

## ТЕМА 6. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ДЕРЖАВИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор*

Теоретичні проблеми розвитку охорони здоров'я розглядаються у роботах багатьох економістів, юристів, медиків. Зазвичай акцент робиться на обмеженості ресурсів, які на нього спрямовуються, непродуктивних витратах і низькій ефективності, методах залучення додаткових грошей та їх ефективного використання. На жаль, у вітчизняній практиці ці засоби важливі, але синергетичного ефекту не дають, і частка державної охорони здоров'я в Україні не піднімається вище 3,7–3,8 % ВВП. Корінна причина цього — відсутність правової держави з високим рівнем соціальної відповідальності, розбухання тіньового медичного ринку, який за своєю сутністю ще жорстокіше, ніж класичний вільний ринок, завжди індиферентний до соціальних питань і моральності.

В охороні здоров'я недостатньо вважати найважливішим показником обсяг ВВП, зокрема, на душу населення, як це роблять економісти В. Дем'янішин і Т. Сіташ [1, с. 47]. Значно точнішим є показник нерівності громадян щодо розподілу доходів, яка первісно притаманна вільному ринку, оскільки вона дедалі трансформується в більшу нерівність в оплаті лікування або його фінансуванні (рис. 6.1). Крива Лоренца I показує ступінь нерівності у розподілі доходів населення, а дві інші криві  $H_1$  і  $H_2$  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 доходам окремих індивідів і відповідала коефіцієнту Джині. Крива  $H_2$  означає фінансування галузі на прогресивних засадах: зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат на охорону здоров'я також зростає. Ця політика адекватна соціальній державі. Якщо ж зі зростанням доходів громадян частка їхніх витрат в охорону здоров'я зменшується (крива  $H_1$ ), то це регресивне фінансування галузі на шкоду незаможним громадянам, що характерно для вільного ринку і несоціальної держави. Саме ця картина спостерігається у країнах, що розвиваються і де 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.

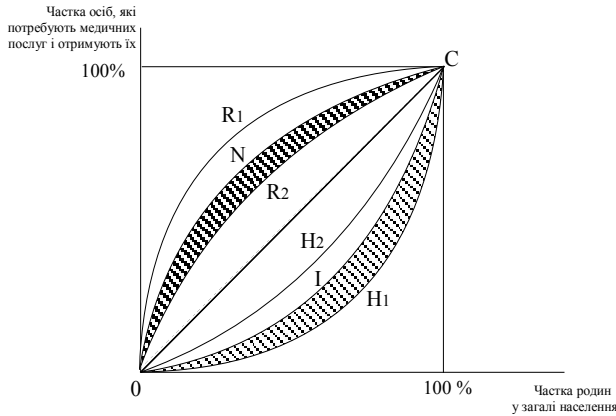


Рис. 6.1. Крива Лоренца і нерівність споживання медичних послуг

Нерівність у фінансуванні медичних послуг різними верствами населення доповнюється нерівністю в остаточному споживанні. Частка витрат на них у доходах незаможних верств населення, насамперед дітей, літніх людей, психічно хворих, більше порівняно з багатими людьми. 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). Крива концентрації захворювань і осіб, які потребують лікування  $N$ , знаходиться вище бісектриси  $OC$ . Це свідчення того, що стан здоров'я незаможних людей в середньому гірший, ніж багатих. Тому бажано, аби вони більше за інших лікувалися (крива  $R$ , що позначає отримувані медичні послуги, лежить на кривій  $N$ ). Якщо крива  $R$  знаходиться вище кривої  $N$  і постає у вигляді  $R_1$ , то це означає, що малозабезпечені верстви населення отримують більше медичних послуг, ніж за пропорційним розподілом потреб та рівнем їх задоволення. Це сприятлива ситуація для незаможних, адже тут вони отримують пріоритет. Сам по собі ринок її не гарантує, це може забезпечити тільки соціальна держава. Якщо ж крива задоволення потреб лежить нижче їх рівня і набуває вигляду кривої  $R_2$ , це означає, що малозабезпечені верстви лікуються менше за потрібне. Ця ситуація притаманна вільному ринку. Ступінь нерівності можна визначити на ділянці між  $N$  і  $R_2$ .

Крім головного «провалу» — поширення нерівності в оплаті медичних послуг та їх доступності — вільний ринок має й інші вади. Він не спроможний «відчути» зовнішній ефект від лікування інфекційних захворювань і породжує негативні екстерналії. Тому зазвичай суспільна вигода від вакцинації населення або флюорографії визначається на макрорівні. Локальні монополії приватних медичних структур у віддалених регіонах прагнуть надвисоких цін. Асиметрія інформації про якість медичних послуг набуває найвищого

рівня. У міру виникнення нових захворювань приватний ринок не в змозі забезпечити швидкі і ефективні профілактичні заходи, тобто суспільство за відсутності соціальної відповідальності держави несе величезні соціальні та гуманітарні втрати.

