

Українська академія наук
Відділення економіки і управління

Володимир Найштетік

Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні

Наукова праця рецензована вченою радою
Інституту економічного прогнозування Української академії
наук, протокол № 25 від 14 травня 2009 року.



Донецьк
Видавець Заславський О.Ю.
2009

УДК 614.2(477):33
ББК 51.1(4УКР)
Н20

Найштетік В.Я.

Н20

Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2009. — 160 с.

ISBN 978-617-7001-18-7

Книгу присвячено одному з важливих напрямків сучасної прикладної економіки — економіці охорони здоров'я, проблемам створення нових лікарських засобів із розряду ноу-хау. Уперше в Україні на високому науковому рівні розкрито проблеми медичної галузі, виробництва ліків у перехідний період, визначено шляхи виходу системи охорони здоров'я, фармацевтичної галузі на сучасний цивілізований рівень. Особливе значення монографії полягає в тому, що автор на власному досвіді розкриває можливості вітчизняного виробництва лікарських засобів на науково обґрунтованій, глибоко продуманій економічній підставі і подає концепцію розвитку охорони здоров'я в Україні на перспективу.

УДК 614.2(477):33
ББК 51.1(4УКР)

ISBN 978-617-7001-18-7

© Найштетік В.Я., 2009
© Видавець Заславський О.Ю., 2009

Зміст

Вступ 5

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ

Охорона здоров'я — надпріоритетний напрямок соціально-економічного розвитку країни..... 8

- 1.1. Економіка охорони здоров'я — важливий фактор соціально-економічного розвитку суспільства 8
- 1.2. Здоров'я та охорона здоров'я як товар..... 13
- 1.3. Основні принципи теорії сподіваної корисності..... 15
- 1.4. Охорона здоров'я, інформація та страхування 17
- 1.5. Вимірювання ефективності..... 20
- 1.6. Система оплати в медицині..... 21
- 1.7. Функціонування ринкової економіки..... 34
- 1.8. Конкуренція і контроль 46
- 1.9. Макроекономічний аналіз. Сукупний попит і сукупні пропозиції стосовно розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів 53
- 1.10. Визначення ціни та обсягу виробництва лікарських засобів. Чиста конкуренція 66
- 1.11. Економічний ризик і охорона здоров'я 82
- 1.12. Капітальні витрати..... 96
- 1.13. Поточні витрати..... 97
- 1.14. Ринки й ринкові неспроможності охорони здоров'я..... 97
- 1.15. Сучасні тенденції у витратах на охорону здоров'я..... 101
- 1.16. Стан охорони здоров'я в Україні..... 103
- 1.17. Економічна ефективність системи медичної допомоги в Україні 105
- 1.18. Як змінити механізм фінансування охорони здоров'я. Системи управління 107

РОЗДІЛ ДРУГИЙ

Проблеми і здобутки фармацевтичної галузі 110

- 2.1. Медикаментозне забезпечення населення України. Проблеми економіки і фінансів 110
- 2.2. Короткий огляд світового ринку лікарських засобів та місце, яке на ньому займають нові лікарські препарати 114

2.3. Загальнодержавні проблеми із забезпечення населення України медичними препаратами, у тому числі для лікування онкологічних хворих (з погляду автора наукової роботи)	117
2.4. Цілі та завдання товариства з обмеженою відповідальністю «НІР»	118
2.5. Нові розробки. Нові медпрепарати	122
2.6. Виробнича база підприємства «НІР»	127
2.7. Фінансово-економічні та організаційні основи діяльності підприємства «НІР»	129
2.8. Структура собівартості продукції	130
2.9. Джерела сировини	130
2.10. Кон'юнктура попиту	131
2.11. Український ринок. Попит. Проблеми та перспективи	132
2.12. Крок назустріч страховій медицині	133
2.13. Фармацевтичний ринок в Україні	135
2.14. Розумна достатність у питаннях реєстрації лікарських засобів	136
2.15. Від Гіппократа до сімейної медицини	139

