

## THE MODERNIZATION PERSPECTIVES FOR UKRAINE: OFFSHORE ZONES AS A RISK FACTOR

Levkovets O. M.

The risk potential of offshore activity for modernization of the Ukrainian economics was established. It was demonstrated the contemporary transformation of the world economics offshore sector. The most circulated offshore schemes were determined. The motives and consequences to them using for Ukraine were classified. The measures for neutralization of a negative impact or offshore activity were proposed.

**Keywords:** offshore zone, sparing-offshore scheme, modernization, risks

УДК 330.1:340.12:613/614

## ЄДНІСТЬ ПРАВОВОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ ДЕРЖАВИ ТА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор  
Національний університет «Юридична академія України  
імені Ярослава Мудрого»*

*Розглянуто взаємозв'язок правової та соціально орієнтованої держави з ефективною охороною здоров'я, яка спирається на прогресивне фінансування. Цей принцип дає змогу забезпечити суспільну солідарність і захистити бідних, хворих та похилих людей. В Україні він не спрацьовує, бо національний продукт перерозподіляється на користь олігархії. Тому реформи в охороні здоров'я слід розпочинати з корінного питання.*

**Ключові слова:** *правова соціальна держава, охорона здоров'я, олігархія, прогресивне фінансування, регресивне фінансування.*

**Постановка проблеми.** Проголошення і початок здійснення реформ в охороні здоров'я на базі пілотних проектів у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві обумовлені жалюгідним станом галузі та суспільного здоров'я і тому заслуговує на особливу увагу. Відповідно до даних ООН за 2010 р., Україна увійшла до дев'ятки держав, де показник очікуваної тривалості життя при народженні нижче за показники 1970-х років: він дорівнює 68,6 року [3]. Проте розв'язання проблеми поліпшення здоров'я українських громадян потребує ранжування кроків щодо ефективного

здійснення реформ. Ігнорування першочергових, найсуттєвіших змін у суспільстві, які мусять привести соціально-економічну систему до визначених конституційних канонів, концентрація сил на важливих, але другорядних заходах, не матимуть успіху. І навпаки, вони є вірогідними тоді, коли дійсно будується правова, соціальна держава, яка передбачає масштабні соціальні перетворення.

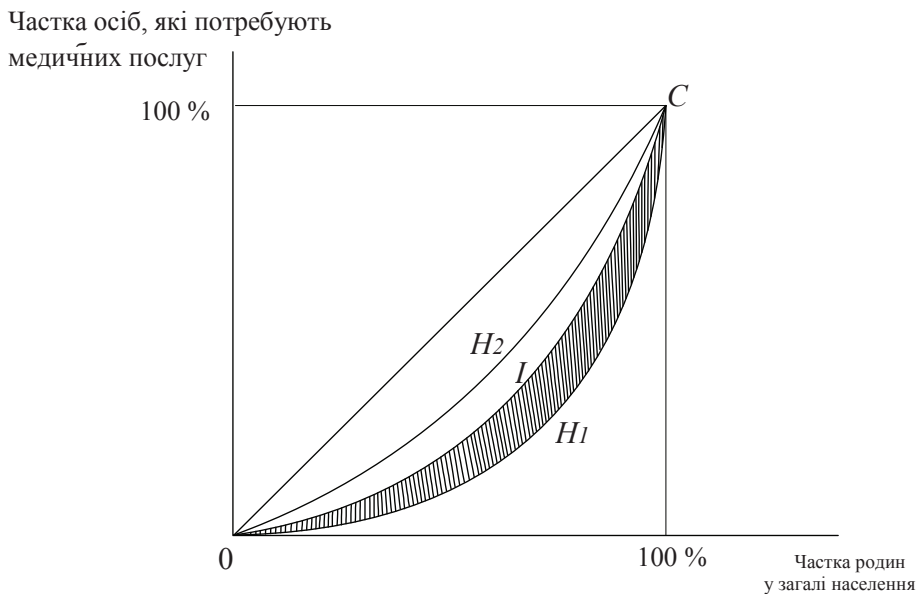
**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Теоретичні проблеми фінансування і розвитку охорони здоров'я розглядаються у роботах багатьох економістів і юристів — Л. Безтелесної, О. Костюченко, І. Куценко, Е. Лібанової, З. Лободіної, В. Новикова, О. Новикової, Я. Остафійчук, В. Пашкова, І. Райзберга, І. Шеймана та ін. Зазвичай акцент наголошується на обмеженості ресурсів, які спрямовуються на розвиток охорони здоров'я, непродуктивних витратах та інших недосконалостях власне фінансування галузі. Пропонуються методи залучення додаткових коштів та їх ефективного використання. Але на практиці частка державної охорони здоров'я в Україні не піднімається вище за 3,7–3,8 % ВВП. В. Пашков слушно пропонує встановити конституційну та адміністративну відповідальність вищих органів влади за недосягнення визначених соціальних індикаторів [5, с.181]. Ці окремі кроки дуже важливі, але в умовах відсутності правової держави як такої з соціально орієнтованою ринковою економікою синергетичного ефекту не дають. Тому необхідне теоретичне осмислення прямого зв'язку між типом держави і можливістю виконання рекомендацій учених щодо ефективної охорони здоров'я, а потім — політична воля представників влади стосовно її здійснення всупереч опору з боку тих, хто отримує економічну ренту від соціальних негараздів і постійного порушення прав українських громадян.

