

Місержи  
Світлана Дмитрівна

## Концепт справедливості та політика у сфері охорони здоров'я

УДК 321.01  
DOI <https://doi.org/10.24195/2414-9616-2020.1.05>

Місержи Світлана Дмитрівна,  
кандидат політичних наук, доцент,  
доцент кафедри філософії, біоетики  
та історії медицини  
Національного медичного університету  
імені О. О. Богомольця  
бул. Тараса Шевченка, 13, Київ, Україна

*Суспільна полеміка про справедливість активізується у зламні періоди розвитку суспільства. Таким періодом для України є нинішнє реформування суспільних відносин, зокрема у сфері охорони здоров'я. Пошук оптимальної системи охорони здоров'я супроводжується дискусіями між соціальними групами із приводу оцінки складових частин реформи саме з огляду на уявлення про справедливість.*

*Метою статті є визначення зв'язку між політичними доктринами та політикою в галузі охорони здоров'я через призму концепту справедливості.*

*Міждисциплінарний характер дослідження потребує застосування комплексу загальнонаукових та спеціальних методів, які забезпечують аналіз суспільних процесів на межі етики, політики й права: аналізу та синтезу, порівняльного та системного аналізу, історичного інституціоналізму.*

*Уявлення про справедливість є складовою частиною політичної культури, закладається в суспільний договір, на якому будується законодавче забезпечення системи охорони здоров'я. Введення моделей системи охорони здоров'я, які отримали назви «Система Семашка», «Система Бісмарка» та «Система Беверіджа», стали результатом реалізації відповідно соціалістичної, соціал-демократичної та соціал-ліберальної концепцій справедливості. Дві останні, залишаючись незмінними у своїй основі, у 1970-х роках зазнали впливу ліберальної концепції рівності можливостей, що виразилося в диверсифікації джерел фінансування та урізноманітненні форм власності. Натомість американська неоліберальна модель приватного фінансування охорони здоров'я дрейфувала в бік соціальної орієнтованості – введення широких соціальних програм, елементів обов'язкового страхування тощо. У сучасному світі вираженою є тенденція до створення систем охорони здоров'я, що охоплюють широкі верстви населення, під час комерціалізації високотехнологічних медичних послуг. Зростають вимоги до держави як відповідальної за здоров'я громадян під час визнання свободи, відповідальності кожного. Рішення щодо реформування системи охорони здоров'я України контрверсійні, відбувають боротьбу груп інтересів та характеризуються регресуючою реалізацією права на здоров'я.*

**Ключові слова:** справедливість, зрівняльна справедливість, розподільна справедливість, рівність можливостей, «Система Бісмарка», «Система Семашка», «Система Беверіджа».

**Вступ.** Роздуми про справедливість мають давню традицію. У будь-якому суспільстві є певні уявлення про справедливе, що змінюються із плином часу, мають особливості в різних соціальних груп та індивідів. Численні теорії, концепції та підходи до розуміння справедливого дають змогу узагальнити, що воно відбиває уявлення про належне, зокрема допустиме (перш за все в етиці), рівне (в політиці та праві), співмірне (в економіці та праві).

Запит на справедливість у суспільстві посилюється залежно від того, наскільки процеси, що відбуваються, далекі від розуміння належного у критичній кількості найбільш активної частини суспільства. Політична еліта, яка бажає залишитися такою, змушена проводити реформи, частково задовольняючи цей запит, конструюючи в суспільній свідомості через мас-медіа та систему освіти позитивне ставлення до своєї політики і часто «нове» уявлення про справедливе.

Дискусії про справедливість завжди активізувалися у зламні моменти історії. І нині вони повертають опонентів до положень античної традиції, їх інтерпретації та розвитку в нових умовах: піфагорівського правила справедливості («рівним за рівне, нерівним за нерівне»); аристотелевської дилеми «рівність за кількістю або рівність за гідністю»; ідей

римських юристів, які перенесли концепт справедливості у сферу права та стверджували, що право – це «наука про добре і справедливе», що «приписи права суть такі: жити чесно, не чинити шкоди іншому, кожному віддавати те, що йому належить» [11] Особливе місце займає полеміка між прихильниками утилітарного та кантіанського підходів до розуміння справедливого.

Метою статті є визначення зв'язку між політичними доктринами та політикою в галузі охорони здоров'я через призму концепту справедливості.

**Методи дослідження.** Міждисциплінарний характер дослідження потребує застосування комплексу загальнонаукових та спеціальних методів, які забезпечують аналіз суспільних процесів на межі етики, політики і права: аналізу та синтезу, порівняльного та системного аналізу, історичного інституціоналізму.

