

Т. М. Камінська

НУ «Юридична академія України імені Я. Мудрого»

Міцне здоров'я створює передумови для якісного і стабільного відтворення людського капіталу та активної економічної самореалізації індивіда. Це дуже важливо в умовах постіндустріальної економіки, коли зростає виробництво нематеріального продукту та інтелектуальних послуг, а роль людини стає вирішальною. Щорічно експерти ООН ранжують країни світу з індексу розвитку людського потенціалу. У 2012 р. він коливався від 0,955 у Норвегії до 0,740 в Україні та 0,304 у Нігері [1]. Проте його складовою є очікувана тривалість життя людей, яка залежить від стану громадського здоров'я. Високий рівень захворюваності в Україні спонукає вітчизняних вчених і менеджерів детально вивчати досвід розвинених країн.

Дослідження та узагальнення істотних, найбільш повторюваних і якісно відмінних тенденцій розвитку охорони здоров'я в розвинених країнах передбачає використання наукових методів аналізу, синтезу, дедукції та індукції, співвідношення кількісних і якісних змін, а також методу наукової абстракції. Виявлення цих тенденцій дозволяє визначити орієнтири та коридор можливостей для реформ в Україні, поєднати на практиці зарубіжний досвід з національними особливостями системи охорони здоров'я.

По-перше, магістральним вектором і визначальною тенденцією розвитку охорони здоров'я у постіндустріальних країнах є неухильне зростання ролі держави. Воно обумовлено суттєвим підвищенням ролі соціальних чинників економічного розвитку, глобальним зростанням середніх витрат медичного обслуговування під впливом дорогих новітніх технологій, старінням населення та появою нових хвороб (держава ефективніше контролює зростання цін у порівнянні з ринком приватних послуг), а також зростанням доходів населення у багатьох країнах. 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.

Ці теоретичні висновки підтверджує світова статистика. Наприклад, за даними ОЕСР, державні витрати на медицину на душу населення зросли у 1981—2010 рр. ( у дол. за ПКС) Німеччині – з 870,9 до 3331,0 у Канаді – з 678,5 до 3081,1; Ірландії – з 448,6 до 2584,7; Іспанії – з 317,9 до 2266,8; Нідерландах – з 558,9 до 4049,9; Норвегії – з 622,9 до 4607,4; Португалії – з 209,1 до 1794,8 дол. – відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4; 8,6 рази; у 1987-2010 рр. в Італії – з 887,3 до 2358,9; Греції – з 426 до 1730,7 дол. – відповідно у 2,7 та 4,1 рази [розраховано за: 2]. В даний час відбувається посилення державного регулювання навіть у соціально-страхових

системах європейської охорони здоров'я. Причому основним вектором все більше стає підвищення якості лікування для населення загалом, а не тільки забезпечення мінімальних стандартів для бідних.

Але особливо вагоме зростання ролі держави в охороні здоров'я спостерігають у США, які тривалий час не відрізнялися високим рівнем перерозподілу держбюджету на користь соціальної сфери. Історично для США була характерна модель приватного (добровільного) медичного страхування і невелика роль держави. Про новий тренд свідчить наступна таблиця.

Динаміка витрат на державні програми з охорони здоров'я в США (млрд дол.) [складено за 3].

Фіскальні роки Показники	1962	1973	1983	1993	2003	2009	2015 прогноз
Загалом	2,3	20,1	95,9	259,9	519,3	852,9	1280,6
«Medicare» (без премій)		9,5	56,8	145,9	277,9	494,5	769,5
«Medicade»	0,1	4,6	19,0	75,8	160,7	250,9	336,2
Забезпечення реформи з охорони здоров'я							72,5

Як бачимо, з 1962 по 2009 рр. витрати на державні програми з охорони здоров'я в США зросли майже у 371 рази, а за прогнозом до 2015 р. – у 556,8 рази. В абсолютному вираженні приріст за 1962-1982 роки складав 93,6 млрд. дол., а за 1983-2009 – 593 млрд. дол., або у 6,34 рази більше. Витрати на програми «Medicare» і «Medicade» теж суттєво зросли – з 1973 по 2009 роки відповідно у 52 та 54,5 рази. Фінансування реформи в охороні здоров'я в США складає за прогнозом у 2015 р. 72,5 млрд дол. Тобто динаміка державних витрат на охорону здоров'я у США, як і у багатьох країнах світу, прискорюється і свідчить про наступ так званого «соціального лібералізму».