**Формулювання цілей.** Мета статті — обґрунтувати єдність конституційного принципу рівного доступу громадян до медичних послуг у соціальній державі і прогресивного фінансування охорони здоров'я, а також виявити головну причину суперечності між декларацією прав та їх реальним забезпеченням в Україні.

**Вклад основного матеріалу.** В економічній теорії питання, пов'язані із сутністю правової держави, розглядаються в аналізі змішаної економіки, її державного регулювання, а також інституційного середовища, особливо формальних норм економічної поведінки різних суб'єктів. Як правило, економісти додержуються юридичного тлумачення правової держави [1, с. 524]. Вони збагачують його економічним змістом і, розглядаючи напрями соціальної політики і розвитку охорони здоров'я, мають орієнтуватися на виконання прав людини, їх непорушність з боку держави та відповідність Конституції. Економічний аналіз з урахуванням правових норм створює коридор можливостей і головний вектор соціально-економічних реформ.

Найбільш ефективно охорона здоров'я розвивається у правовій державі

розвиненого громадянського суспільства і соціальної держави, де реально забезпечуються соціально-економічні права людини. І навпаки, неспроможність держави ефективно виконувати соціальну функцію негативно позначається на розвитку охорони здоров'я. Річ у тім, що нерівність населення щодо розподілу доходів, яка визначально притаманна ринковій економіці, трансформується в дедалі більшу нерівність в оплаті лікування, тобто його фінансування багатими та бідними верствами суспільства є неоднаковим. Ступінь цієї нерівності наведено на *рис. 1*.



*Рис. 1.* Крива Лоренца і нерівність у фінансуванні медичних послуг

Тут зображено криву Лоренца  $I$ , яка показує ступінь нерівності у розподілі доходів населення, а також дві криві —  $H_1$  та  $H_2$ , які позначають відповідні грошові вкладення в охорону здоров'я різних верств населення. Якби крива  $H_1$  лежала на кривій  $I$ , то нерівномірність у розподілі медичних послуг була б пропорційною до доходів окремих індивідів, тобто відповідала коефіцієнту Джині. Але зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат в охорону здоров'я зменшується, тому у випадку кривої  $H_1$  слід говорити про регресивне фінансування галузі на шкоду незаможним громадянам. Порушується принцип рівного доступу до медичних послуг, що характерно для вільного ринку і несоціальної держави. Саме ця картина спостерігається у країнах, які розвиваються, де державний сектор охорони здоров'я невеликий, а переважає ринок приватних медичних послуг з прямим рухом грошей від пацієнтів до лікаря (у вигляді безпосередніх платежів). Про регресивне фінансування медицини свідчать також неформальні, тіньові платежі медикам — вони

поширені у Греції, Іспанії, Італії, країнах колишнього СРСР. Навпаки, крива  $H$ , означає фінансування галузі на прогресивних засадах: зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат на охорону здоров'я також зростає. Ця політика адекватна соціальній державі.

Нерівність в оплаті (фінансуванні) медичних послуг різними верствами населення доповнюється нерівністю в їх отриманні, остаточному споживанні (рис. 2). Річ у тім, що неможливі верстви населення, насамперед діти, літні люди, психічно хворі, потребують більше лікувально-діагностичних процедур порівняно зі звичайними товарами. Їм набагато важче оцінити свої потреби в лікуванні і вимагати їх задоволення від фахівців. Крім того, існує суперечність між тим періодом життя, коли люди здатні оплатити медичні послуги (середина життя), і віком, коли їм особливо потрібне лікування (на початку та наприкінці життя).