Зазвичай соціальна держава є правовою. Проте консервативні партії у правовій державі (наприклад, з англосаксонською моделлю розвитку) можуть спиратися на першочергове заохочення приватного бізнесу, а не на виконання соціальної функції. За даними Бюджетного управління Конгресу США, доходи середньостатистичної американської сім'ї, яка належить до найбагатших 1 % сімей, з 1979 по 2007 р. виросли у середньому понад удвічі. Однак доходи середнього класу за цей період зросли менш ніж на 40 %, а найбіднішого населення — тільки на 18 % [2]. Система приватного медичного страхування, характерна для США, є наслідком економічного лібералізму. Між страховими компаніями, лікувальними закладами розвивається інтенсивна конкуренція за платоспроможних і молодих пацієнтів. У США — найвищі витрати на охорону здоров'я — майже 18 % від ВВП. Дуже інтенсивно розвивається державно-приватне партнерство. Але американська система страждає від нераціональної структури, адже там переважає витратний лікарняний сектор. У приватних американських закладах лікування оплачується за принципом «гонорар за послугу» (fee-for-service), що прискорює диференціацію суспільства з критерія доступу до лікування. Показник середньої тривалості життя американців на момент народження, за даними ОЕСР 2009 р., дорівнює 78,2 року, тобто нижчий, ніж у Великій Британії (80,4 року), скандинавських країнах (у середньому 81 рік), Німеччині (80,3 року), Франції (81 рік) і навіть у Греції (80,3 року), Іспанії (81,8 року), Португалії (79,5 року), Словенії (79 років); показник випадків дитячої смертності на 1000 мешканців, який складає 6,5, — вищий, ніж в Англії (4,6), Нідерландах (3,8), Іспанії (3,3), Швеції (2,5), Словенії (2,4) [3]. Платоспроможні американці мають найвищий рівень охорони здоров'я у світі, але розшарування населення за рівнем споживання медичних послуг досить високе, незважаючи на реформи Б. Обама. Приватне медичне страхування існує також у Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії, до неї почали наближуватися Азербайджан та Грузія.

У той же час некоректно стверджувати, що англосаксонська модель байдужа до охорони здоров'я. По-перше, постіндустріальний розвиток, де інвестиції в людський капітал є пріоритетними, стримує традиційний американський або англійський консерватизм. По-друге, правова держава — це такий її статус, за допомогою якого громадяни мають гарантовану можливість захисту своїх інтересів. Культ закону не дозволяє обмежувати конституційні права людини, адже в багатьох провідних країнах чинною законодавчою нормою є рівний доступ громадян до охорони здоров'я. Навіть у США 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 [4]. Крім того, розвиток громадянського суспільства, якому сприяє правова держава, забезпечує високу частку неурядових некомерційних організацій у наданні медичних послуг, соціальну відповідальність бізнесу, а також контракти муніципалітетів з приватними фірмами, що компенсує відносну обмеженість соціальної відповідальності на макрорівні.

У Великій Британії, яка належить до англосаксонської моделі розвитку, не останню роль відіграє і 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 привела до зростання державного сектору та інших соціальних перетворень. Ще у 1948 р. у Великій Британії було сформовано національну систему охорони здоров'я Беверіджа — на честь економіста-реформатора соціального забезпечення. Схожі системи охорони здоров'я існують також в Ірландії, Канаді, на етапі створення — у Середземноморських країнах. Деякі українські економісти, наприклад З. Лободіна, радять і в Україні побудову системи охорони здоров'я Беверіджа, бо її головний ресурс — державний бюджет [5, с. 97].

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 і 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.

Цілком протилежною від канонів консервативної приватнострахової моделі охорони здоров'я була патерналістська модель М. Семашка, притаманна СРСР, яка повністю брала на себе регулювання галузі на основі жорсткої централізації. Її єдиним джерелом був державний бюджет, а конкуренції практично не існувало. Переваги приватного сектору, який стимулює інновації у медицині, маркетингове дослідження попиту і потреб, диференціація послуг-субститутів та альтернативність пропозиції аж ніяк не прояви-

лися. 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 у більшості європейських країн — навіть менше. Зменшення фінансового забезпечення медичної галузі в СРСР почалося з 1975 р., і вона все більше розвивалася за остаточним принципом, тобто гроші на охорону здоров'я витрачалися після фінансування матеріального виробництва, воєнної галузі. В той же час у 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.

Сьогодні найбільш насиченим соціальним змістом відрізняються скандинавська модель і соціально-ринкове господарство, де обсяги перерозподілу ВВП через державний бюджет складають понад 50 %. У Німеччині, а також Австрії, Бельгії, Нідерландах, Франції, Люксембурзі існує модель охорони здоров'я (<http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%96%D1%81%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%BA>) Бісмарка (назва на честь німецького канцлера Отто фон Бісмарка, який наприкінці XIX ст. створив єдину і розгалужену систему медичного страхування). Німецька система характеризується 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 і 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.

Разом з тим точиться 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 утри-

манству тих мігрантів, що живуть на соціальній пільзі, зокрема, в охороні здоров'я, за рахунок податків інших громадян. Утриманство породжує неробство, непристойну і агресивну поведінку, яку побачив увесь світ під час подій у Великій Британії влітку 2011 р. І реформа охорони здоров'я в США, яка сприяє 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 праці взагалі і за рахунок інших платників податків отримувати медичну допомогу.

Як бачимо, економічною основою єдності соціальної держави і ефективного розвитку охорони здоров'я є розподіл на її користь суспільних ресурсів. Неспроможність приватного ринку забезпечити справедливий розподіл медичних послуг і соціальну модернізацію суспільства теж обумовлюють значущість суспільної охорони здоров'я. Володіючи монополією узаконеного насильства, держава на відміну від інших суб'єктів має можливість скорегувати розподіл соціальних благ та розширити їх доступність для незахищених верств населення, виявити зловживання. Це пояснюється також тим, що здоров'я людини об'єктивно є досить сильним чинником якості життя, а в конституціях багатьох країн закріплено рівний доступ громадян до освіти та медичних послуг.

