

4. Завадская Е.В. «В необузданной жажде пространства» (поэтика странствий в творчестве О.Э. Мандельштама) / Е.В. Завадская // Вопросы философии. — 1991. — № 11. — С. 26—32.
5. Лебедева М.М. Мировая политика. — 2-е изд., испр. и доп. / М.М. Лебедева. — М. : Аспект Пресс, 2007. — 365 с.
6. Панарин А.С. Восстановление прерогатив Континента как программа будущего / А.С. Панарин // Глобальное политическое прогнозирование. — М. : Алгоритм, 2002. — С. 326—376.
7. Панарин А.С. Евразийский проект в миросистемном контексте / А.С. Панарин // Восток. — 1995. — № 2. — С. 66—79.
8. Панарин А.С. Онтология террора. Выступление на «круглом столе» «Экономико-философского собрания» МГУ, 06.10.01 г. / А.С. Панарин; [электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://arcto.ru/article/993>
9. Пивоваров Ю.С. Историсофия или антропология? / Ю.С. Пивоваров // Т.Т. Тимофеев (ред.). Глобализация. Конфликт или диалог цивилизаций? — М. : Новый век, 2002. — С. 239—255.
10. Платонов Ю.П. Этнический фактор. Геополитика и психология / Ю.П. Платонов. — СПб. : Речь, 2002. — 520 с.
11. Плешаков К. В. Геополитика в свете глобальных перемен / К.В. Плешаков // Междунар. жизнь. — 1994. — № 10. — С. 30—39.
12. Ратцель Ф. Народоведение (Антропогеография) / Ф. Ратцель; сост. А. Королев // Классика геополитики. XIX век. — М. : АСТ, 2003. — С. 53—182.
13. Хантингтон С. Грядущее столкновение цивилизаций или Запад против остального мира / С. Хантингтон // Полис. — 1994. — №1. — С. 33—48.
14. Sloterdijk P. Zorn und Zeit. Politisch-psychologisches Versuch / P. Sloterdijk. — Frankfurt am Main : Suhrkamp. 2006. — 366 s.

УДК 61: 34

Л.О. Іваніщенко

ДЕРЖАВА І ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Автор розглядає відомі моделі системи організації охорони здоров'я європейських країн; аналізує їх переваги та недоліки. Піднімає питання «медичної допомоги» і «медичної послуги», вказує на необхідність розмежування цих понять. Розглядає правові норми та законодавчі акти, які регулюють їх надання. Пропонує визнати медичну послугу товаром та створити механізм ціноутворення для неї. Це дозволить залучити додаткові кошти для фінансування медичної галузі, що є необхідністю сьогодення.

Ключові слова: медичне страхування, медична допомога, медична послуга, страхова модель (система).

Автор рассматривает известные модели системы организации здравоохранения европейских стран; анализирует их преимущества и недостатки. Поднимает вопрос

«медицинской помощи» и «медицинской услуги», указывает на необходимость разграничения этих понятий. Рассматривает правовые нормы и законодательные акты, которые регулируют их предоставления. Предлагает признать медицинскую услугу товаром и создать механизм ценообразования для нее. Это позволит привлечь дополнительные средства для финансирования медицинской отрасли, что является необходимостью сегодняшнего дня.

Ключевые слова: медицинское страхование, медицинская помощь, медицинская услуга, страховая модель (система).

The author considers the well-known model of organization of health European countries, analyses of their advantages and disadvantages. He raises the questions of «medical care» and «medical services», indicates the need to distinguish these concepts. The author considers rules of law and acts which regulate their granting, suggests to recognize medical service by the goods and to create the mechanism of pricing for it. It will allow involving additional means for financing of medical industry that is necessity of today.

Key words: health insurance, medical care, medical services, insurance model (system).

Постановка проблеми. Здоров'я народу є важливим стратегічним завданням демократичних держав, бо саме воно забезпечує збереження генофонду нації. Для вирішення цього завдання держава формує спеціальну систему, яка опікується здоров'ям населення, і створює сприятливі умови щодо підвищення рівня ефективності її функціонування.