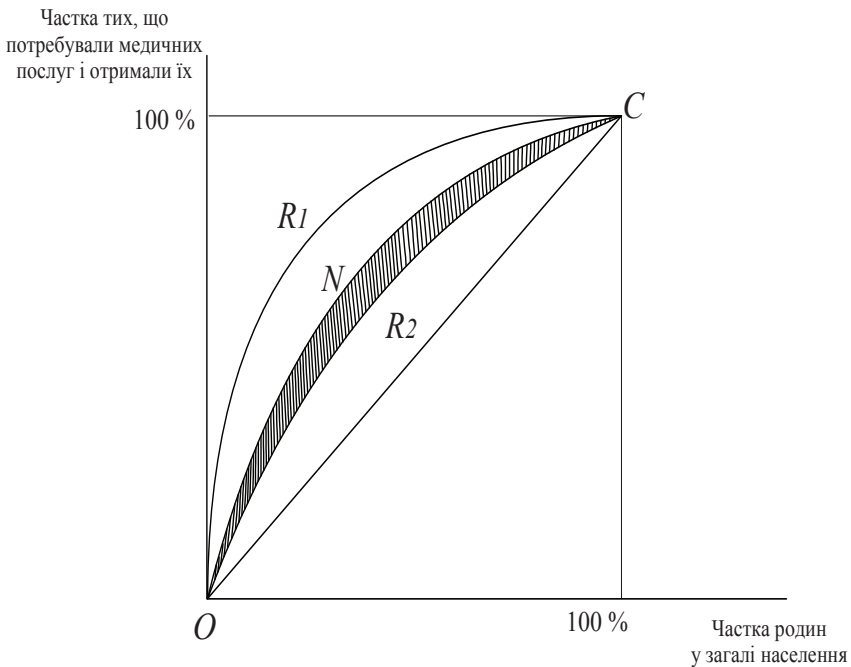


Рис. 2. Нерівність щодо задоволення потреб у медичних послугах

На рис. 2 показано, що крива концентрації захворювань і осіб, які потребують лікування —  $N$  знаходиться вище бісектриси  $OC$ . Це свідчення того, що стан здоров'я незможливіх людей у середньому гірший, ніж багатих. Тому бажано, аби вони більше за інших лікувалися. Тоді криві  $R$  ( $R_1$ ,  $R_2$ ), що позначають отримувані медичні послуги, лежали б на кривій  $N$ .

Якщо криві  $R$  ( $R_1$ ,  $R_2$ ) знаходяться вище кривої  $N$  і постають у вигляді  $R_1$ , то це означає, що малозабезпечені верстви населення отримують більше медичних

послуг, ніж це було б можливо за пропорційного розподілу потреб та рівня їх задоволення, тобто при збігові  $N$  і  $R$  ( $R_1, R_2$ ). Це сприятлива ситуація для незаможних, адже тут вони отримують пріоритет. На жаль, сам по собі ринок її не гарантує, це може забезпечити тільки соціальна держава. Якщо ж крива задоволення потреб пролягає нижче їх рівня і набуває вигляду кривої  $R_2$ , це означає, що малозабезпечені верстви лікуються менше за потрібне. Ця ситуація — сприятлива вже для багатих. Вона притаманна вільному ринку. Ступінь нерівності можна визначити на ділянці між  $N$  та  $R_2$ .

Зазвичай, соціальна держава є правовою. Проте між ними не завжди існує тотожність. Історично консервативна, англосаксонська модель розвитку, яка притаманна перш за все США і Великій Британії (особливо вона брала гору наприкінці 1970-х — на початку 1980-х років через уповільнення економічного зростання та галопуючу інфляцію), не спрямована на першочергове виконання соціальної функції. Навпаки, вона передбачає ставку держави на заохочення приватного бізнесу, підвищення ділової активності шляхом послаблення податкового тягаря на нього, скорочення зайвих бюджетних витрат на соціальні програми тощо, тобто модель ґрунтується на економічному лібералізмі. Для США характерне приватне медичне страхування. Між страховими компаніями, лікувальними закладами розвивається інтенсивна конкуренція за найбільш привабливих пацієнтів з точки зору платоспроможності і віку. У приватних американських закладах лікування оплачується за принципом «гонорар за послугу» (fee-for-service), що прискорює диференціацію суспільства з критерію доступу до лікування. Середня тривалість життя американців, за даними ОЕСР 2009 р., менша, ніж у Великій Британії, Скандинавських країнах, Німеччині, Франції і навіть Греції, Іспанії, Словенії, показник дитячої смертності — вищий, ніж у Великій Британії [8]. Платоспроможні американці мають найвищий рівень охорони здоров'я у світі, але розшарування населення за рівнем споживання медичних послуг є досить високим, незважаючи на реформи Б. Обама. Приватне медичне страхування існує також у Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії.