У постіндустріальних країнах соціальна модернізація суспільства породжує тривале поширення суспільного (державного) сектору медицини. За даними ОЕСР, частка державних видатків на охорону здоров'я у загальному обсязі витрат зросла у 1960–2009 рр. в Австрії, Ісландії, Франції, Іспанії, Японії, Австралії, Фінляндії, Канаді, США відповідно на 12,0; 22,9; 24,8; 25,4; 33,7; 35,2; 38,1; 65,7; 108,3 %. Рівень цих витрат у країнах соціально-ринкової економіки коливається від 76,9 % у Німеччині до 84,1 % у Норвегії [6]. Підвищення державних видатків на охорону здоров'я є закономірною реакцією на зростаючі втрати від наслідків негативних екстерналій приватного ринку, збільшення ролі соціально-культурної сфери в інноваційному розвитку суспільства, розвитку громадянського суспільства, ускладнення та виклики соціально-економічних процесів у постіндустріальному суспільстві, а також соціальних наслідків глобалізації.

Роль держави посилюється і тому, що діє ще одна тенденція — суттєве зростання середніх витрат на охорону здоров'я загалом. Наприклад, за 1960 – 2009 рр. частка витрат на охорону здоров'я у ВВП в Канаді, Швейцарії, Фінляндії (Австралії), Великій Британії, Австрії, Франції, США (Норвегії), Іспанії зросла, за даними ОЕСР, відповідно у 2,1; 2,3; 2,4; 2,5; 2,6, 3,1; 3,4 і 6,3 рази [7]. Це зростання має такі чинники: запровадження коштовних медичних технологій; збільшення витрат на розроблення нових ліків, асиметрія інфор-

мації для пацієнтів і призначення додаткових, зайвих процедур; агресивний маркетинг фармацевтичних компаній; старіння населення та поява нових хвороб. Зростання витрат потребує їх стримування з боку уряду, інакше, відповідно до моделі виробничих можливостей, страждають інші статті видатків державного бюджету.

Тому поширюються контрактні відносини між державою та надавачами медичних послуг, залучаються ринкові інструменти для стримування зайвих витрат, зокрема, конкуренція за бюджетні і позабюджетні кошти. Розширюється самостійність державних установ, відокремлюються правомочності володіння, розпорядження, користування від привласнення засобів виробництва, обмежується зайве втручання держави та приватного бізнесу. В США, наприклад, за контрактами з місцевою владою приватні фірми керують закладами стаціонарної медичної допомоги. Співробітництво приватного бізнесу і держави дуже поширене в Європі, Туреччині, інших країнах. Крім гальмування витрат, воно сприяє посиленню зворотного зв'язку попиту на діагностику і лікування на обсяг їх пропозиції. Споживачам також надається велика можливість обрання медичних послуг, зокрема, за допомогою державних ваучерів та сертифікатів (тобто фінансування пацієнтів безпосередньо у сфері споживання без втручання у діяльність виробників). І це теж сприяє соціальній модернізації суспільства.

Необхідність обмеження стрімкого зростання непродуктивних витрат на охорону здоров'я в розвинених країнах змушує уряди запроваджувати розподіл витрат між державою і пацієнтами (або благодійними організаціями). У медичній сфері його необхідність обумовлена також можливою ситуацією «морального ризику», коли пацієнт, знаючи, що за нього платить третя сторона (державна або страхова структура), не має обмежень щодо додаткових діагностики, лікувальних процедур, заходів реабілітації. Це сприяє збільшенню тих витрат, які навряд чи були б можливі (принаймні їх було б значно менше) на ринку платних послуг. Якщо граничні суспільні витрати починають перевищувати граничну віддачу від лікування, це призводить до розтринькування суспільних коштів і зростання невиправданих витрат на охорону здоров'я. Тому в багатьох країнах поширюються співплатежі за медичні послуги.

В Україні видатки на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів теж збільшуються — з 3,6 млрд грн у 1998 р. до 56,1 млрд грн у 2012 р. (відповідно до державного бюджету на 2012 р.) [8]. Тобто формально ми не відстаємо від передових країн. Але стартовий рівень незрівнянно нижчий, а головне — зростає смертність, що пояснюється декількома причинами. По-перше, відсутній інноваційний розвиток — на зарплату лікарів іде близько 70 % усіх виділюваних із державного бюджету коштів, а на закупівлю медичного устаткування — менше 10 %. По-друге, водночас поширюються тіньові, нефор-

мальні платежі громадян за медичні послуги у державних закладах, які фактично дорівнюють бюджетним видаткам. Причому якщо більше останні, то більше неформальні інвестиції, які не свідчать про рівний доступ до медицини усіх громадян, притаманний соціальній державі. Сьогодні бюджетна медицина в Україні — це перетворена форма приватної практики лікарів, яка здійснюється за рахунок державних факторів виробництва. При цьому на відміну від легальної приватної практики медичні працівники звільнені від податків. Державний бюджет недоотримує грошові надходження, а відповідно система охорони здоров'я — необхідні ресурси. Крім того, виникає питання про якість наданих послуг, бо її важче перевірити у тіньовій медицині. Соціальне медичне страхування відсутнє, в країні за роки незалежності працює 16-й міністр охорони здоров'я. Це призводить до неефективності менеджменту в галузі, незважаючи на зростання державних видатків.