Аналіз актуальних досліджень. У контексті розв'язання зазначеної проблеми доцільним є звернення до основних положень загальновідомої так званої теорії «людського капіталу», розробленою американськими дослідниками Т. Шульцом, Г. Беккером, Л. Туроу, Я. Мінсер та ін. Прихильники цієї теорії вважають людину з її знаннями, навичками, вмінням, талантом, здібностями та іншими даруваннями найважливішим фактором економічного успіху будь-якого підприємства або держави. Людина розглядається не як робоча сила, а як самостійний унікальний суб'єкт економічних відносин, від рішень якого на кожному етапі життя залежить отримання зиску в майбутньому. Під людським капіталом розуміють кількість та якість фізичного, інтелектуального запасу здоров'я популяції з гарантією спадкоємності поколінь, збереженні цієї спадкоємності. Структуру людського капіталу складають: здоров'я; освіта (загальна і спеціальна); загальна культура; кваліфікація, професійний досвід, компетенція.

У контексті застосування цієї теорії стан здоров'я кожної людини розглядається як капітал, одна частина якого є спадковою, а друга набутою. Протягом життя індивіда відбувається знос цього капіталу, що все більше й більше прискорюється з віком. Смерть розуміється як повне знецінення фонду здоров'я. Інвестиції, пов'язані з охороною здоров'я здатні сповільнювати темп даного процесу [5, с. 32–108]. Відтак, демократичні держави намагаються створювати такі умови життя своїм громадянам та рівень надання медичної допомоги, які б забезпечували збереження та відтворення людського капіталу, складовою якого є здоров'я населення.

Отже, **мета статті** – у контексті застосування компаративістського аналізу щодо комплексу заходів, направлених на збереження, зміцнення та відтворення здоров'я населення, які домінують у провідних західних державах, визначити найбільш оптимальні напрямки розвитку системи організації охорони здоров'я в Україні.

Виклад основного матеріалу. До сьогодні в Україні ідуть дискусії щодо доцільності впровадження системи обов'язкового медичного страхування як засобу поліпшення системи фінансування медичної допомоги населенню. Досить систематично представники наукового та політичного співтовариств піднімають питання щодо вибору моделі організації охорони здоров'я, які існують у світі; чим вони вирізняються; у чому їхні переваги та недоліки?

Слід зазначити, що теоретично вирізняють такі моделі організації охорони здоров'я: національну; державну; приватну; страхову. Але, практично у світі немає країн, які використовують тільки одну із вказаних моделей.

Національна модель охорони здоров'я фінансується способом загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Вона була запропонована лордом Беверіджем у 1942 р. З 1948 року ця модель забезпечує медичною допомогою Велику Британію. У Греції,

Ірландії, Португалії та ін., також прийнято національну модель організації охорони здоров'я.

Її недоліками вважають схильність до монополізму та безадресність фінансування. Тобто, загальне оподаткування не може гарантувати стабільність надходження коштів та ефективність даної системи.

Державна система охорони здоров'я була основою охорони здоров'я СРСР, колишніх і сучасних соціалістичних країн. Вона була запропонована М. О. Семашком у 20-х роках ХХ ст., одним із радянських організаторів медицини. Така система фінансується також за рахунок загального оподаткування з подальшим державним розподілом зібраних коштів. Проте, при цьому для неї характерна домінуюча роль держави в організації медичної галузі, над централізація управління та цілком центральне фінансування. При цьому охорона здоров'я належить до невиробничої сфери і не має достатнього рівня пріоритету серед інших галузей.

Приватна система передбачає безпосередню оплату хворим наданих медичних послуг. Як єдина і самостійна приватна система у даний час не існує. Розвинуті країни світу прагнуть не допущення або значного обмеження безпосередньої оплати пацієнтами за надану допомогу.

Первинне фінансування охорони здоров'я способом соціального медичного страхування виникло в Німеччині у ХІХ ст.. Спочатку організація існувала без втручання держави. У період індустріалізації на виникаючих підприємствах працівники самостійно організовувались у професійні спілки. Медичні фонди, які діяли на засадах взаємодопомоги, досить часто отримували підтримку роботодавців, яким була вигідна якісна медична допомога працівникам. За часів Отто фон Бісмарка медичні фонди були перетворені у розвинену систему медичного страхування. Згодом були створені територіальні фонди, для тих, хто не мав можливості отримати страхування через посередництво роботодавців. З того часу такі системи отримали назву «бісмаркських» систем за іменем канцлера. Такі системи

організації охорони здоров'я мають: Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Росія та ін. країни світу.

Відмінностями цієї системи від попередніх є: адресність та цілеспрямованість внесків, використання їх у суто медичних цілях; можливість контролю з боку страхувальника і застрахованого за їхнім використанням; можливість вибору застрахованим лікаря і лікувально-профілактичної установи; обмеженість ролі уряду (при обов'язковому медичному страхуванні вирішує лише певне коло завдань – перелік видів допомоги, груп застрахованих та величину страхового внеску, запроваджує правила взаємодії всіх сторін та ін., а за добровільного страхування – бере участь в частині регламентації страхових організацій) [5, с. 33, 46–68, 79].