У той же час некоректно стверджувати, що правові держави англосаксонської моделі не підтримують охорону здоров'я. По-перше, це країни з пост-індустріальним розвитком, де інвестиції в людський капітал є пріоритетними, що стримує традиційний американський або англійський консерватизм. По-друге, правова держава — це такий її статус, за допомогою якого громадяни мають гарантовану можливість захистити свої інтереси. Культ закону не дозволяє обмежувати конституційні права людини, адже у багатьох провідних країнах чинною законодавчою нормою є рівний доступ громадян до охорони здоров'я. У Великій Британії, яка належить до англосаксонської моделі розвитку, не останню роль до того ж відіграє традиційний для Європи інституційний чинник — християнська мораль милосердної допомоги хворим.

Крім того, великий політичний вплив на європейський розвиток охорони здоров'я справили дві світові війни. Перша Світова війна прискорила становлення виборчої системи, профоб'єднань, які захищають права людини, а Друга — зумовила зростання державного сектору та інших соціальних перетворень.

Ще у 1948 р. у Великій Британії сформовано національну систему охорони здоров'я Беверіджа — на честь економіста-реформатора соціального забезпечення. Подібні системи охорони здоров'я існують також в Ірландії, Канаді, на етапі створення — у середземноморських країнах, де державні витрати на медицину на душу населення за останні десятиріччя стрімко збільшилися. Наприклад, за даними ОЕСР, вони зросли у 1981—2009 роках (у доларах за ПКС) у Канаді — з 678,5 до 3081,1; Ірландії — 448,6 до 2836,1; Португалії — з 209,1 до 1632,6; Іспанії — з 317,9 до 2258,6; у 1987—2009 роках в Італії — з 887,3 до 2443; Греції — з 426 до 1643,7 [9].

Джерелом грошових коштів, призначених для національних систем охорони здоров'я, є прямі податки, які стягуються з фізичних та юридичних осіб. Хворі лікуються на безоплатній основі, а платником виступає держава. При цьому використовуються можливості конкуренції та передбачаються також платні послуги, які задовольняють додатковий попит на лікування з поліпшеним сервісом для забезпечених верств населення. Крім державних лікарень, що мають надавати встановлені стандарти медичної допомоги, існують також приватні клініки, послуги яких оплачуються або на прямій основі, або за рахунок добровільного страхування. Зазвичай лікарі можуть обирати, де працювати: у державному чи приватному секторі, а часто просто працюють за сумісництвом. Однак державний медичний ринок жорстко регулюється з приводу ціни та якості лікування, а приватний сектор не має суттєвого поширення.

Проте і США, які спираються на ліберальні цінності і не відбудовують соціальну державу за першочерговим пріоритетом (рівень перерозподілу ВВП тут менше 40 %), все ж таки не виступають їй антиподом. Так, зростає державне фінансування відомої системи «Medicare», яка охоплює лікування похилих людей віком старше 65 років. У 2010 р. воно складало 452 млрд дол., або майже 13 % федерального бюджету країни [10]. Причина полягає не тільки в постіндустріалізмі. Розвиток громадянського суспільства, якому сприяє правова держава, забезпечує високу частку громадських організацій у наданні медичних послуг, соціальну відповідальність бізнесу, а також контракти муніципалітетів з приватними фірмами, що компенсує відносну обмеженість соціальної функції на макрорівні.

Повністю протилежною до канонів консервативної моделі була патерналістська держава, притаманна СРСР. Неправова за змістом, вона повністю брала на себе регулювання умов життя людини. В охороні здоров'я патерналістська модель М. Семашка з жорсткою централізацією управління

галуззю мала єдине джерело — державний бюджет. Були відсутні конкуренція та відомі переваги приватного сектору — він стимулює інновації у медицині, маркетингове дослідження попиту і потреб, сприяє поширенню медичних послуг-субститутів та альтернативності пропозиції, вибору для покупців. Проте у 1960 р. витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення колишньої УРСР і США були приблизно на одному рівні (близько 150 дол.), а в більшості європейських країн — навіть менше. Зменшення фінансового забезпечення медичної галузі в СРСР розпочалося з 1975 р., і вона все більше розвивалася за остаточним принципом, тобто гроші на охорону здоров'я витрачалися після фінансування матеріального виробництва, воєнної галузі. У той же час в радянській моделі М. Семашка домінував профілактичний напрям медицини, і за цим критерієм вона вважалася однією з найефективніших. До останнього часу до цієї моделі, з певними застереженнями, тяжіла Білорусь.