У розвинених країнах соціальна модернізація суспільства здійснюється не тільки завдяки зростанню державної медицини. Діє ще одна тенденція — зростання некомерційного неурядового сектору в охороні здоров'я. З одного боку, некомерційні інститути пом'якшують недосконалість приватного ринку медичних послуг і заповнюють нерентабельні ніші ринку, оскільки прагнуть отримання не прибутку, а місії — підвищення суспільного добробуту, якості і тривалості життя кожної людини. Один із багатьох прикладів: у Франції Товариство Червоного Хреста активно навчає різні категорії населення правилам надання першої медичної допомоги, бо 50 % летальних випадків після травм у ДТП припадають на перші хвилини [9]. З другого боку, не тільки вільний ринок, а й присутність держави в охороні здоров'я має вади (докладніше про це далі), а некомерційні медичні організації їх підправляють і посилюють переваги держави, особливо на територіальному рівні. Вони виявляють солідарність з особливими споживачами медичних послуг — тими, хто з об'єктивних чи суб'єктивних причин не в змозі відповідати потребам суспільства (наприклад, інваліди, незаможні, ВІЛ-інфіковані, наркомани, алкоголіки, люди, що помирають). Своїм захистом пацієнтів ці організації сприяють також послабленню асиметрії інформації про якість медичних послуг на ринку.

До головної причини зростання неурядових інститутів охорони здоров'я належать розвиток громадянського суспільства, демократизація політико-економічного простору як відповідь на ускладнення та виклики постіндустріального суспільства. Зростає соціальна відповідальність самих громадських організацій, а держава це підтримує. Друга причина полягає у децентралізації охорони здоров'я і посиленні ролі регіональних ринків в ефективному розподілі бюджетних ресурсів. Делегування відповідальності локальній ланці сприяє інноваціям і більш чутливій реакції на потреби хворих. Місцеве оподаткування є прозорішим, а політики ближче до електорату. Третя причина зростан-



ня ролі некомерційних інститутів у розвинених країнах полягає у прагненні оптимальнішого використання обмежених ресурсів охорони здоров'я. Джерелом бюджету громадських організацій є не тільки урядові субсидії, а й членські внески, кошти від підприємницької діяльності, спонсорська допомога, приватні добровільні внески, кошти муніципалітетів. Вони мають змогу за допомогою лобістів у парламенті підключитися до суспільного розподілу ресурсів, спрямувати їх до охорони здоров'я, вони активізують людські ресурси, творчий і інтелектуальний капітал (до їх складу зазвичай входять професіонали-практики і волонтери), контролюють дотримання чиновниками вимог законів, виступають арбітрами у вирішенні корисних справ, які ініціюють органи місцевого самоврядування. Крім того, за рахунок некомерційного маркетингу неурядові структури пропагують здоровий спосіб життя.

При цьому розвиток некомерційних інститутів не означає відмежування від державного управління. Як зазначає О. Канцуров, «у кожному соціально-економічному інституті має відчуватися присутність держави з метою примусу до виконання правил та унеможливлення опортуністичної поведінки індивідуумів та суб'єктів економічних відносин» [10, с. 19]. Форми участі держави різноманітні — від створення законодавства до співучасті у фінансуванні некомерційних медичних організацій. У Німеччині, де широкий розвиток отримали принципи соціального партнерства, державний і неурядовий сектори доповнюють один одного, причому фінансування другого переважає при розподілі соціальних видатків державного бюджету. Крім того, держава допомагає знаннями, досвідом, професіоналами.

Ще одна причина зростання ролі некомерційних організацій пов'язана з особливостями державного ринку праці лікарів, якому іманентна монопсонія [11]. Компенсаторну роль відносно монополю низької ціни праці відіграють професійні організації лікарів. Вони мінімізують вади монопсонії та діють подібно до єдиного продавця праці своїх членів, як класична монополія. Різноманітними стають також інші їх функції. Вони видають ліцензії приватним надавачам медичних послуг і страховим фондам, стежать за підвищенням кваліфікації своїх членів, захищають національний ринок праці від іммігрантів, а також права лікарів і пацієнтів, навіть займаються поліпшенням довілля.

Досвід розвинених країн свідчить перш за все про те, що економічні реформи в охороні здоров'я у постсоціалістичний період мають бути спрямовані не тільки на структурну перебудову, формування інституту сімейних лікарів, страхового ринку, а й на становлення некомерційних одиниць недержавного сектору. У нас він маловпливовий, тому що на старті ринкових реформ держава за допомогою законодавства сприяла насамперед розвитку інфраструктури товарного, фінансового, інформаційного ринків та ринку праці, тобто суто економічних інститутів. Громадські організації в Україні

діють у душі патерналізму і цим дуже схожі на державні заклади. Навіть останні протести чорнобильців були акціями просто прохачів. Таку поведінку формує Закон України від 16 червня 1992 р. № 2460-XII «Про об'єднання громадян», який у ст. 3 обмежує діяльність громадських організацій захистом своїх інтересів. Медичні профспілки є своєрідною структурою влади і відіграють декоративну роль. Щоправда, іноді медики беруть участь у правозахисних організаціях. Проте самодостатніми виступають лише клуби за інтересами лікарів. Часто вони співпрацюють з фармацевтичними компаніями, організують різні конференції, забезпечують підвищення кваліфікації, проводять добродійні заходи. Функціонування всіх інших українських громадських організацій дуже відрізняється від зарубіжних — вони мають значно менший коридор можливостей, залежать від політичних чинників, тиску зацікавлених сторін, ідеологічних та політичних уподобань спонсорів, їх втягують у тіньову економіку і псевдоблагодійну діяльність, а керівників підкупають. І як наслідок — недовіра до них громадян, що є значною інституційною перешкодою в розвитку громадянського суспільства.