**Результати.** У будь-якому суспільстві існують суттєві розбіжності з питань справедливого і несправедливого, особливо коли йдеться про чутливі для кожного напрями політики, пов'язані з базовими потребами людини, до яких належить і охорона здоров'я. Невипадково під час президентської виборчої кампанії 2019 р. для агітаційного білборду кандидата у Президенти, голови

парламентського комітету з питань охорони здоров'я О.В. Богомолець було обрано слоган «Справедлива».

Ухвалення політичних рішень у суспільстві ускладнюється співіснуванням різних ціннісних систем координат. Якщо, наприклад, рішення на основі утилітарного розуміння справедливості в одних сферах приймаються суспільством, то в охороні здоров'я, коли йдеться про життя і здоров'я людини, такі рішення, як правило, категорично відкидаються. Досить згадати історію прийняття в Україні закону, що регулює відносини в галузі трансплантології, умови його прийняття, центри впливу, компромісність схваленого варіанту і проблеми, через які він не працює. Дійсно, суспільство завжди проявляє бажання перенести етичні норми і принципи з етичної площини в політико-правову, законодавчу.

Як відомо, історично сформувалися чотири основні моделі системи охорони здоров'я: «Система Бісмарка»; «Система Семашка»; «Система Беверіджа»; Американська система приватного фінансування.

Наприкінці XIX ст., як спроба подолання конфлікту між уявленням про справедливий устрій суспільства та його реаліями, народжується ідея соціальної держави, в якій перше ініціюється створення державних систем охорони здоров'я, покликаних реалізувати право кожної людини на медичну допомогу. Так, у 1880-х роках у Німеччині була введена перша державна модель обов'язкового медичного страхування – «Система Бісмарка». Солідарна за своєю суттю, вона передбачає діяльну участь (страхові внески) усіх громадян та їх доступ до медицини. Її впровадження стало результатом політичного тиску соціал-демократів і прагнення запобігти зростанню робітничого руху. У той час в Україні як частині Російської імперії реалізується ідея земської медицини, яка мала розширити охоплення різних соціальних груп медичною допомогою. Після Першої світової війни в Радянській Україні була проголошена рівність прав на медичну допомогу незалежно від майнового статусу, повсюдно введені лікарські дільниці та почалося створення централізованої державної системи охорони здоров'я на основі єдиного медичного фонду, який був консолідований до державного бюджету. Ця система отримала згодом назву «Система Семашка».

Ідеологія створення національних систем охорони здоров'я, що визнає справедливою відповідальність держави за життя й здоров'я громадян, широко втілюється в Європі в практику після Другої світової війни. Це стало результатом осмислення колосальних людських втрат першої половини XX ст. Невипадково в 1948 р. держави-члени ООН прийняли Загальну декларацію прав людини та заснували Всесвітню організацію

охорони здоров'я (далі – ВООЗ), артикулюючи неможливість реалізації права на життя без забезпечення права на охорону здоров'я. Відповідно до ст. 1 Статуту ВООЗ мати найвищий досяжний рівень здоров'я є одним із основних прав кожної людини [15]. Це право накладає на держави низку юридичних зобов'язань щодо забезпечення належних умов для зміцнення здоров'я всіх людей без дискримінації.

Так, після Другої світової війни британці відмовилися від системи загального обов'язкового медичного страхування («Система Бісмарка») і з 1948 р. переходять до системи державного фінансування, названої згодом ім'ям економіста Уільяма Беверіджа («Система Беверіджа»), який проводив соціальну реформу. На погляди У. Беверіджа вплинули ідеї Джона Кейнса щодо державного регулювання. Виходячи з ідей соціального лібералізму, У. Беверідж визнавав необхідність підвищення ролі держави в соціальній сфері, зокрема введення державної служби охорони здоров'я, що гарантує надання всім верствам населення безкоштовної медичної допомоги.

В Україні після Другої світової війни тривала подальша розбудова «Система Семашка» на основі державного бюджетного фінансування, структури лікарських дільниць, створення лікувальних установ трьох рівнів з урахуванням адміністративно-територіального поділу держави.

Таким чином, після Другої світової війни європейські суспільства продовжували демонструвати запит на перехід від приватної платної медицини до створення національних систем охорони здоров'я. Це було умовою «виживання» після трагедій першої половини XX ст. Цікаво, що США, де діяла платна приватна охорона здоров'я, змушені були у 1965 р. ввести у сферу медичного обслуговування дві спеціальні державні програми: «Медікейд» для найбільш нужденних та «Медікейр» для пенсіонерів.

