

**ПРІОРИТЕТНІ ШЛЯХИ МІНІМІЗАЦІЇ ЕКОНОМІЧНИХ РИЗИКІВ В  
ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

*Стаття резюмує вплив зовнішніх і внутрішніх ризиків розвитку охорони здоров'я в Україні, співвідносить їх, обґрунтовує переважну роль других у гальмуванні реформ в охороні здоров'я та посиленні негативного впливу ззовні, пропонує шляхи мінімізації ризиків.*

*Ключові слова: охорона здоров'я, глобалізація, реформи, тіньова економіка.*

*Статья резюмирует влияние внешних и внутренних рисков развития здравоохранения в Украине, соотносит их, обосновывает главенствующую роль вторых в торможении реформ в здравоохранении и усилении негативного влияния извне, предлагает пути минимизации рисков.*

*Ключевые слова: здравоохранение, глобализация, реформы, теневая экономика.*

*This article summarises the impact of external and internal risks of health care in Ukraine, correlates them, justifies the leading role of second one in the reforms in health care inhibition and enhancing the outside impact, offers ways to minimize risks.*

*Key words: health, globalization, reforms, shadow economy.*

**Постановка проблеми.** Глобалізація економічного розвитку, зростання відкритості економік усіх країн, фантастичні темпи розвитку ІТ-технологій, інтернаціоналізація та нечуваний розмах діяльності ТНК стають об'єктивними тенденціями світової економіки. Уразливість України полягає в тому, що вона недостатньо використовує переваги світового розвитку на свою користь і слабо протидіє негативному впливу, зокрема на національну охорону здоров'я. Однак альтернативи світовим тенденціям немає, усунути їх неможливо. Дієвим заходом залишається мінімізація ризиків і загроз, ефективне позиціонування країни на світовій арені, поліпшення якості життя українців, реалізація їх конституційних прав на доступ до гідного медичного обслуговування.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** В науковій літературі приділяється багато уваги причинам ганебного стану охорони здоров'я. Найчастіше називають низьке фінансування галузі, вважаючи його неминучим наслідком перехідної економіки. Виходячи з цієї даності, В.Г. Дем'янишин, Т.Д. Сіташ пропонують нову фінансову модель охорони здоров'я [1]. О. Резнікова, навпаки, звинувачує ризики сучасної світової економіки, зокрема хронічні бюджетні дисбаланси, кризу продовольства й водопостачання, збільшення викидів парникових газів та диференціацію у доходах громадян різних країн [5]. В унісон звучить думка юриста Л. Васечко про те, що обмеження у правах людей на гідну охорону здоров'я обумовлені глобалізацією [2]. Відомі російські економісти О.Т. Богомолів, Т.В. Чубарова та інші вибачають головну причину кризових явищ у постсоціалістичній економіці, зокрема охороні здоров'я, у нібито ультраліберальних реформах, копіюванні американської моделі розвитку, що призводить до руйнування соціальної сфери [4]. Так чи інакше, науковці виносять за дужки загрози внутрішнього інституційного середовища України.

**Формулювання цілей статті** Мета нашої статті – дослідити вплив зовнішніх ризиків на охорону здоров'я України, виявити суперечливість їхньої дії і довести первинність внутрішніх, власних перетворень у складанні алгоритму національних реформ, в тому числі задля нівелювання зовнішніх ризиків.

**Виклад основного матеріалу.** Аналіз загроз для соціального розвитку України стосується глобалізації світової економіки, постіндустріалізації, фінансово-економічних криз та діяльності сучасних фармацевтичних ТНК. Глобалізація подвійно впливає на стан охорони здоров'я. З одного боку, вона сприяє дифузії новітніх медичних інновацій від провідних конкурентних економік, що забезпечує нам пасивний технологічний розвиток. Розвивається електронна інфраструктура. В Україні вже багато лікувальних закладів обласного підпорядкування має доступ до комп'ютерної мережі, її використовують для формування бази даних медичного персоналу, обліку робочого часу, фіксації преїскуранту на оплату послуг, ведення історій хвороб. У Харкові впроваджені автоматизовані системи організації, управління і контролю служби швидкої медичної допомоги.