Між тим тривале поширення державного сектору охорони здоров'я має наслідком відтворення його вад, тому потребує пильності і безперервного вдосконалення законодавства. Головна вада полягає у тому, що соціальна відповідальність у визначенні потреб хворих громадян та фінансуванні охорони здоров'я лежить на парламентах, яким це право делегується у процесі виборчої кампанії. Проте їм часто притаманні опортуністична поведінка, егоїзм та ігнорування уподобань і потреб виборців. Ось чому навіть ті пацієнти, що справно сплачують податки, які є прямими і неадресними, стають заручниками рішень стосовно їх здоров'я ззовні і можуть не отримати адекватне лікування. Якщо поряд з державним сектором не існує розвиненого приватного сектору охорони здоров'я, де є добровільність ринкових угод і інтереси кожної сторони більш-менш ураховуються, його місце посідає тіньовий сектор медицини. У соціальній державі, де відповідальність влади у перерозподілі фінансових потоків через бюджет не суперечить безпеці людського розвитку, зібрані податки розподіляються в інтересах поліпшення здоров'я громадян, тобто обмін грошей між громадянами і надавачами медичних послуг, опосередкований урядом і парламентом, містить ризики лише потенційно. У несоціальній державі, навпаки, існує дуже високий розкид між надходженнями до державного бюджету і соціальним змістом їх розподілу.

Найбільшого загострення цей дисбаланс набуває в корумпованій економіці кланово-олігархічного типу — наприклад, в Україні, де механізм відкликання депутатів не працює, а виборчі списки є закритими для суспільства. З одного боку, надходження до державного бюджету України значно менші за потенційно можливі, тобто стартові умови для розвитку охорони здоров'я

дуже невігідні, а з другого — ресурси перерозподіляються не на користь цієї галузі. За даними британського тижневика «The Economist», обсяг українського ВВП відповідає розміру ВВП американського штату Юта, населення якого у 18 разів менше, ніж в Україні [12]. Систематично суспільство недоотримує необхідні ресурси через те, що український капітал спливає з країни, переходячи від оподаткування, причому обсяг його стрімко зростає. За даними Державної служби України, якщо на 1 липня 2007 р. інвестиції до Кіпру склали 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 %) [13]. Остання цифра лише трохи менше (за офіційним курсом Національного банку України на 1 липня 2011 р.), ніж 53 млрд грн — заплановані витрати на охорону здоров'я у Державному бюджеті України на 2012 рік. А відповідно до Державного бюджету на 2011 рік фінансування боротьби з туберкульозом, СНІДом та онкологічними захворюваннями, за рівнем поширення яких Україна є одним із лідерів в Європі, було скорочено на 58 млн грн — до 577 млн грн [14]. Понад дві третини 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 мали б наповнювати державний бюджет, зокрема, бюджет охорони здоров'я.

Безпека для ресурсів охорони здоров'я зростає також через непрозору систему стягнення і повернення ПДВ і особливо ухилення від сплати податків приватних фірм за допомогою «сірих» схем. Прийняття у 2010 р. нового Податкового кодексу цю проблему з порядку денного не зняло. Багатьом підприємцям вигідніше сплачувати корупційний, а не офіційний податок з причини плутанини і складності нормативно-правового середовища, багатьох перевірок податкової служби, обтяжливості ведення податкового обліку та виконання відповідних обов'язків, зайвого податкового адміністрування. Занадто великі у підприємців трансакційні витрати дотримання букви закону. Крім того, за 20 років ринкових перетворень 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» [15]. В результаті цього нечисленні добросовісні платники податків і особливо бюджетники знаходяться у нерівному становищі до неплатників: вони фінансують медичні послуги двічі — і як платники податків, і як їх покупці на тіньовій основі.

Далекий від інтересів здоров'я громадян і перерозподіл суспільних ресурсів і втрачених можливостей, або альтернативні витрати є дуже високими. У 1990-ті роки хибний шлях напівтіньової приватизації викликав формування власників-хижаків, націлених зовсім не на соціальну модернізацію та

конкурентоспроможність виробництва, а на миттеві надприбутки за вилучення природної ренти та розтринькування державного бюджету, що триває в Україні й донині. Переважна кількість депутатів України приходять у політику заради позитивного впливу на їх бізнес, зокрема, в дуже прибутковому фармацевтичному підприємстві, або заради лобіювання інших фінансово-промислових груп і отримання ренти. Депутатська недоторканність доходить до абсурду, а електорат мажоритарних округів елементарно скуповується. Ось чому вдосконалення законодавства має бути спрямоване на зростання відповідальності депутатів за передвиборні обіцянки, зокрема, в охороні здоров'я, шляхом упровадження інституту їх відкликання.

Замість інвестицій в інновації, в тому числі у новітні медичні технології, великий бізнес інвестує у владу, а потім прагне відшкодувати витрати. У цій системі цінностей інтереси охорони здоров'я залишаються за дужками. Кошторис самого парламенту з докладним розподілом грошових ресурсів є ледь не секретним документом для суспільства. Деякі народні депутати його теж не читають, але дисципліновано затверджують. Тому розподіл фінансових потоків на користь лікування дуже відрізняється у двох бюджетах — Верховної Ради і держави загалом. Наприклад, фінансування клініки «Феофанія», за даними профільного комітету Верховної Ради України, становило майже 200 млн грн у 2011 р. [16], однак у звичайних районних поліклініках не вистачає бинтів та шприців. Вартість лікування у підвідомчому парламенту санаторії депутатам компенсують майже повністю.