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ

Концептуальні положення перспективного розвитку системи

охорони здоров'я в Україні	143
3.1. Сучасні здобутки ТОВ «НІР»	143
3.2. Цілі й завдання концептуальних положень програми розвитку медицини	146
3.3. Головне завдання держави — охорона життя і здоров'я громадян України	147
3.4. Страхова медицина	148
3.5. Американська система медичного страхування	148
3.6. Німецька система медичного страхування	149
3.7. Французька система медичного страхування	149
3.8. Медичне страхування в Італії	151
3.9. Проблеми фармацевтичної промисловості, шляхи розвитку — ще один важіль для зміцнення бюджету країни	152
3.10. Проблеми регулювання фармацевтичного ринку	152
Висновки	154
Література	158

Вступ

Найактуальнішою проблемою розвитку нашого суспільства є захист життя і здоров'я українського народу. Багатство держави — здоров'я її народу. Тільки фізично та духовно здорова нація здатна подолати глибоку економічну кризу і на цій підставі значно поліпшити свій добробут, своє соціальне становище, забезпечити перспективу державного та суспільного розвитку.

Чорнобильська катастрофа, екологічний дисбаланс, аномальні зміни в навколишньому природному середовищі, різке погіршення економічного й соціального стану суспільства, соціальні негаразди, значне зниження рівня матеріального забезпечення негативно вплинули на фізичний стан народу, що призвело до збільшення захворюваності людей різного віку і зменшення тривалості життя.

У таких умовах наше суспільство розвиватись не може. Послаблена увага інститутів державної влади до охорони здоров'я, що спостерігається останніми роками в Україні, недопустима в цивілізованому світі, до якого намагається увійти наша молода суверенна держава.

Різне зменшення державних бюджетних асигнувань на охорону здоров'я за останнє п'ятиріччя звело нанівець багаторічний внесок держави й народу в розвиток цієї надзвичайно важливої соціальної галузі, що викликало повний її занепад та розлад.

Виправити це катастрофічне становище, що склалося в медичному забезпеченні населення України, можливо лише за однієї умови, а саме — визначити охорону здоров'я надпріоритетним напрямком державної економічної політики. Це положення треба затвердити в законі «Про державний захист життя та здоров'я українського народу».

Медицина повинна посідати чільне місце серед соціальних величин, визначених державною владою. Саме такий підхід щодо внесення охорони здоров'я до пріоритетів державної економічної і, зрозуміло, соціальної політики характеризує законодавчу й виконавчу діяльність інститутів державної влади цивілізованих країн світу.

Необхідно визначити на наступні 20–25 років такі основні соціальні величини, що базуються на економічному розвитку держави: перша

соціальна величина — це *праця*, друга — *охорона здоров'я*, третя — *турбота про пенсіонерів та інвалідів*, четверта — *материнство і дитинство*, п'ята — *освіта*.

Вагоме місце в комплексі державних заходів із медичного обслуговування населення України посідає розробка та виробництво лікарських засобів.

Увага держави повинна бути спрямована на докорінну перебудову фармацевтичної промисловості на базі реконструкції діючих та будівництва нових підприємств, впровадження сучасних світових науково-технічних досягнень у технології виробництва лікарських препаратів, освоєння виробництва й застосування нових лікарських засобів з розряду ноу-хау, державного забезпечення галузі сировинними ресурсами, біологічними і хімічними компонентами, а також розширення асортименту ліків, у тому числі гостродефіцитних, до рівня потреб вітчизняної медицини. Вирішенню саме цих проблем присвячена монографія «Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні». У роботі обгрунтовано й викладено такі питання:

- економіка охорони здоров'я — важливий фактор соціально-економічного розвитку суспільства;
- поняття товару в охороні здоров'я і ринок охорони здоров'я;
- стан та перспективи розвитку системи медичної допомоги України;
- короткий огляд існуючого світового ринку лікарських засобів та місце, яке в ньому займають нові медичні препарати;
- досягнення, проблеми та перспективи розвитку фармацевтичної галузі на світовому рівні;
- загальнодержавні та економічні проблеми із забезпечення України медичними препаратами, у тому числі для лікування онкологічних хворих;
- участь підприємства «НІР» у створенні нових біогенних препаратів в Україні;
- наукові дослідження, розробки, виробництво та впровадження підприємством «НІР» нових лікарських препаратів у фармакології і ветеринарії;
- економічний базис підприємства;
- характеристика лікарських засобів, що виробляються підприємством «НІР»;
- джерела фінансування наукових досліджень, виробництва препаратів;