В країні проводяться спеціальні тренінги для лікарів, розповсюджуються нові стандарти лікування. Останні роки значно зростає попит на магнітно-резонансну й позиційно-емісійну томографію, новітню стоматологію й офтальмологію, молекулярні вірусні діагностичні дослідження, різноманітні косметологічні послуги по останньому слову науки, навіть на теле- й Інтернет-медицину. Зростає роль міжнародних інститутів, які регулюють соціальні процеси на наднаціональному рівні – ООН (зокрема Дитячого фонду ЮНІСЕФ), ВООЗ, Глобального фонду з боротьби з ВИЛ/ СНІДом і туберкульозом, малярією. Набирає обороти співробітництво між медичними організаціями різних країн, яке наближене до безпосередніх регіональних потреб населення у медичних послугах, зменшення бюрократизму. Це повністю відповідає світовій тенденції – децентралізації охорони здоров'я. Глобалізація розширює коридор можливостей для медичних працівників за рахунок міграції.

Проте один з негативних наслідків глобалізації — це нерівномірний поділ вигод від неї на користь постіндустріальних країн, які спираються на багату ресурсну базу. Для них характерне випереджальне зростання витрат на охорону здоров'я на душу населення порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності. За даними ОЕСР, у 1981—2010 рр. вони зросли (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 [7]. Цієї тенденції сприяють 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. Для України це – виклик, тому що суспільні ресурси охорони здоров'я вкрай обмежені. ВООЗ рекомендує урядам спрямовувати на галузь 6–8 % ВВП для нормального відтворення життєдіяльності людей (критична межа – 3 %). В Україні цей показник останні роки варіювався на рівні 3,5-3,8 %. Для порівняння, за даними ОЕСР 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 % [7]. Існує прірва у можливостях доступу до якісних медичних послуг між заможними людьми розвинених країн і бідними людьми бідних країн.

Некерована глобалізація призведе до зростання віртуального фінансового капіталу, який не знає меж, спекулятивних грошей, тіньової економіки, виведення капіталу в офшорні зони, дефіциту ресурсів і макроекономічного дисбалансу, що дестабілізують зокрема нашу охорону здоров'я. Фінансово-економічна криза 2008-2010 рр. скоротила низку національних програм з трансплантології, онкології, туберкульозу, цукрового діабету, СНІДу, боротьби з дитячою смертністю, а також з імунпрофілактики. Скоротилися доходи громадян. За даними масштабного соціологічного обстеження «Life in Transition Survey II», яке проводили ЄБРР і Світовий банк у 2010 р. (об'єктами цього обстеження стали 39 домогосподарств у 34 країнах світу), 46 % опитуваних в Україні назвали себе постраждалими від кризи, причому найпоширеніші втрати – це урізання коштів на харчування (63,5%) і на охорону

здоров'я (37,2%). Навіть серед тих громадян, хто вважає, що їх криза не зачепила, 17 % визнали, що скоротили витрати на охорону здоров'я [6]. Рецесія призвела також до зростання самогубств, яке проходило синхронно із зростанням безробіття.

Зовнішні ризики для України пов'язані також з поширенням міжнародного права на економічні інтереси найбільших ТНК, монополізацією ними фармацевтичного ринку – питома вага США, Японії, Європи дорівнює на ньому майже 80 %. Причому американські виробники залишаються найсильнішими гравцями на світовому ринку фармпродукції (завдяки найбільшій концентрації ресурсів на науково-дослідницькій роботі, невелику частку витрат праці в добавленій вартості, меншому втручання держави у регулювання цін, ніж у Європі). Притаманний для діяльності ТНК ефект масштабу не досяжний для українських компаній, які раніше знаходилися за «залізною завісою», а зараз використовуються для збагачення олігархії. Економічні інтереси ТНК стають більш пріоритетними, ніж інтереси інших країн та права людей. Л.Васечко справедливо замечает: «У сучасній економіці ділові кола здійснюють глобальні операції, але верховенства закону в глобальному масштабі немає [2]». Наслідком діяльності монополістів в Україні стає зростання цін на ліки, агресивний маркетинг, диктування умов уряду, вітчизняним фармацевтичним компаніям, лікарям і пацієнтам.