Нова якість правової і соціальної держави водночас характерна для багатьох сучасних європейських країн, чому є свої причини. Етапи первісного накопичення капіталу в XVI–XVII століттях, становлення капіталізму і вільного ринку на європейському просторі супроводжувалися значним розшаруванням населення за рівнем доходів, а панування монополій наприкінці XIX ст. цей процес прискорили. На початку XX ст. і пізніше багато вчених і практиків господарювання прийшли до розуміння особливої ролі держави та запропонували методи соціального регулювання. Найнасиченим соціальним змістом характеризуються скандинавська модель і соціально-ринкове господарство Німеччини.

Скандинавську модель держави загального добробуту (яка існує у Швеції, Данії, Норвегії та Фінляндії до теперішнього часу) було закладено після Великої депресії XX ст., коли у Швеції почала стверджуватися соціал-демократична ідеологія. Це є типова ринкова модель, але з високим рівнем регулювання соціальної сфери, де найбільшу користь отримує середній клас. Держава здійснює активну соціальну політику, спрямовану на забезпечення солідарності громадян, розподіляє суспільні витрати, частка яких у ВВП сягає 60–70 % (державний бюджет є головним інструментом соціальної політики). Крім того, держава здійснює активну кредитно-грошову та фіскальну політику (ставки податків дуже високі, але прозорі та соціально спрямовані), а також регулювання зайнятості на ринку.

Німецька модель соціального ринкового господарства, яку було реалізовано у 1950-х роках під керівництвом Л. Ерхарда, передбачає високий рівень добробуту для переважної більшості громадян за умови економічних свобод і на основі конкурентного ладу. Ринок і вільне підприємництво розвиваються, але ринкового свавілля немає. Заперечуються як «державний дирижизм», тобто пряме втручання в економіку, що обмежує свободу громадян, так і традиційний

лібералізм А. Сміта з роллю держави як «нічного сторожа» і зловживання економічною владою. Соціальна держава європейського взірця забезпечує індивідуальні інтереси громадян, свободу вибору роду занять і професії, пересування, укладення договорів, об'єднань. Захист приватної власності є конституційним елементом і передумовою ефективного використання обмежених ресурсів. Держава коректує вади ринку, здійснює антимонопольну політику, нагляд за недопущенням зловживань, забезпечує конкурентний порядок, фінансову стабільність. Сутність соціального порядку, який постійно підтримується, — створення законодавчих та інституційних умов для реалізації принципу суспільної солідарності, соціальне партнерство в економіці. Основним напрямом соціальної держави є задоволення зростаючих потреб людей, захист їх від життєвих ризиків, створення рівних можливостей доступу до економічного життя і соціальних благ. Запорукою гармонії інтересів суспільства, окремих громадян і підприємств є економічна і політична демократія. Держава і суспільство підтримують незалежних політиків, суспільну думку і вільних громадян, які є відповідальними за свої дії. Держава створює умови для розвитку громадянського суспільства.

У країнах соціальної ринкової економіки не випадково існує модель охорони здоров'я Бісмарка (назва на честь німецького канцлера Отто фон Бісмарка, який наприкінці XIX ст. перетворив розрізнені медичні фонди на єдину і розгалужену систему медичного страхування). Зрозуміло, що до неї належать Німеччина, а також Австрія, Бельгія, Нідерланди, Франція, Люксембург. Соціальна держава цього типу характеризується обсягами перерозподілу ВВП через державний бюджет понад 50 %, значними суспільними витратами та внесками роботодавців до страхових фондів, розвиненою системою соціального партнерства, орієнтацією на повну зайнятість населення. Німецька система відрізняється наявністю різних медичних фондів державного обов'язкового страхування (з метою демонополізації), а також децентралізацією охорони здоров'я, значною роллю регіонів. Рівень фінансування охорони здоров'я в системах Бісмарка дорівнює від 10 до 14 % ВВП. Обов'язкове медичне страхування характерно також для Канади і стало буденною справою для нових країн ЄС.