- кількісний і якісний склад працюючих на підприємстві, діяльність авторського творчого колективу;
- виробнича база, перспективи розвитку;
- техніко-економічні показники виробничої діяльності;
- сировинні ресурси;
- перспектива розвитку виробництва препаратів у різних регіонах України;
- собівартість продукції, рентабельність виробництва;
- кон'юнктура попиту на внутрішньому ринку;
- відносини з державними структурами, розвиток ділового партнерства, вихід на світовий ринок;
- основні споживачі, ефективність застосування препаратів при лікуванні тяжко хворих;
- перспективи міжнародного економічного співробітництва, залучення іноземних інвестицій;
- пошуки нових шляхів для розробок перспективних препаратів, їх виробництво та застосування;
- розвиток ділового партнерства в межах держави.

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ

Охорона здоров'я — надпріоритетний напрямок соціально-економічного розвитку країни

1.1. Економіка охорони здоров'я — важливий фактор соціально-економічного розвитку суспільства

Одразу може постати питання: а що, власне, спільного має економіка охорони здоров'я з охороною здоров'я? Хіба саме здоров'я не є суттєво важливою проблемою і хіба підтримання і зміцнення його не заслуговує на максимальну увагу? Але кошти в нас обмежені, тож доводиться витрачати їх вибірково, в ідеалі — дотримуючись принципу мінімізації альтернативних видатків. Такий вибір неминуче зачіпає кошти, виділені на охорону здоров'я. Розглядаючи систему охорони здоров'я як один із різновидів витрат на виробництво здоров'я, неважко дійти висновку, що той чи інший вибір відіб'ється і на стані здоров'я населення України. Зробити правильний вибір складно не тільки тому, що не існує прямого зв'язку між охороною здоров'я і станом здоров'я, а й через відсутність загальноприйнятого визначення поняття здоров'я.

Часто під терміном «здоров'я» розуміють просто відсутність хвороби, але це тлумачення матиме сенс лише тоді, коли ми точно визначимо, що ж таке власне хвороба.

Існує чимало способів формулювати таке визначення, що залежить від того, хто їх пропонує. Труднощі з визначенням поняття «здоров'я» відбиваються на поглядах на зв'язок між охороною здоров'я і станом здоров'я. Так, для багатьох медичне обслуговування означає не тільки лікування хвороби, а й профілактичні заходи. Якість медичного обслуговування залежить і від суспільного середовища. З цього погляду охорону здоров'я можна пов'язувати, наприклад, із безробіттям або життєвим рівнем населення.

Здоров'я має споживчу вартість, але не має вартості мінової. А це означає, що здоров'ям неможливо торгувати, отже, не існує й ринку здоров'я. Охорона здоров'я є предметом торгівлі. Істотна відмінність полягає в тому, що безпосередньо здоров'я купити не можна, а послуги системи охоро-

ни здоров'я — можна. Звичайно, активність людини як споживача сприяє виробництву здоров'я, проте немає ринку, де б безпосередньо торгували здоров'ям. Оскільки значна кількість товарів, що легко збуваються, впливає на здоров'я, то послуги системи охорони здоров'я споживаються саме і лише тому, що вони стосуються здоров'я. Це споживання розраховане на те, що інвестиції в розвиток сфери охорони здоров'я дадуть прибуток у вигляді самого здоров'я.

Отже, попит на охорону здоров'я є похідним, заснованим на бажанні споживача мати міцне здоров'я, що, у свою чергу, потрібне споживачеві для успішного функціонування у всіх інших сферах виробництва й споживання. Тож не дивно, що суспільство зобов'язане надавати охороні здоров'я особливого значення. На жаль, в Україні стан справ у сфері охорони здоров'я незадовільний.

Звичайно, коли йдеться про профілактичні заходи, споживачеві в момент купівлі не обов'язково бути хворим. Однак профілактика зберігає деякі особливості лікування людини: наприклад, попит на профілактику теж похідний і засновується на очікуваному від інвестицій прибутку у вигляді здоров'я.