Проте структурна криза кінця 1970-х – початку 1980-х років, викликана різким підвищенням ціни на нафту, призвела до скорочення надходжень до держбюджету й стала однією із причин кризи соціальної держави. Прихильники неоліберальної ідеології обґрунтовували справедливість демонтажу елементів держави загального добробуту, зокрема зортання державних соціальних програм.

Криза політики соціальної держави стимулювала нові політико-філософські дискусії навколо концепту справедливості. У другій половині XX ст. було сформульовано низку теорій та концепцій справедливості соціалістичної та ліберальної спрямованості, покладених в основу успішної соціальної політики, зокрема у сфері охорони здоров'я. Із 1970-х років полеміка активізується в межах обговорення: концепції справедливості як «трансцендентального обміну» О. Хеффе, теорії

справедливості Дж. Адамса, Л. Портера та Е. Лоулера і, особливо, теорії справедливості Дж. Ролза, концепції рівності Р. Дворкіна. Так, Дж. Фостер, автор першого підручника з медичної антропології (1971), понад півстоліття вивчав соціально-економічні відносини в мексиканській селянській громаді і сформулював у своїх працях концепцію справедливості як «обмеженого блага». Дж. Фостер дійшов висновку, що в громаді здоров'я розглядається як частина сукупного блага, яке обмежене і складається не лише з нерухомості, грошей, землі та худоби, а й здоров'я, любові, поваги, вдалого шлюбу, успішних дітей тощо. І якщо цих благ у когось багато, то це тому, що в інших їх менше. І справедливо витратити частину на інших членів громади, адже ці блага отримані за їх рахунок. Дж. Фостер вважав, що таке уявлення про справедливість тією чи іншою мірою зустрічається у всіх суспільствах, зокрема індустріальних [12]. Такою аргументацією, наприклад, обґрунтовується перевага зрівняльної справедливості перед розподільною, пояснюються уявлення про більшу справедливість прогресивної системи оподаткування порівняно з пропорційною.

Важливим етапом у розвитку концепту справедливості став вихід у 1971 р. роботи американського філософа та політолога Джона Ролза «Теорія справедливості». Він стверджує, що прагнення до створення справедливого суспільства може бути реалізоване, якщо в основу суспільного договору будуть закладені прийнятні для всіх принципи як результат вільної угоди, тому чесно будуть виконуватися державними інституціями та громадянами. Головний закладений у суспільний договір принцип має складатися з рівності політичних свобод та прав, що забезпечують рівність можливостей, обов'язків, прозорість роботи соціальних ліфтів. Але соціальні та економічні нерівності припустимі (дистрибутивна справедливість), якщо від них очікуються переваги для всіх або вони не погіршують положення найменш успішних членів суспільства. Справедливою буде й нерівність, яка дає переваги кожному. Вироблення принципів в такій чесній вихідній ситуації, на думку Дж. Ролза, може забезпечити стабільність та міцність демократії в плюралістичному суспільстві, отримати підтримку з боку громадян [18].

Модель справедливого суспільства на основі плюралістичного світогляду, ліберального принципу чесної рівності можливостей, що була запропонована Дж. Ролзом, піддавалася протягом десятиліть критиці справа (лібертаріанцями) та зліва (комунітаристами) [13].

На тлі економічної кризи, що викликала занепад соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я, що супроводжувалися політико-філософськими полеміками, політика в галузі охорони здоров'я в європейських країнах переходить до диверсифікації джерел її фінансування (бюджетне фінансування,

обов'язкове страхування, приватне страхування, приватна оплата) та урізноманітнення форм власності. Так, наприклад, незважаючи на певні успіхи «неоконсервативної революції», яка у Великобританії була названа політикою «тетчеризму», спроба демонтажу Національної служби охорони здоров'я викликала опір британців та була в цілому збережена. Залишилося державне гарантоване фінансування основного лікування, але пацієнт став оплачувати частину певних видів лікування самостійно (у такому вигляді збереглася й понині).

Слід сказати, що криза в охороні здоров'я в цей час була викликана й комплексом проблем, породжених розвитком самої медицини. Охорона здоров'я продемонструвала надзвичайну чутливість до реалізації неоліберальної парадигми справедливості. З одного боку, вона переробляє ліберальні цінності, постулюючи та формалізуючи принцип автономії пацієнта, правила інформованої згоди пацієнта, конфіденційності, достовірності тощо. Проте одним із центральних у новій біомедичній етичній системі визнається принцип справедливості як рівності і розподільності. Відповідальність за його реалізацію на макрорівні залишається у сфері державної політики (механізми перерозподілу ресурсів, скорочення дистанції різних соціальних груп до здоров'я тощо). Цікаво, що Конвенція про права людини та біомедицину (1997 р.) у ст. 2 визначає, що «інтереси і благо окремої людини превалюють над інтересами суспільства або науки» [16].