Державні та соціально-страхові моделі охорони здоров'я виконують функцію перерозподілу ресурсів. Податки (або відрахування на медичне страхування) на законодавчій основі включаються до державного бюджету (або сукупного національного фонду страхування з територіальними підрозділами), а потім розподіляються відповідно до медичних потреб. Повна сума суспільних ресурсів, потрібних для надання державних медичних послуг, складається з бюджетних коштів та ресурсів страхового фонду. В системах охорони здоров'я Беверіджа переважає перше джерело, у системах Бісмарка — друге. При цьому обидві моделі спираються на особливу роль держави у регулюванні



ринку медичних послуг. Їх переваги полягають у найвищому ступені соціальної справедливості та солідарності населення, коли реалізується принцип «здоровий платить за хворого, багатий за бідного, молодий за похилого». Страхування, зокрема, дає змогу мінімізувати ризик непередбачених витрат на лікування за рахунок поєднання багатьох полісів в один портфель.

Проте сьогодні виникає чимало дискусій серед науковців і практиків державного регулювання про доцільність та ступінь перерозподілу суспільних ресурсів. Вони пов'язані з міграційною політикою в Європі, яка сприяє утриманню тих мігрантів, що живуть на соціальні пільги, зокрема в охороні здоров'я, за рахунок податків інших громадян. Утриманство породжує неробство, непристойну та агресивну поведінку, яку побачив увесь світ під час подій у Великій Британії улітку 2011 р. Як наслідок загострюються ксенофобські настрої серед корінного населення, зростають чисельність, авторитет та ідеї націоналістичних партій у парламенті. Терористичний акт улітку 2011 р. в Норвегії, яка посідає перше місце серед країн світу з індексу людського розвитку, свідчить про посилення напруженості і суперечностей між соціально орієнтованою економікою і дуже ліберальною міграційною політикою європейських країн. І реформа охорони здоров'я в США, яка сприяє європейській соціалізації суспільного життя, має свою межу. Вона передбачає право на медичне страхування всіх громадян, у тому числі безробітних (їх страховку сплачує держава), тобто існує можливість для певних груп мігрантів уникати працю взагалі і за рахунок інших платників податків отримувати медичну допомогу.

Яке значення має досвід соціальних держав для сучасної України? Відповідно до ст. 1 Конституції України формально ми теж маємо правову, соціальну державу, але за суттю — далекі від неї. Перехідна економіка стартувала з командної системи і в умовах відсутності відповідного законодавства, громадянського суспільства і незалежної судової влади зазнала дуже значного впливу вітчизняної олігархії. У 1990-ті роки хибний шлях напівтіньової приватизації та рейдерства викликав формування власників-хижаків, націлених зовсім не на розширене відтворення національного продукту, модернізацію і конкурентоспроможність виробництва та людський розвиток, а на миттєві надприбутки за допомогою перерозподільних актів, у тому числі з джерел державного бюджету. Приватизація факторів виробництва без ефективних інвестицій в людський капітал триває в Україні й донині. Корумпована олігархічна система виключає ефективний розподіл обмежених бюджетних коштів і можливість соціальної держави. Понад двох третин базисних сфер української економіки (хімічна промисловість та гірничо-металургійний комплекс) знаходяться під контролем лише декількох фінансово-промислових груп. Вони привласнюють більшість доходів від українського експорту, які мають наповнювати державний бюджет, зокрема бюджет охорони здоров'я.

Податкові надходження до державного бюджету України значно менші за можливі. Переважає не прогресивне, а пропорційне оподаткування доходів громадян, яке за визначенням не може сприяти підтримці незаможних, хворих та похилих. Спроба впровадити елементи прогресивного оподаткування новим Податковим кодексом України скоріше за все слабо вплине на ефективність охорони здоров'я з причини непрозорості фінансових потоків та їхнього перерозподілу. Адресного фінансування медицини за допомогою обов'язкового соціального страхування не існує. Ось чому навіть добросовісні платники податків в Україні (як правило, з державного сектору) в обмін на свої гроші не можуть отримати адекватні медичні послуги. Насправді зовсім не всі потенційні платники податків виявляють готовність їх платити та йдуть у тіньову економіку, бо за 20 років створився міцний інститут недовіри до влади. За даними міністра соціальної політики, фонд заробітної плати в Україні становить приблизно 490 млрд грн, з яких майже 50 млрд знаходиться в «тіні» [8]. Тому грошові джерела охорони здоров'я не просто об'єктивно обмежені як суспільні ресурси взагалі, що є одним з фундаментальних фактів економічної теорії і практики, а додатково штучно обмежені. Це аж ніяк не свідчить про соціально орієнтовану економіку, яка базується саме на прогресивному оподаткуванні, причому доходів усіх без винятку громадян.