В економіці, звичайно, припускається, що максимальна користь досягається тоді, коли вибір здійснюється в умовах повної поінформованості. Проте споживач, захворівши, навряд чи стане збирати необхідну для оптимізації вибору інформацію, навіть якщо він фізично здатний це зробити. До того ж потреба в такій інформації найімовірніше буде важливою — зрештою, на те і вчать лікарі, щоб ту інформацію здобути. Лікар не тільки володіє потрібною для споживача інформацією, а й забезпечує лікування.

Непередбачуваність хвороби — це факт нашого життя. До того ж про лікування багатьох хвороб споживач знає дуже мало, а отже, не орієнтується і в його вартості. Навіть якщо брати до уваги різноманітний характер такого товару, як охорона здоров'я, загальний стан речей залишається саме таким.

Ми не можемо розглядати згадані питання лише з погляду ефективності, оминаючи важливий аспект розподілу. Цей бік економічного аналізу охорони здоров'я пов'язаний з питанням про справедливість, оскільки йдеться про розподіл товару. Проблема слід розглядати як на мікро-, так і на макроекономічному рівні. Щодо останнього, то питання розподілу визначатиме структуру й природу системи охорони здоров'я в цілому. З іншого боку, впровадження ідеї справедливості у функцію корисності індивіда веде до розгляду питань, пов'язаних із припущеннями щодо його поведінки.

Будучи однією з галузей економіки, економіка здоров'я використовує чимало аспектів економічної теорії. Економісти нещодавно стали користуватися терміном «економіка здоров'я».

Від найдавніших часів вважалося: «Віку нашого — сімдесят років; вісімдесят — якщо силою ми дужі» (Псалтир, Псалом 89; вірш 10). Показник очікуваної тривалості життя нині широко застосовується для аналізу здоров'я населення. З табл. 1.1 видно, що очікувана тривалість життя чоловіків на час народження у багатьох промислово розвинутих країнах становить близько 70 років, а для жінок цей показник наближається до 80.

Поряд з очікуваною тривалістю життя іншим визначальним аспектом здоров'я є якість життя. Обидва аспекти вочевидь важливі, і хоча показники, що поєднують їх, з'явилися недавно, вони, без сумніву, стануть головним досягненням у практиці оцінки й аналізу охорони здоров'я.

У будь-якій промислово розвинутій країні система охорони здоров'я споживає значну частку ресурсів — від 6,2 % ВВП у Великобританії до 10,8 % у США. Проте думка пересічного громадянина про ефективність системи охорони здоров'я відрізняється від наукових даних. Економічний аналіз охорони здоров'я потребує наукового розуміння специфіки взаємозв'язку між затратами на поліпшення здоров'я та одержаними результатами. Отже, економісти-медики мають обов'язково вивчати питання спроможності лікарського препарату, певного способу лікування чи іншого заходу для поліпшення здоров'я як основу для дослідження ефективності.

Оцінка ефективності охорони здоров'я вимагає, окрім усього іншого, аналізу результатів лікування — різниці в рівні здоров'я до та після певного втручання.

Розглянемо два фундаментальні аспекти здоров'я — тривалість життя і його якісний рівень. Тривалість життя легко вимірюється такими показниками, як середня очікувана тривалість життя. А от якісний рівень його виміряти складніше. Всесвітня організація охорони здоров'я так визначає поняття здоров'я: «Стан повного фізичного, розумового й суспільного благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи інвалідності». Якщо оце і є здоров'я, то мало кому з нас пощастить хоч коли-небудь побути здоровим! Хоча таке визначення не найкраще з тих, що можна вигадати, у ньому все ж вбачаємо деякі слушні ознаки — здоров'я не лише включає відсутність хвороби чи інвалідності, але враховує ще й суб'єктивні відчуття.

У літературі, присвяченій вимірюванню рівня здоров'я, дедалі більш звичним стає градування станів здоров'я за кількісною шкалою інтервалів. Після опису можливих станів наступним етапом є визначення двох основних позицій — точок відліку, від яких ведеться поділ усієї шкали.