На початку нового тисячоліття (до 2014 р) США були єдиною економічно розвиненою країною, яка не мала цілісної системи медичного забезпечення усіх громадян. Реформування чинної системи охорони здоров'я, побудованої на приватному медичному страхуванні, ринковому механізмі розподілу ресурсів, було головною темою передвиборчої компанії Б. Обама. Його основною метою було охопити обов'язковим медичним страхуванням майже 50 млн. американців, які на 2009 р. не мали медичного страхового полісу. У першу чергу це були американці середнього класу, які були не в змозі придбати дорогі комерційні страховки собі та дітям, але при цьому їх доходи не дозволяли їм користуватися державною програмою субсидування Medicaid [10, с. 584]. Згідно з Obamacare придбання страхового полюса стало обов'язковим для всіх громадян (за відмову введений штраф). Цей рух від неоліберального підходу в бік створення соціально-орієнтованої національної системи охорони здоров'я для усіх громадян ще на стадії розробки зустрів опір (із боку фармацевтичного лобі, Республіканської партії). Під час передвиборчої компанії Д. Трамп лунали заклики до демонтажу цієї системи, що було яскравим прикладом гострої боротьби зацікавлених груп у сфері охорони здоров'я.

Проте згідно з даними на 2018 р. понад 15 % американців залишаються незастрахованими. Наявність страховки теж не означає безліміт на медицину. Деякі страхові програми не покривають лікування хронічних хвороб. У США також є термін «недозастраховані» – так називають людей, чий пакет страхування включає дуже обмежений перелік [9].

При всій складності, суперечливості концепту справедливості ідея створення справедливої охорони здоров'я як рівних можливостей в отримання медичної допомоги лежить в основі глобальної політики в галузі охорони здоров'я ВООЗ. Підхід Дж. Ролза до справедливості як чесної рівності можливостей теоретико-методологічно розширено Комісією в дослідженні і формуванні глобальної політики в галузі рівності можливостей концепцією справедливості лауреата Нобелівської премії (1998 р.) Амар'я Сена. Він є розробником концептуальної структури індексу розвитку людського потенціалу, який публікується ООН у щорічному звіті про розвиток людського потенціалу з 1990 р. Індекс розвитку людського потенціалу (з 2013 р. Індекс людського розвитку /ІЛР/) був створений для того, щоб: підкреслити, що люди та їх можливості мають бути кінцевими критеріями для оцінки розвитку країни, а не лише економічного зростання; поставити під сумнів вибір національної політики, поставивши запитання, яким чином дві країни з однаковим рівнем ВНД на душу населення можуть досягти різних результатів в області людського розвитку; стимулювати дебати про пріоритети державної політики. ІЛР – це зведена міра середнього рівня досягнень у ключових аспектах людського розвитку: довге і здорове життя, знання і гідний рівень життя [17].

У контексті реформування охорони здоров'я в Україні слід зазначити, що основними компонентами права на здоров'я ВООЗ розглядає: наявність, доступність, прийнятність та якість медичних товарів, послуг, установ, а також програм для всіх. Так, наприклад, доступність має чотири параметри, що взаємно перетинаються: недискримінація; фізична доступність; економічна доступність; доступність інформації. У документах ВООЗ наголошується на необхідності прогресуючої реалізації права на здоров'я на основі використання максимальних наявних ресурсів, неприпустимості регресу. Скорочення цих ресурсів, наприклад, з утилітарної точки зору розглядаються як регресуюча реалізація права на здоров'я [19].

У зв'язку з вищесказаним звертають на себе увагу такі показники розвитку української охорони здоров'я. Лише у 2012–2017 рр. в Україні було закрито майже 800 лікарень, число лікарняних ліжок також скоротилося на 23,5 % [3]. При цьому у країні найвища смертність в Європі, навіть порівняно з пострадянськими державами. Наприклад, вона у чотири рази вище за сусідню Білорусь [1].

Рівень народжуваності в Україні постійно скорочується. Наприклад, у 2018 р. народжуваність впала на 7 % порівняно з 2017 р. [6].