Отже, зовнішні ризики та загрози для розвитку охорони здоров'я України дійсно великі. В той же час для науковців неприпустимо на цьому ставити крапку, ігноруючи або недооцінюючи роль внутрішніх чинників розвитку галузі та ефективної протидії негативному впливу ззовні. Необхідна така постановка питання: пріоритетними мають бути реформи у самій Україні, саме тут знаходиться ключ від більшості негараздів, причому багато чинників поганого стану охорони здоров'я лежить за її межами, їх треба шукати на макроекономічному рівні.

Спочатку про фінансування охорони здоров'я в Україні. Світові та європейські кризи дійсно обмежують державні ресурси, але більшою мірою це відтворює кланово-олігархічна економічна система, яка зараз притаманна країні, розподіл суспільних ресурсів в егоїстичних інтересах великого бізнесу та зростаючого вивезення капіталу в офшорні зони. За даними Державної служби статистики України, якщо на 1.07.2007 р. інвестиції до Кіпру склали 10,4 млн. дол., або 12,3 % від усього обсягу прямих інвестицій в ЄС, то на 1.07. 2011 р. – 6389,3 млн. дол. (97,1 %). Правда, показник на 1.04.2013 р. нижчий, з причини кіпрської кризи, і разом з капіталом до іншої офшорної зони – Віргінських Островів – дорівнює 5842,8 млн. дол. (89,6 %) [3]. Все одно, остання цифра складає 64,6 % від величини, адекватної загальним видаткам на міністерство охорони здоров'я в Держбюджеті на 2013 р. у сумі 9 041, 8 млн. грн. Штучне скорочення суспільних грошей, цілеспрямоване банкрутство підприємств з метою їх привласнення або перерозподілу власності, безробіття і злидні надзвичайно впливають на рівень та спосіб життя громадян, підривають їх здоров'я та вкорочують тривалість цього життя. Не можна не погодитися з Т.В.Чубаровою, яка підсумовує: «Держава добробуту розглядається як тягар для економіки» [4, с.699].

Насправді абсолютне фінансування охорони здоров'я та соціальної допомоги в Україні послідовно зростає (у 2012 р. на 24,9% у порівнянні з 2011 р.) [3] Однак це зростання відстає від потреб охорони здоров'я, розтринькується тіньовими схемами та припадає на галузь, яка є вельми затратною: продовжує існувати перекис у співвідношенні між первинним (дільничних терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів), вторинним (стаціонари) і високо спеціалізованим сегментом медицини на користь стаціонарів. Крім того, рівень необґрунтованої госпіталізації населення сягає майже 70 % від загальної госпіталізації.

Зараз структурну перебудову апробують у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій області та м. Києві. Реформи передбачають також впровадження стандартів якості надання медичних послуг та системи стимулів для медичних працівників,

створення зв'язку між фінансовими потоками й якістю наданих послуг (у світі загалом ця формула називається «гроші йдуть за пацієнтом»). 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; невиправдане 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, багато лікарів-пенсіонерів. Дійсну реструктуризацію охорони здоров'я гальмують не тільки недостатнє фінансування галузі внаслідок зовнішніх чинників, але й недосконалість законодавства, незацікавленість у її ефективності учасників тіньової економіки, гальмування перетворень у витратній відомчій медицині, яка посідає значне місце в охороні здоров'я.

Тепер щодо зростання світових цін на ліки. Німеччина, наприклад, протидіючи цьому чиннику, забезпечує високу конкурентоспроможність власних препаратів. Вона підтримує економічну свободу національних фармкомпаній, компенсуючи низьку еластичність попиту на ліки конкурентним ладом. Ринок, приватна власність, конкуренція захищаються державою. Ця обставина робить Німеччину привабливою для іноземних інвестицій у розробку нових препаратів, і ринок зберігає конкурентну основу. Іноземні компанії так чи інакше узгоджують свої дії з національними інтересами. При цьому основи соціальної ринкової економіки не порушує інший її принцип, який полягає у поєднанні комерційного підприємництва з ефективною системою соціального захисту громадян країни. Вартість ліків має обширне покриття не пацієнтами, а третьою стороною, особливо соціальним страхуванням та бюджетним фінансуванням [8].