Соціально ефективному розподілу і без того обмежених бюджетних ресурсів України перешкоджають і професійні помилки представників влади, і корисливі наміри. Міністерство охорони здоров'я України укладає тендерні угоди під тиском фармацевтичних компаній і в умовах низької поінформованості суспільства. Тому не дивно, що поширені зловживання їх замовників, дискримінація учасників і відсутність прозорої конкуренції між ними, упереджене оцінювання торгових пропозицій, що призводить до марних бюджетних розтрат або запізнитих закупівель ліків і вакцин. Так, за даними директора Інституту гігієни і медичної екології ім. Марзеєва, у 2010 р. Мінохорони здоров'я України купило на 800 млн грн імпортних препаратів, аналоги яких є в Україні і коштують удвічі дешевше [17]. А за даними начальника Київської державної інспекції з контролю за цінами, ввезення німецького препарату для лікування лейкемії флудара різними фірмами столиці пройшло з різницею у ціні в розмірі 557 % [18]. У першому півріччі 2011 р. через суперечності між різними фармацевтичними компаніями і перерозподіл фармацевтичного ринку багато дитячих поліклінік не отримали вакцин, хворі лейкемією і СНІДом — ліків, а перші вакцини для хворих туберкульозом стали надходити в країну лише у грудні.

8 липня 2011 р. було прийнято новий Закон України № 3681-VI «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань державних закупівель», який удосконалює порядок закупівлі економічними суб'єктами товарів і послуг. Проте зберігаються лазівки для корупції. Закон допускає можливість проведення закупівель у одного учасника в умовах надзвичайних соціально-економічних обставин (ч. 2 ст. 39) і виводить державні та комунальні підприємства з поля дії. Хоча самого поняття «надзвичайні соціально-економічні обставини» в зазначеному Законі не визначено. Це спричиняє загрозу конкуренції і провокує свавільне використання державних коштів. Крім того, Закон вимагає страхування предмета закупівлі, що є невиправданим та істотно ускладнює процес.

Рухаючись управлінською вертикаллю донизу, економіка «відкатів» поступово поширюється на взаємовідносини аптек, біологічних лабораторій, головних лікарів, з одного боку, та лікарів — з другого. Водночас збільшуються неформальні платежі медикам. Причому оплата лікування не означає його високої якості, а звернення громадян до суду у випадках 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 декларації про надання безоплатних медичних послуг не мають реального забезпечення. Конституційні норми, які визнають державу Україна соціальною, є необхідною, але недостатньою умовою реальної соціальності.

Нестача бюджетних грошей спричиняє низьке і нерівномірне фінансування лікувальних закладів, його відрив від реальних потреб пацієнтів та зростання загроз ускладнень. Українська охорона здоров'я тривалий час виступає у ролі «попелюшки». Ті кошти, які галузь все ж таки отримує, часто теж використовуються економічно та соціально неефективно через застарілий менеджмент, структурно-технологічні диспропорції, зайву централізацію, занепад основних фондів. Іноді вони самочинно перерозподіляються на місцях або непрофесіоналами, або залежно від хабарів чи політичних уподобань. При цьому демографічні проблеми загострюються. За даними Державної служби України, чисельність наявного населення України станом на 1 грудня 2011 р. зменшилась на 1,32 млн громадян порівняно з 1 грудня 2005 р. і складає 45,64 млн. Кількість померлих дітей віком до одного року збільшилась за цей період на 230 і становила на 1 грудня 2011 р. 4119 чол. [19].

Державна ієрархія в охороні здоров'я породжує монополізм. Крім локальних монополій (які неминучі, оскільки хворі люди, яким важко пересуватися, прив'язані до території медичного обслуговування), з'являються природні монополії, які надають послуги, що є суспільними благами. Але вони пере-

творюють їх на приватні блага і проводять агресивну цінову політику. В умовах непрозорих економічних відносин, непрофесійності і заангажованості Антимонопольного комітету України у монополій в охороні здоров'я часто розв'язані руки щодо корупційних справ. Так було з санітарно-епідемічною станцією в Севастополі, яка, скориставшись своїм монопольним становищем, незаконно надала споживачам державні послуги на 7 млн грн [20]. Проте найпотужнішою силою виступає монополія держави у централізованому суспільному секторі охорони здоров'я, система якого є ієрархічною. Це характерно для України, де досі спостерігається інтеграція процесів управління та фінансування охорони здоров'я. Держава виступає одночасно і власником, і виробником, і «продавцем», і «покупцем» медичних послуг. Конкургентного гніту лікувальні заклади не зазнають, тому не дбають про ефективне використання суспільних ресурсів. А державне регулювання у свою чергу не забезпечує мотивації для керівників лікарень господарювати раціонально, оскільки вони не мають жодних правомочностей власності. Уряд зацікавлений в економії коштів через їх нестачу, а лікарні, навпаки, — в їх збільшенні.