Колишня голова парламентського комітету з охорони здоров'я О. Богомолець у жовтні 2017 р. наводила приклад, що черга для того, щоб потрапити в «Охматдит», становить чотири місяці, зокрема й на лікування дитини, якій воно потрібне зараз. Водночас в «Охматдиті» наявні 400 вільних ставок і лише за рік звільнилися 50 докторів та 150 медсестер. За останні два роки з України виїхали 66 тис. лікарів. Це О. Богомолець оцінювала як наслідок дискримінаційної державної політики [2]. Вітчизняні реформатори вважають каменем спотикання своїх перетворень ст. 49 Конституції України, що зберігає соціалістичну парадигму організації охорони здоров'я, при тому що вона вже передбачає право кожного не лише на охорону здоров'я, медичну допомогу, а й на медичне страхування, а також утворення медичних закладів всіх форм власності. Тому шляхом ідеологічного розмивання зазначеної статті стало «розведення» понять «медична допомога» та «медична послуга». Так, Конституційний Суд України у травні 2002 р. зазначав необхідність врегулювання поняття «медичної допомоги», а також умов запровадження медичного страхування та порядку надання медичних послуг. Водночас КСУ визнав неможливим стягнення із громадян плати за медичну допомогу, зокрема у формі обов'язкових страхових платежів [10, с. 585].

Проте дивним чином вже два роки гроші «ходять» за пацієнтами первинної ланки. Її реформування є прикладом регресуючої реалізації права на здоров'я, оскільки згорнута робота значної кількості лікувальних установ першої ланки медичної допомоги, чим збільшена фізична дистанція між нею та пацієнтом. Унаслідок введення обов'язкового укладання договору між лікарем та пацієнтом фактично руйнується дільнична система організації охорони здоров'я. «Зоною відповідальності» лікаря, насправді, перестає бути здоров'я усієї сім'ї, пацієнтів, що проживають на території дільниці, їх санітарне просвітництво. Якщо додати до цього фактичну ліквідацію медико-санітарної служби в Україні, п'ятирічну відсутність підготовки фахових епідеміологів, то не слід очікувати найближчим часом покращення показників захворюваності на соціально небезпечні інфекції (перш за все ВІЛ/СНІД, туберкульоз), за рівнем поширення яких Україна займає одне з перших місць в Європі.

До того ж сьогодні пацієнт підписує з лікарем декларацію, а не договір, який має передбачати обсяги, зміст та умови надання медичних послуг. Підписавши декларацію, пацієнт певною мірою стає заручником умов, які будуть закладені в майбутньому договорі, з текстом якого пацієнт не може



наразі ознайомитися у зв'язку з його відсутністю [14]. Про те, що в Україні спостерігається гострий дефіцит лікарів первинної медичної допомоги, внаслідок чого багато українців не мають змоги укласти декларацію із сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром, публічно заявлялося Уповноваженою Верховної Ради України з прав людини Л. Денісовою [7].

За даними колишнього міністра охорони здоров'я України З. Скалецької, на 1 березня 2020 р. уклали декларацію із сімейними лікарями 29 млн. українців [11]. Як відомо, вимогою ВООЗ є фінансування національних систем охорони здоров'я на рівні не менше 6-7% ВВП, за інших умов вона згортатиметься. Якщо навіть вірити оптимістам, що мінімально необхідний рівень фінансування в Україні здійснюється, то дослідження показують, що 50% фінансування відбувається за кошти самого пацієнта або його родичів (сюди не входять платежі страхових компаній) [4]. Державна частка складає менше 4% ВВП. Про крайню обмеженість цього ресурсу надходжень у галузь та можливість її розвитку свідчить те, що українці отримують найнижчі заробітні плати в Європі [8]. На тлі вищесказаного дивними є пропозиції щодо реалізації в Україні неоліберальної моделі, враховуючи, що, наприклад, на охорону здоров'я США витрачають 16,4% ВВП (найбільший у світі показник). Близько 46% грошей на охорону здоров'я виділяють федеральний уряд та уряди штатів, роботодавці сплачують 27% витрат на охорону здоров'я, решту, 27%, сплачують приватні особи [5]. Але й це не гарантує, як вже ми писали, всім громадянам справедливого рівного доступу до медичних послуг.

**Висновки.** Політика в області охорони здоров'я є однією з найчутливіших із точки зору уявлення суспільства про справедливе. Вона завжди виходить із певного внутрішнього уявлення про нього. Тому успішне реформування галузі вимагає глибокої експертної підготовки, включаючи дослідження ціннісних орієнтацій та соціальних установок у суспільстві: яким є переважне тлумачення рівності у сфері здоров'я; яким є уявлення про справедливе співвідношення можливостей та результатів у розподілі ресурсів охорони здоров'я; якими є уявлення про відповідальність держави та громадянина за його здоров'я; які принципи розподілу благ охорони здоров'я більш прийнятні тощо.