В Україні, навпаки, високі зовнішні ціни на ліки продовжують зростати завдяки тіньовій економіці. Її причинами є не стільки імпортування неформальних правил економічної поведінки іноземних ТНК на вітчизняний фармацевтичний бізнес, скільки наші власні умови для тіньових схем. Це недосконалість законодавства та механізму його реалізації щодо тендерних угод, війни між кланами за право закупівлі й бюджетні гроші, надання необгрунтованої переваги певному продавцеві (зокрема іноземному) або завищення цін на ліки на умовах відшкодування покупцю частини їх вартості (найтипівіший злочин у медичних закупівлях), купівля препаратів не у прямого виробника, а у посередника. У тіньові схеми втягують лікарів, відшкодовуючи їм частину вартості ліків, які купують пацієнти, або надаючи інші привілеї. До інших причин належать: значна залежність судової влади від виконавчої, низький рівень зарплати лікарів, її слабка диференційованість залежно від обсягу й якості праці. Згідно із даних Держкомслужби 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 [3].

Ось чому медичні працівники націлені або на неформальні платежі пацієнтів, які сягають майже половини загального обсягу фінансування галузі, або на еміграцію. Лібералізація руху праці у світовій економіці цьому дуже сприяє, але головні причини відтоку кваліфікованих кадрів знаходяться в Україні. Крім низької ціни медичної праці, суттєву роль відіграють також нецінові чинники – кращі умови та зміст медичної діяльності у приймаючій країні, рівень технологій, можливості для підвищення кваліфікації і тривалої кар'єри, отримання нового професійного та особистого досвіду, задовільний соціальний статус. Щодо тіньової економіки, то крім чинників, що перелічені вище, до неї також призводять ганебний стан моралі у суспільстві, девальвація клятви Гипократу. Соціальне медичне страхування в Україні, яке контролює

поведінку лікарів та їх доходи, відсутнє, а добровільне є мізерним за умови низького платоспроможного попиту населення. На відміну від постіндустріальних країн некомерційний недержавний сектор охорони здоров'я в Україні теж розвинений слабо, тому що відсутні умови – фінансова підтримка з боку держави і достатній розвиток громадянського суспільства.

**Висновки.** Незважаючи на ризики і загрози, які несе з собою сучасна світова економіка для охорони здоров'я України, вирішальний негативний вплив на неї справляє розбухання тіньового сектора, що посилює дію зовнішніх чинників і додає внутрішні. Умови та шляхи скорочення тіньової економіки охорони здоров'я такі: 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 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 тіньовій 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 деофшоризації, деолігархізації та демонополізації економіки, структурної перебудови охорони здоров'я. Економічну мотивацію слід доповнити кардинальним покращенням умов праці і відпочинку медичних працівників, їх професійного росту і підвищенням соціального статусу у суспільстві.

Для науковців дискусійним залишається аналіз системи економічних інтересів, які поєднують усіх отримувачів неформальних доходів – медичних працівників, управлінців, фармацевтичні компанії, аптеки та інші інститути інфраструктури. Щоб розірвати тіньове коло, необхідно розробити і запропонувати їм більш вагомий й різноманітні переваги у процесі реформування охорони здоров'я.

### Література

1. Дем'янишин В.Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи [текст] / В.Г. Дем'янишин, Т.Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – № 6. – С.45-53.
2. Васечко Л. Обмеження прав людини в умовах глобалізації: проблеми теорії і практики [текст] / Л. Васечко // Юридична Україна. – 2013. – № 1. – С.4-7.
3. Державна служба статистики України [Електрон. ресурс] — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
4. Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние. [Текст] : Научные и публицистические заметки обществоведов / Ред. О. Т. Богомолов, Б. Н. Кузык. – М. : Институт экономических стратегий, 2010. – 800 с.
5. Резнікова О.О. Перспективи розвитку світової економіки в 2012 році: очікування “другого дна” рецесії [текст] / О. О. Резнікова // Фінанси України. – 2012. – № 1. – С.123-130.
6. Life in Transition survey. European bank [Електрон. ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ebrd.com/downloads/research/surveys/litsr.pdf>
7. 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)
8. Ognyanova D. Pharmaceutical reform 2010 in Germany [текст] / D. Ognyanova, A.Zenter, R.Busse // Eurohealth. – 2010. – Vol. 17. – №1. – С. 1-3.