Систематично українській капітал спрямовується в офшори, переховуючись від оподаткування, причому обсяг його стрімко зростає. За даними Держкомстату України, якщо на 1 липня 2007 р. інвестиції до Кіпру становили 10,4 млн дол., або 12,3 % від усього обсягу прямих інвестицій в ЄС, то на 1 липня 2009 р. — 5820,2 млн дол. (97,9 %), а на 1 липня 2011 р. — 6389,3 млн дол. (97,1 %) [2]. Остання цифра лише трохи менше (за офіційним курсом Національного банку України на 1 липня 2011 р.), ніж 53 млрд грн — витрати на охорону здоров'я у проекті державного бюджету України на 2012 р., який затверджено 14 вересня 2011 р. Кабінетом Міністрів України. А відповідно до державного бюджету на 2011 р., фінансування боротьби з туберкульозом, СНІДом та онкологічними захворюваннями, за рівнем поширення яких Україна є одним з лідерів у Європі, було скорочено на 58 млн — до 577 млн грн. При цьому демографічні проблеми загострюються. За даними Держкомстату України, чисельність наявного населення України станом на 1 серпня 2011 р. зменшилася на 1,39 млн громадян порівняно з 1 серпня 2005 р. і становить 45,67 млн. Кількість померлих дітей віком до одного року збільшилася за цей період на 126 і становила на 1 серпня 2011 р. 2575 чол. [2].

Фінансово-промислові групи мають своїх лобістів у парламенті України. Депутатам притаманні опортуністична поведінка, егоїзм та ігнорування уподобань і потреб виборців. Депутатська недоторканність доходить до абсурду, механізм відкликання депутатів не працює, виборчі списки є закритими для суспільства, а електорат мажоритарних округів елементарно скуповується. Приходячи в політику, народні обранці не тільки не втрачають впливу на

бізнес, а й багатократно його збільшують. Так, доходи депутата, який з українських мільярдерів посідає найбільш високе місце у рейтингу «Forbes», збільшилися у 2010 р. на 9 млрд дол. [4]. Це майже на 4 млрд дол. вище, ніж зведений бюджет охорони здоров'я у 2010 р., який складав 41,7 млрд грн. Узагалі на відміну від багатьох сусідніх країн зростання за перше півріччя 2011 р. статків українських компаній, які потрапляють до рейтингу 500 наймогутніших підприємств Центральної і Східної Європи, склало 123 %, у той час як темпи зростання реального ВВП в Україні порівняно з відповідним кварталом 2010 р. складають: за перший квартал 2011 р. — 105,2 %, за другий — 103,8 % [2; 5], тобто маємо неадекватний соціальній державі перерозподіл національного продукту. Податкова служба України нарахувала за висновками 2010 р. понад 7,3 тис. осіб з доходами понад 1 млн грн. Більшість з них мешкає у Києві, довкола влади [6].

Тобто, суспільні ресурси розподіляються на користь не охорони здоров'я, і витрати втрачених можливостей, або альтернативні витрати, дуже високі. Ті гроші, які галузь все ж таки отримує з державного бюджету, часто теж використовуються економічно та соціально неефективно завдяки застарілому менеджменту, структурно-технологічним диспропорціям, зайвої централізації, занепаду основних фондів. Та переважно бюджетні гроші втрачаються у тендерних угодах, при закупівлі ліків, тому що дуже величезними є і обсяги оптових продажів, і корупційні «відкати». Останні поступово поширюються на взаємовідносини аптек, біологічних лабораторій, головних лікарів, з одного боку, та лікарів — з другого. Непоодинокими є випадки, коли виділені бюджетні кошти самочинно перерозподіляються на місцях або непрофесіоналами, або залежно від хабарів чи політичних уподобань. Це спричиняє нерівномірне фінансування лікувальних закладів та зростання загроз для пацієнтів. Водночас збільшуються неформальні платежі медикам. Причому оплата лікування не означає його високої якості, а звернення громадян до суду з приводу лікарських помилок далеко не завжди гарантує, що справи розбиратимуться справедливо, а рішення ухвалюватимуться відповідно до закону. Це зумовлено високим рівнем корупції і тим, що одна з ознак правової держави — незалежність судової влади — не спрацьовує. Ось чому попри ст. 49 Конституції України громадяни не мають гарантованої можливості захистити свої права на безоплатну медичну допомогу.