Підвищення присутності держави в охороні здоров'я здійснюється на фоні випереджального росту середніх витрат медичного обслуговування порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності. Наприклад, за даними ОЕСР, державні витрати на медицину на душу населення зросли у 1981—2010 рр. (у дол. за ПКС) у Німеччині, Канаді, Ірландії, Іспанії, Нідерландах, Норвегії, Португалії відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4; 8,6 рази [розраховано за: 4]. Ця тенденція має

такі об'єктивні чинники: подальша демократизація суспільства, увага до прав людини, а також зростання її ролі у створенні нематеріальної складової ВВП, запровадження дорогих медичних технологій; зростання витрат на розробку нових ліків; старіння населення та поява нових хвороб. До побічних чинників відносять агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; асиметрію інформації для пацієнтів, які не мають медичну освіту, і можливість призначення додаткових, зайвих процедур. Саме тому всі без винятку розвинені країни здійснюють політику стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я.

Ще одна суттєва загальносвітова тенденція – це структурно-технологічна перебудова галузі. Сегмент лікувальних закладів — найвитратніший через експлуатацію вартісного обладнання та найвищу асиметрію інформації про якість послуг вузькопрофільних спеціалістів, яка штучно підсилює витрати. Розвинена первинна медицина, навпаки, сприяє профілактиці захворювань, скорочує витрати і лікує не окремі органи, а людину загалом. Тому в провідних країнах світу, особливо європейських, здійснюється політика скорочення лікарень та впровадження інтенсивних медичних технологій, підтримки лікарів загальної практики. Там вони виступають водночас і медичними, і економічними суб'єктами, мають певні права власності, самостійно приймають економічні рішення щодо розподілу фонду грошових коштів, які отримують від місцевих органів влади. Вони розраховуються за спеціалізовані медичні послуги, тому змушені діяти раціонально, зіставляючи витрати і результати. Для лікарів загальної практики характерний конкурентний розвиток, тому що пацієнти мають право їх вибору. Наприклад, у Швеції існує такий вибір у разі звернення до лікаря первинної ланки у межах регіону.

Наступною тенденцією постіндустріального світу є децентралізація фінансування охорони здоров'я. В багатьох європейських країнах регіональні органи отримують грошові фонди з центральних бюджетів з урахуванням подушного нормативу, а потім самостійно розпоряджаються ними. Іноді вони отримують додаткові ресурси за рахунок регіонального оподаткування та платних медичних послуг. У Канаді на макрорівні приймається тільки загальна стратегія розвитку, а кожна провінція проводить самостійну політику, виходячи з регіональної структури захворюваності. У Польщі регіональна влада, між іншим, є відповідальною за залучення інвестицій та за борги лікувальним закладам.

Делегування питань фінансування охорони здоров'я локальній ланці, за рівних інших умов, наближує бюджетні кошти до хворих, сприяє чуйнішій реакції на їх потреби та більш раціональному їх використанню. Витрати на охорону здоров'я та освіти зазвичай є домінуючими у місцевих бюджетах, тому потоки місцевих податків є більш очевидними та прозорими, наближаються до адресних платежів на медичне страхування. Децентралізація фінансування охорони здоров'я є також умовою формування контрактних відносин між територіальними органами та медичними закладами, сприяє розвитку державно-приватного партнерства у галузі, стимулює інновації менеджменту в охороні здоров'я.