Певною мірою сучасні реформи в охороні здоров'я України, які проводяться у пілотних регіонах, мають за мету розмежування покупців та продавців медичних послуг, надання фінансової та управлінської автономії медичним закладам. Покупцями виступають місцеві органи управління, центральні районні лікарні отримують статус комунального підприємства, яке на договірних засадах надає послуги в обмін на гроші замовника. Така система має низку переваг порівняно з моделлю інтегрованого державного управління та фінансування охорони здоров'я, оскільки дозволяє висувати певні вимоги до структури, обсягу, якості, вартості медичних послуг, які надаються населенню. Проте європейська практика додає до цієї системи конкуренцію між надавачами медичних послуг за державне замовлення, до якої долучаються також приватні фірми. Стрімко розвивається державно-приватне партнерство, активним і послідовним прибічником якого є Велика Британія. На початок 2011 р. у країні загалом схвалено 229 проектів партнерства в охороні здоров'я, тривалість яких сягає 25–30 років [21, с. 48]. Для України це тільки можлива перспектива. Річ не тільки у нестачі бюджетних грошей і корупції, а й в недосконалості законодавства. Так, новий Бюджетний кодекс України не охоплює цієї проблеми. Державні та місцеві гарантії (ст. 17) надаються тільки для забезпечення повного або часткового виконання боргових зобов'язань суб'єктів господарювання. Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» формально встановлює державну підтримку здійснення державно-приватного партнерства (ст. 18). Але реально відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 березня 2011 р. № 279 обсяг ресурсів на цю підтримку залежить від щорічних державних бюджетів

України. Відсутність довгострокових гарантій не приваблює приватні медичні клініки, оскільки їх відкриття є доволі капіталомістким: у вузькопрофільну структуру з новітнім обладнанням і висококваліфікованими кадрами необхідно інвестувати, на думку бізнесменів, 150–200 тис. дол., а у велику клініку — як мінімум 3–5 млн дол. Період окупності такого підприємства сягатиме 7–10 років. Це надто тривалий період для вітчизняних бізнесменів, психологія яких в умовах економічної і політичної нестабільності не спрямована на самостійну стратегію. Тому вони прагнуть отримати державні гарантії.

Монополізм держави може також послабити конкуренція на ринку менеджерів. За кордоном влада спеціально її підтримує. Але в Україні ринок кваліфікованих керівників, здатних ухвалювати оптимальні рішення в умовах обмежених ресурсів охорони здоров'я, знаходиться у зародковому стані, і попит на них перевищує пропозицію. Тільки з 1 листопада 2010 р. в Національному класифікаторі України «Класифікатор професій ДК 003:2010» окремо з'явилася професія «Менеджер (управитель) в охороні здоров'я» за кодом 1482 на відміну від Класифікатора професій ДК 003:2005 та попередніх актів. Це необхідний, але недостатній крок. Він зовсім не виключає посади головного лікаря медичного закладу, а додає посаду менеджера. Проте головні лікарі мають виключно медичну освіту та переважно медичне мислення. Підготовка менеджерів у Національній медичній академії ім. П. Л. Шупика та Харківській медичній академії післядипломної освіти, а також у регіональних інститутах Національної академії державного управління при Президентові України не заповнює прогалину, адже, на нашу думку, ця спеціальність стає другою, додатковою, її освоюють фахівці зі стажем, які зазвичай не мають достатньо часу для навчання (подібно до заочної форми). Майбутні менеджери не вивчають основ економічної теорії, яка з урахуванням медичного профілю є методологічним фундаментом менеджменту в охороні здоров'я. У вищих медичних навчальних закладах цей нормативний курс у 2010–2011 рр. взагалі усунено. Щоправда, новий Класифікатор професій потенційно дає шанс здійснити юридично обґрунтований перерозподіл повноважень головного лікаря та його заступника з економічних питань, який стає менеджером. Однак потрібні відповідні зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (вип. 78 «Охорона здоров'я»), де слід передбачити цей перерозподіл з метою розробки надалі посадових інструкцій кожного топ-керівника.

Ще одна недосконалість державної ієрархії полягає в асиметрії інформації, що циркулює між вищими та нижчими ланками охорони здоров'я, а також між менеджерами лікарень і медпрацівниками. Керівники лікарень повинні відповідно до контракту представляти інтереси держави в обмін на зарплату та інші види винагород. Але на практиці, навіть в умовах надання лікувальному закладу правомочностей володіння, розпорядження, використання бюджетних

ресурсів, менеджери часто демонструють опортуністичну поведінку (умисно, заради додаткових преференцій або через недостатній професіоналізм). У міру зростання медичного закладу трансакційні витрати, пов'язані з моніторингом діяльності керівників лікувальних закладів та опосередкованих ланок управління, збільшуються, що свідчить про низхідну дохідність управління. Особливо чітко вона простежується у бідних країнах, де розтрата, фальсифікація фінансових документів та незаконне використання фондів лікарні, змови з постачальниками є найбільш поширеними видами шахрайства. Оскільки система управління у цих країнах непрозора, нерідко важко з'ясувати, де є умисний обман керівників, а де — некомпетентність і невігластво. Ієрархічна структура охорони здоров'я призводить до мовчання персоналу через страх звільнення. Крім того, лікарі відчужені від власності та управління, що спричиняє відхилення їхньої поведінки від норми, ухвалення неоптимальних для менеджера рішень, корупції і шахрайства. За даними ВООЗ, при щорічних витратах на охорону здоров'я у світі у 5,7 трлн дол. 7 % із цієї суми, або приблизно 415 млрд дол., зникають через шахрайство і помилки [22].

Відшкодування медичних витрат третьою стороною (державою) на відміну від ринкових угод, які означають оплату лікування самим пацієнтом, відтворює трансакційні витрати. Це ще одна вада державної медицини. Пацієнт, якого лікують безкоштовно, прагне додаткових діагностичних і лікувальних процедур, заходів реабілітації. Якщо граничні суспільні витрати починають перевищувати граничну віддачу від лікування, це призводить до розтринькування суспільних коштів і зростання невиправданих витрат на охорону здоров'я.

Отже, соціальна відповідальність держави в охороні здоров'я полягає у виконанні конституційного принципу рівного доступу до неї кожного громадянина і збільшенні тривалості життя людини. Економічною основою єдності соціальної держави і 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; малозабезпечені 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.