Страхова система охорони здоров'я нині поділяється на обов'язкове і добровільне (приватне) медичне страхування. При обов'язковій сплаті внеску для всіх із різними модифікаціями (платники платять спільно у певних пропорціях) – страховий поліс є гарантом отримання будь-якої допомоги, крім особливих випадків. При цьому діє принцип суспільної солідарності. При добровільній сплаті внеску людина безпосередньо страхує себе на випадок виникнення необхідності в отриманні тієї чи тієї медичної допомоги.

Медичне страхування (страхування у сфері медичної діяльності) – це сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини з приводу захисту майнових інтересів фізичних осіб за отримання медичної допомоги в разі настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових фондів, які формуються зі страхових внесків.

Перевагами обов'язкового соціального медичного страхування є те, що воно має обов'язковий характер для всього населення чи переважної його частини; страхові внески мають цільовий характер, що має захищати їх від політичних маніпуляцій; розмір внесків не залежить від ризику захворіти, набір медичних послуг є універсальним для всіх застрахованих, не залежить від абсолютного розміру внеску і визначається лише потребами конкретної

людини [2, с. 26–55]. Статистика доводить, що серед країн Європейського Союзу найширший ринок добровільного медичного страхування мають Німеччина, Франція, Нідерланди і Велика Британія.

Очевидно, що серед наведених моделей охорони здоров'я, які існують в провідних європейських країнах, найбільш привабливою для населення української держави є страхова система (саме вона більш орієнтована на потреби конкретної людини). Але також зрозуміло, що для визначення оптимальної моделі системи охорони здоров'я щодо української держави, необхідно враховувати не тільки переваги та недоліки кожної з вищезазначених конструкцій, але й існуючі реалії функціонування українського суспільства (від рівня економічного розвитку країни до рівня прийняття кожним громадянином України доцільності й справедливості існування в сучасному суспільстві феномена платної медицини).

Конституція України декларує право кожного громадянина на охорону здоров'я. Згідно із ст. 49 Конституції України кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Право на охорону здоров'я – це передусім забезпечення відповідного життєвого рівня. Крім того, це право передбачає також наявність безпечного для життя і здоров'я людини навколишнього природного середовища.

До системи органів державного управління охорони здоров'я входять:

Кабінет Міністрів України,

Міністерство охорони здоров'я України,

Рада міністрів АРК,

місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення комплексних і цільових програм; створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я; укладає міжурядові угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (далі — МОЗ України). Указ Президента України регламентує його діяльність. Основні завдання МОЗ України:

визначати напрямки діяльності національної служби охорони здоров'я;
забезпечувати гарантований рівня медичної допомоги населенню установами охорони здоров'я всіх форм власності;

здійснювати профілактичний напрямок в охороні здоров'я населення;
формувати здоровий спосіб життя;

забезпечувати надання державними установами охорони здоров'я загальнодоступної, як правило, безкоштовної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню;

розробляти прогноз та показники розвитку національної служби охорони здоров'я, які змінюються при зміні власності;

охороняти материнство і дитинство та ін. [1, с. 18, 26, 58, 102, 215, 301].

Слід зазначити, що у нашій державі добровільне медичне страхування не користується попитом. Його частка становить в загальному обсязі страхового ринку лише 2,6 %. При цьому страхувальниками переважно є корпоративні клієнти, тобто роботодавці, які страхують своїх працівників.

Невисокий рівень економіки нашої держави, низький рівень валового внутрішнього продукту, незначна інвестиційна привабливість України є також факторами, які негативно впливають на розвиток ринку добровільного медичного страхування. Змінити ситуацію міг би сектор приватної медицини,

але без відповідної державної інвестиційної політики його розвиток відбувається дуже складно й поволі. Крім того, через незадовільний матеріальний рівень життя і низьку культуру у сфері охорони свого здоров'я, відсутності інформації по даному питанню, населення не виявляє належної уваги до медичного страхування.

Платні медичні послуги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Дві полярні інституції – держава і ринок, можуть брати участь у виробництві послуг з охорони здоров'я. Питання про надання тих чи інших послуг приватним чи державним сектором вирішується урядовою політикою кожної країни. Крім того, необхідно визначити зміст понять «медична послуга» і «медична допомога» та їх співвідношення.