Незважаючи на всі складнощі раціонального осмислення концепту справедливості, можна говорити, що більшість авторів теорій справедливості формулюють її сутність через поняття рівностей – прав, свобод, умов, розподілу. Уявлення про справедливість є складовою частиною політичної культури, зокрема регулятором політики у сфері охорони здоров'я. Воно «закладається» в суспільний договір, на якому будується законодавче

забезпечення охорони здоров'я. Існує кореляція між прийнятим (суспільним договором) підходом до розуміння справедливості та реалізованою моделлю системи охорони здоров'я.

Аналіз утворення національних систем охорони здоров'я свідчить про те, що вибір та законодавче оформлення її моделі корелює з концептом справедливості, що відбиває бачення більшості суспільства на даному етапі. Так, введення національних систем охорони здоров'я, які отримали назви «Система Семашка» та «Система Бісмарка», стали результатом реалізації соціалістичної та соціал-демократичної концепцій справедливості, «Система Беверіджа» – результатом втілення соціал-ліберального уявлення про справедливу охорону здоров'я. Дві останні, залишаючись незмінними у своїй основі, у 1970-тих років зазнали вплив ліберальної концепції рівності можливостей, що виразилося в диверсифікації джерел фінансування та урізноманітненні форм власності. Американська неоліберальна модель приватного фінансування охорони здоров'я дрейфувала в бік певної соціальної орієнтованості – введення широких соціальних програм, елементів обов'язкового страхування тощо. Нині вираженою є тенденція до створення систем охорони здоров'я, що охоплюють широкі верстви населення, за умови комерціалізації високотехнологічних медичних послуг. Зростають вимоги до держави як відповідальної за здоров'я громадян у визнанні свободи-відповідальності кожного. Рішення щодо реформування системи охорони здоров'я України контрверсійні, відбивають боротьбу груп інтересів та характеризуються регресуючою реалізацією права на здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Богомолец О. В Украине смертность в четыре раза выше, чем в Республике Беларусь. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Djw2ykr7Xco> (дата звернення: 23.01.2020).
2. Богомолец О. Медицинская реформа – борьба за 100 миллиардов гривен, а не за здоровье людей. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=4gHbfNBWvL0&t=91s> (дата звернення: 05.02.2019).
3. В Украине за пять лет было закрыто почти 800 больниц. URL: <https://strana.ua/news/149268-v-ukraine-za-pjat-let-bylo-zakryto-pochti-800-bolnits.html> (дата звернення: 23.02.2020).
4. Вахітова Г., Обрізан М., Сологуб І., Шаповал Н., Яворський П. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? URL: <https://voxukraine.org/uk/neeefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/> (дата звернення: 02.02.2019).
5. Вацяк Я. Супрун розповіла про недоліки американської системи охорони здоров'я. URL: <https://ukranews.com/ua/news/610304-suprun-rozpovila-pro-nedoliky-amerykanskoj-sistemy-okhorony-zdorov-ya> (дата звернення: 10.08.2019).

6. Демографічна ситуація в країні у 2013–2017 роках. URL: <https://pon.org.ua/novyny/6104-demografchna-situatsiya-v-krayin-u-2013-2017-rokah.html> (дата звернення: 05.02.2019).

7. Денисова каже, що в Україні бракує лікарів «первинки». URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2673529-denisova-kaze-so-v-ukraini-brakue-likariv-pervinki.html> (дата звернення: 10.02.2019).

8. Зарплати в Європе: какое место занимает Украина в рейтинге. URL: <https://podrobnosti.ua/2219762-zarplaty-v-evrope-kakoe-mesto-zanimaet-ukraina-v-rejtinge.html> (дата звернення: 20.01.2019).

9. Памятники римского права: Законы 12таблиц, Институции Гая. Дигесты Юстиниана. Книга Первая. Титул I. О правосудии и праве. URL: <https://scicenter.online/kniga-rimskoe-pravo-scicenter/kniga-pervaya-titul-pravosudii-prave-iustitia-80890.html> (дата звернення: 20.02.2020).

10. Перегуда Є.В., Місержи С.Д. Щодо проєктів реформування охорони здоров'я та фінансового її забезпечення. *Держава і право*. 2009. № 45. С. 582–592.

11. Скалецька сказала, скільки українців вже підписали декларації з сімейними лікарями. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2887396-skalecka-skazala-skilki-ukrainciv-vze-pidpisali-deklaracii-z-simejnimi-likarami.html> (дата звернення: 05.03.2019).

12. Христофорова О.Б. Антропологические подходы к изучению феномена колдовства. *Пространство колдовства*. Москва : РГГУ, 2010. Серия «Традиция-текст-фольклор: типология и семиотика». С. 11–59. URL: <http://www.ruthenia.ru/folklore/hristofofova13.pdf> (дата звернення: 05.03.2020).