**Висновки.** Економічною основою єдності правової, соціальної держави та ефективного розвитку охорони здоров'я є розподіл на її користь суспільних ресурсів, фінансування галузі на прогресивних засадах: зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат на охорону здоров'я також зростає; мало-забезпечені верстви населення, похилі та хронічно хворі люди отримують більше медичних послуг, ніж це було б можливим за пропорційного розподілу потреб та рівня їх задоволення. Тобто, виконується принцип солідарності — багатий сплачує за бідного, здоровий за хворого, молодий за похилого.

Конституційні норми, які визнають державу Україна соціальною, є необхідною, але недостатньою умовою реальної соціальності. Декларації про надання безоплатних медичних послуг не мають реального забезпечення, оскільки в Україні побудовано кланово-корупційну систему, де інтереси олігархії, яка підкоряє судову систему, і окремих громадян (та суспільства) прямо протилежні. Тут здійснюється регресивне фінансування галузі за рахунок незаможних, похилих та хворих громадян. Розшарування населення, зумовлене доходами, посилюється додатковим розшаруванням у доступі до охорони здоров'я. Запорукою поліпшення суспільного здоров'я є розведення великого бізнесу і законодавчої та виконавчої гілок влади, вектор відбудовування насправді правової, соціальної держави, тобто реалізація принципу непорушності прав людини, створення досконалої правової системи і незалежної судової влади, підтримка розвитку громадських організацій узагалі та в охороні здоров'я. Похідними від корінних питань є інші: вдосконалення менеджменту і фінансування, а також децентралізація галузі, впровадження медичного страхування, створення належних умов праці лікарів, формування інституту сімейних лікарів тощо. Цю послідовність — від головного до похідного — повинні мати на увазі організатори реформ в охороні здоров'я України.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Большой юридический словарь / под ред. А. Я. Сухарева, В. Д. Зорькина, В. Е. Крутских. — М. : ИНФРА-М, 1998. — IV, 790 с. — (Библиотека словарей «ИНФРА-М»).
2. Держкомстат України. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Доповідь про розвиток людини 2010 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2010\\_RU\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_RU_Complete.pdf)
4. Доходы Ахметова выросли до 9 млрд долларов /Деньги.ua /2011. — 1 июля. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://dengi.ua/news/83439>
5. Пашков В. М. Засади формування державою господарсько-правової політики у сфері охорони здоров'я / В. М. Пашков. // Екон. теорія. — 2011. — № 2. — С. 180–188.
6. Финобзор. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.finobzor.com.ua/novosti/nid/2237>
7. Экон. известия. 2011. — 6 сент. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://news.eizvestia.com/news\\_economy/full/](http://news.eizvestia.com/news_economy/full/)
8. NEWSMARKET 2011. — 8 вер. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.newsmarket.com.ua/2011/09/>
9. OECD Health Data: [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)
10. What the Medicare Debate Means to You? / The Wall Street Journal. — 2011. — 14 April [Электронний ресурс]. — Режим доступу: <http://online.WSJ.com/article/html>

## ЕДИНСТВО ПРАВОВОГО, СОЦІАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВА И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каминская Т. М.

Рассмотрена взаимосвязь правового и социально ориентированного государства с эффективным здравоохранением, которое опирается на прогрессивное финансирование. Этот принцип дает возможность обеспечить общественную солидарность и защитить бедных, больных и пожилых людей. В Украине он не срабатывает, поскольку национальный продукт перераспределяется в пользу олигархии. Поэтому реформы в здравоохранении следует начинать с коренного вопроса.

**Ключевые слова:** правовое социальное государство, здравоохранение, олигархия, прогрессивное финансирование, регрессивное финансирование.

## UNITY OF LEGAL SOCIAL STATE AND HALTH CARE

Kaminska T. M.

The article is devoted to the interconnections between legal, socially oriented state and effective health care which base itself on progressive financing. This principle allows to supply a public solidarity and to protect poor, ill and elderly people. In Ukraine it doesn't work because of distribution of the national product in favor of oligarchy. So reforms in health care need to be starting from the root point.

**Keywords:** legal social state, health care, oligarchy, progressive financing, regressive financing.

УДК 343.9:330.1

## НЕДОЛКИ І ПРОРАХУНКИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОБ'ЄКТАМИ ПАЛИВНО-ЕНЕРГЕТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ

*Г. Ю. Дарнопих, кандидат економічних наук, доцент  
Національний університет «Юридична академія України  
імені Ярослава Мудрого»*

*Проаналізовано причини стратегічних і тактичних прорахунків економічної політики держави у сфері паливно-енергетичного комплексу як сприяючих умов*