Дискусії навколо зростання ролі держави, структурної перебудови та децентралізації охорони здоров'я в Україні серед науковців і практиків не вщухають. Справа в обмеженості суспільних ресурсів – частка витрат на галузь у загальному обсязі ВВП останні роки варіюється на рівні 3,5- 3,8 %. Для порівняння дані 2010 р.: у США – 17,6; Канаді – 11,4; країнах Західної Європи – від 10 до 12, нових країнах ЄС (постсоціалістичних) – від 6,3 до 9 % [5]. Тому багато науковців пропонують саме збільшення фінансування охорони здоров'я в Україні як головний напрям покращення громадського здоров'я. І воно дійсно послідовно зростає (у 2012 р., за даними Міністерства економічного розвитку і торгівлі, на 24,9% у порівнянні з 2011 р.) Однак це зростання втрачає сенс, бо розтринькується тіньовими схемами.

Тіньова економіка охорони здоров'я є окремою складовою тіньової економіки на макрорівні, яка займає значне місце у кланово-олігархічній економіці України. Її суб'єктами виступають раціональні учасники ринку медичних послуг, які прагнуть до максимізації вигод за умов обмеженості ресурсів. До них можуть належати управлінці в охороні здоров'я, фармацевтичні компанії та їх представники, лікарі та інші медичні працівники, аптеки, діагностичні лабораторії та інші. Відмінність між суб'єктами легальної та тіньової економічної діяльності в охороні здоров'я полягає у вірогідності бути покараним за девіантну поведінку.

Зовнішні причини тіньової економіки охорони здоров'я України пов'язані з глобалізацією світової економіки, поширенням міжнародного права на економічні інтереси найбільших ТНК, монополізацією ними фармацевтичного ринку – питома вага США, Японії, Європи дорівнює на ньому майже 80 %. Наслідком діяльності монополістів стає зростання цін на ліки, агресивний маркетинг, диктування умов уряду, українським фармацевтичним компаніям, лікарям і пацієнтам. Внутрішні причини тіньової економіки охорони здоров'я України різні. Першою є недосконалість законодавства та механізму його реалізації щодо тендерних угод, надання необгрунтованої переваги певному продавцеві (зокрема іноземному) або завищення цін на ліки на умовах відшкодування покупцю частини їх вартості (найтипівіший злочин у медичних закупівлях). Є випадки, коли у тіньові схеми втягують лікарів, відшкодовуючи їм частину вартості ліків, які купують пацієнти, або надаючи інші привілеї. Попит на ліки завжди досить високий, бо належить до низькоеластичного – потреба у гарному здоров'ї є найсуттєвішою для нормальної життєдіяльності людини. До інших причин належать: значна залежність судової влади від виконавчої, низький рівень зарплати лікарів (з причини розподілу суспільних ресурсів в егоїстичних інтересах великого бізнесу та вивезення капіталу в офшорні зони), її слабка диференційованість залежно від обсягу й якості праці. Згідно із даних Державної статистичної служби України, якщо середня зарплата штатних працівників за березень 2013 р. дорівнювала в промисловості 3698 грн., у діяльності транспорту і зв'язку – 3960 грн., у сфері фінансової та страхової діяльності – 6454 грн., то в охороні здоров'я – 2258 грн., що відповідно складало 115,1 %; 123,3 %; 200,9 %; 70,3 % до середнього рівня в економіці [5]. Тому медичні працівники націлені на

неформальні платежі пацієнтів, які сягають майже половини загального обсягу фінансування галузі. Соціальне медичне страхування в Україні, яке контролює поведінку лікарів та їх доходи, відсутнє, а добровільне є мізерним за умови низького платоспроможного попиту населення.