Таблиця 1.1. Очікувана тривалість життя

Країни	Очікувана тривалість життя на час народження (1980)	
	Жінки	Чоловіки
Австралія	78,0	70,9
Австрія	76,1	69,0
Бельгія	75,5	69,8
Греція	77,8	73,2
Данія	77,6	71,4
Ірландія	75,0	69,5
Ісландія	80,5	73,6
Іспанія	78,0	71,5
Італія	77,4	70,7
Канада	79,0	71,0
Люксембург	75,1	68,0
Нідерланди	79,2	72,5
Німеччина	76,5	69,7
Норвегія	79,0	72,2
Об'єднане Королівство Великобританія	75,9	70,2
Португалія	75,0	67,0
Росія	65,0	59,0
США	76,7	69,6
Туреччина	62,3	58,3
Україна	63,0	57,9
Фінляндія	77,6	69,2
Франція	78,3	70,1
Швейцарія	79,1	72,4
Швеція	78,9	72,6
Японія	79,2	73,7

У вимірюванні здоров'я як точки відліку застосовують «повне здоров'я» (= 1) і «смерть» (= 0). Від цих двох станів відградувано проміжні стани здоров'я («рівні стану здоров'я»).

Користуючись цим, американські вчені-медики розподілили рівні стану здоров'я стосовно опорних позицій — повного здоров'я і смерті, це один із можливих способів одержати показник стану здоров'я.

За методикою «гри в нормативи» пацієнту пропонується зробити вибір між гарантованим періодом протягом декількох років (Н) із досліджуванним станом здоров'я

й «азартною грою» в дві альтернативи, з яких одна передбачає повне здоров'я протягом декількох (Н) років, а друга — смерть. Шанси гри, де виграш означає здоров'я, а програш — смерть, варіюють, аж доки пацієнт стверджує, що вибір між грою з таким ступенем ризику і гарантованим життям із досліджуваним хронічним станом здоров'я видається йому байдужим. У цій «точці байдужості» оцінка досліджуваного хронічного стану здоров'я прирівнюється до вірогідності здоров'я у «грі в нормативи». Цей вибір проілюстровано на рис. 1.1 разом із результатами такого дослідження, що гірші за смерть, і для тимчасових станів здоров'я.

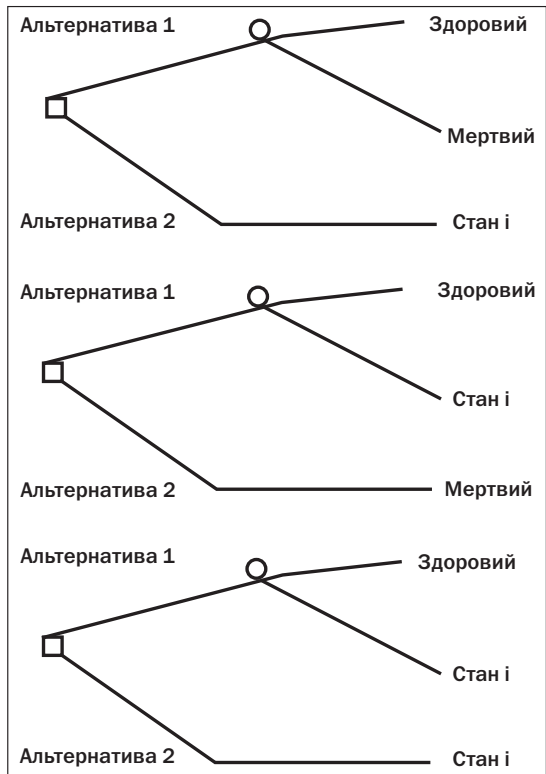


Рисунок 1.1

Практика оцінювання ефективності охорони здоров'я налічує тисячоліття. Історичні дані є ілюстрацією того, як громадські заходи привели в минулих століттях до суттєвого поліпшення здоров'я населення. Нині чимало серйозних і поширених захворювань можна не тільки лікувати, а і з не

меншим успіхом попереджати. Сучасні методи лікування й профілактики захворювань слід піддавати науковому аналізу на предмет їхньої ефективності. Віддача заходів з охорони здоров'я у вигляді поліпшень стану здоров'я може вимірюватись кількома способами. Широковживаними у високорозвинутих країнах стали два методи — часового вибору і «гри в нормативи».