13. Шавеко Н.А. Либертарианская и коммуитаристская критика взглядов Джона Ролза и их эволюция в работе «Политический либерализм». *Известия вузов. Правоведение*. 2018. № 2. С. 382–399. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/libertarianskaya-i-kommunitaristskaya-kritika-vzglyadov-dzhona-rolza-i-ih-evolyutsiya-v-rabote-politicheskij-liberalizm/viewer> (дата звернення: 06.03.2020).

14. Як обрати сімейного лікаря. URL: <https://moz.gov.ua/jak-uklasti-dogovor-z-likarem> (дата звернення: 10.02.2019).

15. Constitution of the World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (дата звернення: 01.03.2020).

16. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. URL: <https://www.coe.int/tu/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf98> (дата звернення: 07.03.2020).

17. Human Development Index (HDI). URL: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi> (дата звернення: 10.02.2020).

18. Rawls J. A Theory of Justice. URL: [http://www.consiglio.regione.campania.it/cms/CM\\_PORTALE\\_CRC/servlet/Docs?dir=docs\\_biblio&file=BiblioContenuto\\_3641.pdf](http://www.consiglio.regione.campania.it/cms/CM_PORTALE_CRC/servlet/Docs?dir=docs_biblio&file=BiblioContenuto_3641.pdf) (дата звернення: 10.02.2020).

19. World Health Organization. Human rights and health. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health> (дата звернення: 10.02.2020).

## REFERENCES:

1. Bogomolets, O. (2017) V Ukraine smertnost v chetyre raza vyishe, chem v Respublike Belarus [A death rate in Ukraine is four times higher, than in Republic of Belarus]. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Djw2ykr7Xco> [in Russian].

2. Bogomolets, O. (2017) Meditsinskaya reforma – borba za 100 milliardov griven, a ne za zdorove lyudey [Medical reform is a fight for 100 billion of hryvnias, but not for the health of people]. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=4gHbfHBWvL0&t=91s> [in Russian].

3. V Ukraine za pyat let bylo zakryto pochti 800 bolnits [In Ukraine almost 800 hospitals were closed for five years]. URL: <https://strana.ua/news/149268-v-ukraine-za-pyat-let-bylo-zakryto-pochti-800-bolnits.html> [in Russian].

4. Vahitova, G., Obrizan, M., Sologub, I., Shapoval, N., Yavorskiy, P. (2019) Neefektivni aspekti ohoroni zdorov'ya v Ukrayini: chi spravdi yakist vidpovidae tsini? [Uneffective aspects of health protection in Ukraine: is quality really corresponding to price?]. URL: <https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorovya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/> [in Ukrainian].

5. Vatsyak, Ya. (2019) Suprun rozpovila pro nedoliki amerikanskoyi sistemi ohoroni zdorov'ya [Suprun told about the lacks of the American system of health protection]. URL: <https://ukranews.com/ua/news/610304-suprun-rozpovila-pro-nedoliki-amerykanskoj-sistemy-okhorony-zdorovya> [in Ukrainian].

6. Demografichnasituatsiyavkrayiniu2013–2017rokah [A demographic situation in country in 2013–2017]. URL: <https://pon.org.ua/novyny/6104-demografchna-situatsiya-v-krayin-u-2013-2017-rokah.html> [in Ukrainian].

7. Denisova kazhe, scho v Ukrayini brakue likariv «pervinka» [Denisova says that Ukraine is missing the doctors of «pervinka»]. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2673529-denisova-kaze-so-v-ukraini-brakue-likariv-pervinki.html> [in Ukrainian].

8. Zarplatyi v Evrope: kakoe mesto zanimaet Ukraina v reytinge [Salaries in Europe: what place in rating is occupied by Ukraine]. URL: <https://podrobnosti.ua/2219762-zarplaty-v-evrope-kakoe-mesto-zanimaet-ukraina-v-rejtinge.html> [in Russian].

9. Pamyatniki rimskogo prava: Zakonyi 12 tablits. Institutsii Gaya. Digestyi Yustiniana. Kniga Pervaya. Titul I. O pravosudii i prave [Monuments of the Roman law: Laws of 12 tablits, Institutes of Guy. Digests of Justinian. Book First. Title of I. About a justice and right]. URL: <https://scicenter.online/kniga-rimskoe-pravo-scicenter/kniga-pervaya-titul-pravosudii-prave-iustitia-80890.html> [in Russian].

10. Pereguda, E.V., Miserzhi, S.D. (2009) Schodo proektiv reformuvannya ohoroni zdorov'ya ta finansovogo yiyi zabezpechennya [About the projects of reformation of health protection and its financial providing]. *Derzhava i pravo*, 45: 582–592 [in Ukrainian].