Ось чому банальне збільшення коштів на медицину без скорочення тіньової економіки на макро-і мікрорівні неефективно. Крім того, зростання державного фінансування охорони здоров'я в Україні гальмує перекид у співвідношенні між первинним, вторинним і високо спеціалізованим сегментом медицини на користь стаціонарів, а також високий рівень необґрунтованої госпіталізації населення. Певне скорочення лікарняного сегмента в Україні спостерігалися у 1991–1999 рр. Але воно було наслідком трансформаційної кризи, тому не супроводжувалось збільшенням обсягів й ефективності первинної медицини. Зараз структурну перебудову впроваджують цілеспрямовано. Реформи передбачають встановлення стандартів якості надання медичних послуг та системи стимулів для медичних працівників, створення зв'язку між фінансовими потоками й якістю наданих послуг. Проте перетворення здійснюються дуже суперечливо. Головні недоліки – копіювання європейської практики без урахувань вітчизняних особливостей (велика відстань між місцем розташування сімейних лікарів, з одного боку, та лікарнями й лабораторіями клінічних аналізів, з іншого боку; не виправдане закриття лікарень у дуже віддалених районах, погані дороги для «Швидкої допомоги» або їх відсутність, тіньова економіка); мінімальний вплив на хід реформ медиків і пацієнтів, максимальний – бюрократії. Катастрофічно не вистачає сучасних менеджерів та сімейних лікарів. Дійсну реструктуризацію охорони здоров'я гальмують недосконалість законодавства, незацікавленість у її ефективності учасників тіньової економіки, гальмування перетворень у витратній відомчій медицині і тільки після цього – недостатнє фінансування галузі.

Децентралізація охорони здоров'я теж спостерігається в Україні, проте ефективність розподілу бюджетних ресурсів на виконання національних програм охорони здоров'я дуже низька і зорієнтована на екстенсивний розвиток. Місцеві бюджети в значній мірі залежать від міжбюджетних трансфертів. Слабкість регіональної політики є наслідком відсутності системних і прогресивних реформ в Україні. Не останню роль відіграють також випадки централізації тіньових фінансових потоків.

Досвід розвитку охорони здоров'я в постіндустріальних країнах дає уроки Україні. Важливо виробити правильний алгоритм реформ, і починати треба з тіньової економіки. Її скорочення на макрорівні і перерозподіл бюджетних коштів на користь охорони здоров'я - це головний крок перед проведенням реформ в галузі, інакше вони соціально і економічно неефективні. Необхідно: професійне формування такого законодавства, яке заважає тіньовим економічним відношенням (між лікарями, пацієнтами, суб'єктами інфраструктури, представниками влади), а також дієздатного механізму його реалізації; поступове відродження моральних чинників, починаючи з економічної поведінки представників усіх трьох гілок влади

й закінчуючи виконавцями клятви Гіппократа; реформування охорони здоров'я гармонічно до світових тенденцій та історичних традицій; підтримка прозорого ринку приватних медичних послуг (він складає конкуренцію тіншовій державній медицині), забезпечення доступу його суб'єктів до державного фінансування на конкурсній основі. Необхідні повсюдне впровадження новітніх медичних технологій і відчутне підвищення зарплати медикам державних установ за рахунок деофшорізації та демонополізації національної економіки, структурної перебудови охорони здоров'я. Економічну мотивацію медичних працівників слід доповнити кардинальним покращенням умов праці, відпочинку, професійного росту, а також підвищенням їх соціального статусу у суспільстві.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Доповідь про розвиток людини 2012 [Електрон. ресурс]. – Режим доступу : <http://hdr.undp.org/en/statistics/>
2. OECD Health Data: [Електрон. 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)
3. Historical Tables. U.S.Government Printing Office Access: [ Електрон. ресурс] – Режим доступу : <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2011-TAB/content-detail.html>
4. OECD Health Data: [Електрон. 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)
5. OECD Health Data: [Електрон. 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)
6. Инвестиции в здравоохранение и соцпомощь в Украине выросли на 25% [Електрон. ресурс] — Режим доступу : <http://minfin.com.ua/2013/03/04/727038/?u>
7. Державна статистична служба України. [Електрон. ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>