Практична перевірка автором даної роботи довела зручність цих методів, однак висуваються й певні застереження щодо їх точності та якості. Застосування їх, зокрема для економічних розрахунків, подається в подальших розділах.

1.2. Здоров'я та охорона здоров'я як товар

Даний розділ побудований на епідеміологічних, демографічних та медичних засадах.

Основну увагу тут приділено опису й визначенню охорони здоров'я та її характеристик як предмета споживання в економічному розумінні.

Цей розділ змальовує економічну картину та окреслює ключові особливості складових охорони здоров'я, без чого нелегко перейти до викладу основних положень книги.

Економіка зосереджується на попиті, постачанні й розподілі товарів, а охорона здоров'я скоріше виступає товаром, ніж здоров'я як таке. Здоров'я не підлягає купівлі-продажу в тому розумінні, що його неможливо безпосередньо купити або продати на ринку, воно може бути хіба що характерною рисою товару. Отже, здоров'я — це характеристика ременів безпеки, вогнегасників, білкового хліба і т.ін., але не предмет обміну.

Здоров'я може мати лише споживчу, а не мінову вартість. Поза тим воно зазвичай може бути співвіднесене з якоюсь визначеною кількістю корисності споживачем, тобто набувачем, наприклад, змін у стані здоров'я. Саме ж здоров'я обміну не підлягає.

Так ми довели, що не здоров'я, а охорона здоров'я є предметом споживання в економічному розумінні.

До того ж не можна не зважати на першочергову увагу економістів до мінової вартості. Тож основним у цій науковій роботі є не здоров'я, а охорона здоров'я як предмет споживання, первинною характеристикою якою є здоров'я.

Охорона здоров'я продукує не саме здоров'я, а інші «вироби». Що ж до попиту, то люди прагнуть поліпшити рівень здоров'я і тому звертаються до охорони здоров'я (у нашому конкретному досліджуваному об'єкті виробничої діяльності — підприємстві «НІР» — це понад 30 тисяч звернень щороку). А їхнє бажання досягнути кращого здоров'я логічно впливає з

бажання тішитися життям з усіма споживчо-виробничими можливостями, які воно пропонує в більшому обсязі, ніж дозволив би стан неповного здоров'я. Проте проста на перший погляд схема «прагнення здоров'я — попит на охорону здоров'я» насправді виявляється складнішою, переважно через проблему браку інформації. Реальне застосування схеми «прагнення здоров'я — попит на лікування» залучає ще й додатковий попит — на інформацію про різноманітні аспекти наявного стану здоров'я, про те, яким буде поліпшений стан, про наявні методи лікування (універсальний досвід підприємства «НІР»), доступність їх, ефективність тощо. Отже, у попит на охорону здоров'я включена і невизначеність, що виводить на перший план інформаційні, а не власне лікувальні характеристики. Це підтверджується активною і продуктивною діяльністю підприємства «НІР», яке завдяки правильній організації та успішній роботі з боку керівництва в цій справі домоглося високих результатів і вийшло в число передових підприємств України. Одним словом, лікарська справа спеціалізується на інформації, і ця інформація визначає попит на ті чи інші методи лікування і споживання їх.

Невизначеність, спричинена необізнаністю з можливими методами лікування, їхньою ефективністю, незнання подробиць про стан здоров'я і т.ін. ускладнюють вибір пацієнтом (споживачем) методу лікування, адже слід звернути увагу ще й на можливу тривогу: мовляв, хибне рішення призведе до негативних наслідків у лікуванні. А ще споживання охорони здоров'я, надто коли йдеться про загрозливі для життя стани, може включати й такі характеристики, як здатність клініциста брати на себе тягар відповідальності за прийняття рішення. Тобто попит на охорону здоров'я може включати й попит на уникнення складних рішень та відповідальності за їх здійснення. Такі особливості відіграють важливу роль у «стосунках агентства», коли лікар виступає як агент, що діє на користь і в інтересах пацієнта.