У Рішенні від 25 листопада 1998 р., Конституційний Суд України вказує, що поняттям «медична допомога» переважно охоплюються лікування, профілактичні заходи, які проводяться при захворюваннях, травмах, пологах, а також медичний догляд та деякі інші види медичних робіт. Тобто, весь спектр медичних робіт поділяється на:

1) медичну допомогу, надання якої може завдати істотної шкоди здоров'ю хворих і яка повинна фінансуватися тільки державою (безпосереднє лікування хворих та профілактика захворювань; профілактичні медичні огляди з винесенням висновку про стан здоров'я на прохання громадян; зубне, вушне, очне протезування дорослого населення; надання додаткової медичної інформації на прохання громадян (довідки, виписки з історії хвороби); надання юридичним і фізичним особам консультаційної допомоги з питань застосування законодавства про охорону здоров'я та ін.);

1) медичні послуги, надання яких безоплатно в державних закладах охорони здоров'я не може брати на себе держава (наприклад, медичний огляд осіб для отримання посвідчення водія транспортних засобів; для отримання дозволу на право отримання та носіння зброї громадянами, за винятків військовослужбовців і посадових осіб. Носіння зброї яких передбачено законодавством для отримання відповідних документів на виїзд

громадян за кордон за викликом родичів, що проживають в інших країнах, оздоровлення в закордонних лікувальних або санаторних закладах за власним бажанням та ін.).

Ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 9 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ медико-санітарною допомогою вважає комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюваннями та реабілітацію інвалідності, ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги, яка затверджена постановою кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955, вказує медична допомога – вид діяльності, який містить комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності. Медична допомога здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства [3, с. 19].

У законодавстві поняття «медична допомога» немає взагалі. Тобто немає чіткого розмежування понять «медична допомога» і «медична послуга». А саме це є вирішальним для платності чи безоплатності медичних послуг, для створення їх повноцінного ринку.

Висновки і перспективи подальших досліджень. Враховуючи досвід у сфері охорон здоров'я громадян провідних західноєвропейських країн (насамперед, Великої Британії, Німеччини, Франції та Нідерландів), можна стверджувати, що запровадження системи обов'язкового медичного страхування сприятиме поліпшенню системи фінансування медичної допомоги населенню України, а відтак – підвищенню рівня його здоров'я. Для цього, насамперед, необхідно: по-перше, визнати медичні послуги товаром; по-друге, розробити реальний механізм стандартизації і ціноутворення медичних послуг; по-третє, сформувати дієву систему контролю за якістю надання медичних послуг населенню. Очевидно, що

кожен з вищезазначених моментів спочатку потребує всебічного наукового вивчення як з боку фахівців у медичній та економічній сферах, так і з боку представників політико-правової галузі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конституційно-правові засади становлення української державності / В.Я. Тацій, Ю.М. Тодика, О.Г. Данильян та ін. ; [за ред. В.Я. Тація, Ю.М. Тодики]. — Х. : Право, 2003. — 328 с.
2. Малагардіс А. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» : Посіб. №2. Вимоги до розробки стратегічного плану запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий, Е. Лінакко, А. Драгомірістяну, М. Шевченко — К. : СПД Шмельков М. Ю., 2006. — 72 с.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відомості Верховної ради України. — 1993. — № 4. — Ст. 19.
4. Семенов В.Ю. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах / В.Ю. Семенов, В.В. Гришин. — М. : «Федеральный фонд ОСМ», 1997. — 256 с.
5. Скрипнюк О. В. Демократія: Україна і світовий вимір (концепції, моделі та суспільна практика) / О.В. Скрипнюк. — К. : Логос, 2006. — 368 с.

УДК 316.77+32

Ю. Ю. Калиновський

МОВНІ КОНСТРУКТИ ЯК ІНДИКАТОРИ РОЗВИТКУ ПОВСЯКДЕННОЇ ПРАВОСВІДОМОСТІ У ПРАВОВОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Досліджено мовні конструкти як відображення розвитку повсякденної правосвідомості суспільства. Визначено корелятивність мовних конструктів правового характеру та особливостей розвитку повсякденної правосвідомості у контексті існування правового суспільства. Стверджується, що у мовних конструктах фольклорно-побутового й художнього характеру фіксується ставлення громадян до правових цінностей та моральних норм.

Ключові слова: мовні конструкти, повсякденна правосвідомість, правове суспільство, правові цінності, право.

Исследованы языковые конструкты как отражение развития повседневного правосознания общества. Определена коррелятивность языковых конструктов правового характера и особенностей развития повседневного правосознания в контексте