11. Skaletska skazala, skilki ukraiyntsv vzhe pidpisali deklaratsiyi z simeynimi likaryami [Skaletska said how many Ukrainians had signed declarations with domestic doctors already]. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2887396-skalecka-skazala-skilki-ukrainciv-vze-pidpisali-deklaracii-z-simejnimi-likarami.html> [in Ukrainian].

12. Hristoforova, O.B. (2010) Antropologicheskie podhody k izucheniyu fenomena koldovstva [Anthropological approaches to the studying of the witchcraft phenomenon]. *Prostranstvo koldovstva*. Moscow: RGGU. Seriya «Traditsiya-tekst-folklor: tipologiya i semiotika»: 11-59. URL: <http://www.ruthenia.ru/folklore/hristoforova13.pdf> [in Russian].

13. Shaveko, N.A. (2018) Libertarianskaya i kommunitaristskaya kritika vzglyadov Dzhona Rolza i ih evolyutsiya v rabote «Politicheskiy liberalizm» [Libertarian and communitarian critique of John Rawls looks and their evolution in work "Political liberalism"]. *Izvestiya vuzov. Pravovedenie*, 2: 382-399. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/libertarianskaya-i-kommunitaristskaya-kritika-vzglyadov-dzhona-rolza-i-ih-evolyutsiya-v-rabote-politicheskiy-liberalizm/viewer> [in Russian].

14. Yak obrati simeynogo likarya [How to choose a domestic doctor] URL: <https://moz.gov.ua/jak-uklasti-dogovir-z-likarem> [in Ukrainian].

15. Constitution of the World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (дата звернення: 01.03.2020).

16. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. URL: <https://www.coe.int/tu/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/09000168007cf98> (дата звернення: 07.03.2020).

17. Human Development Index (HDI). URL: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi> (дата звернення: 10.02.2020).

18. Rawls J. A Theory of Justice. URL: [http://www.consiglio.regione.campania.it/cms/CM\\_PORTALE\\_CRC/servlet/Docs?dir=docs\\_biblio&file=BiblioContenuto\\_3641.pdf](http://www.consiglio.regione.campania.it/cms/CM_PORTALE_CRC/servlet/Docs?dir=docs_biblio&file=BiblioContenuto_3641.pdf) (дата звернення: 10.02.2020).

19. World Health Organization. Human rights and health. URL: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health> (дата звернення: 10.02.2020).

## Concept of justice and health care policy

Miserzhi Svitlana Dmytrivna

Candidate of Political Sciences,  
Associate Professor,  
Associate Professor of the Department  
of Philosophy, Bioethics  
and History of Medicine  
Bogomolets National Medical University  
Tarasa Shevchenka boulv., 13,  
Kyiv, Ukraine

*The social discussions of justice are intensified in the crucial moments of history. This is a moment for Ukraine, in particular, to reform its health care system. The search for the optimal system is accompanied by discussions between different social groups over the assessment of the reform components from the perspective of justice.*

*The purpose of this article is to analyze the connection between political doctrines and health care policy through the lens of the concept of justice, and the impact of this concept on the formation of health care models.*

*The interdisciplinary nature of the study requires the application of a set of general scientific and specific methods that ensure the analysis of social processes on the boundary of ethics, politics and law: analysis and synthesis, comparative and systematic analysis, historical institutionalism.*

*The idea of justice is a component of political culture, embedded in a social contract, which builds the legislative support for the model of the health care system. The analysis of national health systems shows that the choice and legislative design of their models correlates with the concept of justice, which reflects the vision of the majority of society at this stage. For example, the introduction of national health systems, which have been named "Semashko System", "Bismarck System", and "Beveridge System" have resulted from the implementation of socialist, social-democratic, and socio-liberal concepts of justice. The latter two, while remaining unchanged basically, were influenced by the liberal concept of equality of opportunities in the 1970s, resulting in some diversification of funding sources and of ownership. The US neoliberal model of private healthcare financing has drifted toward a certain social orientation – the introduction of broad social programs, the elements of compulsory insurance, and more. In the modern world, there is a tendency to create healthcare systems that cover a wide range of population, with the commercialization of high-tech medical services. The demands for the state as responsible for the health of citizens in recognition of everyone's freedom-responsibility are growing. Decisions to reform the Ukrainian health care system are controversial, reflect the struggle between interest groups and are characterized by a regressive exercise of the right to health.*

**Key words:** justice, equitable justice, distributive justice, equality of opportunities, Bismarck System, Semashko System, Beveridge System.