За рівних інших умов зменшення вад державної охорони здоров'я рівнозначно збільшенню її соціально-економічній ефективності, тобто результативності профілактики та лікування. Це також зменшує виробничі і трансакційні витрати, поліпшує фінансовий стан галузі. Компенсація цих вад приватним ринком є недоречною, бо його суб'єкти знаходяться значно далі від соціальної відповідальності. Проте можливий розвиток державно-приватного партнерства, особливо на регіональному рівні.



Необхідно посилити адресність податків, які спрямовуються на охорону здоров'я, та прийняти закон про соціальне медичне страхування. Вдосконалення законодавства має бути також спрямоване на впровадження відкритих тендерних закупівель з багатьма учасниками, бо саме тут існує великий резерв для наповнення ресурсів охорони здоров'я. Треба вивчити досвід європейських держав з приводу заміни тендерів на закупівлю ліків тендерами на їх виробництво і визначити гарантований перелік ліків, які купуватимуться незалежно від виробника. Необхідні вдосконалення менеджменту і фінансування, а також децентралізація галузі, посилення економічної автономії медичних закладів. Удосконалення фінансування державного сектору охорони здоров'я потребує також наближення до ситуації, коли гроші слідують за пацієнтами, подібно до ринкових угод. Для цього законодавство має бути змінено в такий спосіб, аби критерієм фінансування лікарняних закладів став не ліжко-день, а кількість пацієнтів, яких виліковано.

На жаль, в Україні усі позитивні за потенцією процеси ускладнюються тіньовою медициною. Запорукою її скорочення і поліпшення суспільного здоров'я є розлучення великого бізнесу і законодавчої та виконавчої влади, запобігання бідності населення та посилення соціальної справедливості, створення досконалої правової системи і незалежної судової влади, підтримка розвитку громадських організацій взагалі та в охороні здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Дем'янішин, В. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В. Дем'янішин, Т. Сіташ // *Фінанси України*. — 2011. — № 6. — С. 45–53.
2. 1 % богатых американцев за 30 лет увеличили доходы в 3 раза [Електронний ресурс] / Український бізнес-ресурс. — Режим доступу: <http://ubr.ua/personal-property/personal-finance/1-bogatyh-amerikancev-za-30-let-uvelichili-dohody-v-3-raza-109484>
3. OECD Health Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1,00\\_.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1,00_.html)
4. What the Medicare Debate Means to You? [Електронний ресурс] / *The Wall Street Journal*. — 2011. — 14 April — Режим доступу: <http://online.WSJ.com/article/html>
5. Лободіна, З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З. Лободіна // *Фінанси України*. — 2010. — № 4. — С. 88–97.
6. OECD Health Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1,00\\_.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1,00_.html)
7. OECD Health Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1,00\\_.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1,00_.html)
8. Верховна Рада України. Офіційний веб-сайт [Електронний ресурс]. — Режим доступу: // [http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/publish/article/news\\_left?art\\_id=285695&cat\\_id=37486](http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/publish/article/news_left?art_id=285695&cat_id=37486)

9. ДТП — це не фатальний збіг обставин // Голос України. — 2011. — 2 лют. (№ 19). — С. 12.
10. Канцуров, О. Інституціоналізм як теоретико-методологічні засади сучасних реформ / О. Канцуров // Економіка України. — 2011. — № 5. — С. 15–22.
11. Камінська, Т. Вади державної монополії на ринку медичної праці / Т. Камінська // Вісн. Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Сер. : Економічна теорія та право. — 2011. — № 2 (5). — С. 77–89.
12. Stateside substitutes [Електронний ресурс] / The economist online. — 2011. — 12 січ. — Режим доступу: [http://www.economist.com/blogs/dailychart/2011/01/comparing\\_us\\_states\\_countries&fsrc=nwl](http://www.economist.com/blogs/dailychart/2011/01/comparing_us_states_countries&fsrc=nwl)
13. Держслужба України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
14. Верховна Рада України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/publish/article/news\\_left?art\\_id=285695&cat\\_id=37486](http://portal.rada.gov.ua/rada/control/uk/publish/article/news_left?art_id=285695&cat_id=37486)
15. NEWSMARKET [Електронний ресурс] / 2011. — 8 вер. — Режим доступу: <http://www.newsmarket.com.ua/2011/09/>
16. Випов решили лечить еще дороже, а «Феофания» избавилась от «блатных» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: ПП «Портал Укрбізнес» <http://ukrbiznes.ub.ua/>
17. Ваше здоров'я. — 2011. — 10 черв. (№ 21). — С. 3.
18. Голос України. — 2011. — 16 лют. (№ 29). — С. 19.
19. Держкомстат України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
20. Крым [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://crimea24.info/2011/09/29/>
21. Варнавский, В. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики / В. Варнавский // Мир. экономика и междунар. отношения. — 2011. — № 9. — С. 41–50.
22. Мошенничество в сфере здравоохранения обходится в \$415 млрд [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://news.liga.net/news/politics/579701.htm>

## ТЕМА 7. СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ ДОХОДІВ НАСЕЛЕННЯ В СОЦІАЛЬНІЙ ДЕРЖАВІ

*К. Г. Губін, кандидат економічних наук*

**Система формування доходів: сутність та основна суперечність.** Доходи населення утворюються у межах системи формування доходів, яка об'єднує систему регулювання доходів та систему саморегулювання доходів. У сучасній змішаній економіці ринкові механізми взаємодіють із державним, корпоративним, громадським ті іншими формами регулювання. Співвідношення регулювання та саморегулювання є мінливим і визначається як етапом