваги з огляду на застосування зброї для вирішення територіального конфлікту в Східній Європі при безпосередній близькості від кордонів України. Наша держава входить до числа тих сторін переговорного процесу, які мають принципові державні інтереси у розв'язанні даного конфлікту.

Події у Придністров'ї привертають увагу політологів, істориків, економістів, оскільки ця сторінка історії ще не перегорнута і залишається спільним полем дослідження вчених різних галузей від історії до міжнародної економіки. Вивченню ситуації у Придністров'ї приділяється значна увага як у самому Придністров'ї, так і ряді зацікавлених країн Центрально-Східної Європи<sup>1</sup>. Переважна більшість опублікованих досліджень висвітлюють події із політичної, а не історичної точки зору. Залишається достатньо широке поле для історичного ретроспективного погляду на процес врегулювання конфлікту.

В даній статті автор має на меті висвітлити стан переговорного процесу щодо придністровського конфлікту на початку ХХІ століття, приділивши особливу увагу невдалим спробам реалізації плану ОБСЄ, запропонованого у 2002 році, і „плану Козака”, висунутого у 2003 році, що дасть можливість з'ясувати інтереси зацікавлених сторін і окреслити державницькі цілі України у врегулюванні Придністровського конфлікту.

Для виконання даного дослідження використані раніше опубліковані наукові праці, міжнародні правові документи, інтерв'ю політичних діячів, публіцистичні статті у пресі (у тому числі електронних ЗМІ) зацікавлених країн. Співставлення зовнішньополітичних інтересів суб'єктів міжнародних відносин, публічних виступів державних діячів і політичних лідерів, текстів міжнародних документів з дійсним розвитком ситуації дає можливість відновити історичний розвиток подій політичної гри навколо придністровського конфлікту на початку ХХІ століття.

Самопроголошена Молдовська Придністровська Республіка (ПМР), яку не визнала жодна країна, повстала внаслідок використання мовного питання (повернення Молдови до застосування