Отже, від простого прагнення окремої особи поліпшити своє здоров'я ми переходимо до складнішої ситуації, де в контексті споживання охорони здоров'я це прагнення є лише особливістю складного процесу, що веде до використання охорони здоров'я. Справді, з'ясовується, що концепція традиційної неокласичної економіки, за якою споживач є сувереном, що визначає криву попиту, не завжди відповідає реальній дійсності ринку охорони здоров'я. Тут може виявитися хибним звичне уявлення про цілковиту незалежність прийняття рішень (і тих, хто ці рішення приймає) як з боку попиту, так і з боку пропозиції. Тобто розподіл «прав власності» у сфері рішень щодо вибору в охороні здоров'я може відрізнитися від загальноприйнятого уявлення неокласичної ринкової теорії про незалежність пересічного споживача.

Поняття права власності означає «схвалені поведінкові стосунки між людьми, що випливають із фактора існування речей і стосуються їх використання. Панівна система права власності загалом може бути подана як низка економічних і суспільних відносин, що визначають становище кожної окремої особи стосовно використання обмежених ресурсів» (Фарубох. Право власності).

Неокласична економіка традиційно припускає, що правом власності на рішення у сфері споживання наділено споживача, тобто це поняття свідомого споживача, який виявляє свою незалежність. В охороні здоров'я, принаймні у певних випадках, можуть бути істотні обмеження щодо масштабів істинності такого міркування.

Згадаймо тут ще одну особливість охорони здоров'я, наслідком якої є питання, наскільки теорія сподіваної корисності, а відповідно і неокласична економіка, дотичні до такого предмета споживання, як охорона здоров'я.

Це взаємозалежність функцій корисності, а точніше рівності, проблема якої постає в багатьох системах охорони здоров'я, а отже, заслуговує на пильну увагу.

Хоча рівність можна включити до неокласичної форми через введення до неї поняття зовнішніх ефектів, маємо підстави вважати такий спосіб її розгляду найкращим.

1.3. Основні принципи теорії сподіваної корисності

Основні принципи теорії сподіваної корисності, що є фундаментом неокласичної теорії попиту, передбачають наявність свідомої економічної особи, яка є незалежним споживачем, що стоїть перед вільним вибором.

Така раціональна свідомість, за традиційним визначенням, спирається на аксіоми:

— аксіома повноти: споживач здатний замовляти будь-які можливі комбінації товарів на власний розсуд;

— аксіома перехідності: якщо надається перевага А перед Б, а Б — перед В, то А надається перевага і перед В, причому під А, Б і В розуміємо низку предметів споживання;

— аксіома відбору: споживач домагається такого стану, якому віддає найбільшу перевагу.

Світ існує у вигляді різних можливих станів, з якими споживач обізнаний і з якими можна пов'язувати ймовірність явища. Корисність виникає з кінцевої реалізації одного з таких станів, а вже тоді до корисності додається вірогідність. Продукти цих вірогідностей і корисностей потім підсумовуються, у результаті чого дістаємо загальну сподівану корисність.

За формулою Гея

$$У(Цй) = \sum_{i=1}^l Пй У(Аій),$$

де $У(Цй)$ — сподівана корисність у поєднанні з вибором (Ц) окремої особи (й);

(Аій) — наслідок вибору (Цй) окремою особою за наявності стану (і);

$У(Аій)$ — корисність, пов'язана з Аій;

$Пй$ — вірогідність наявності стану (і);

l — кількість можливих станів світу, коли $i = 1, 2 \dots l$.

По суті, беручи спершу світ визначеності, припускаємо, що споживач наділений правом власності в низці дій, де він:

а) зважає вартість споживання, що звичайно включає ціну самого товару, а також інші ціни (наприклад, вартість часу);

б) сам повністю сплачує вартість у момент споживання, тобто передбачаються сторонні субсидії, відсутнє страхування;

в) оцінює вигоду — сповна поінформований, свідомий, незалежний споживач визначає здобутки від свого споживчого вибору, виходячи з тієї загальної засади, що він сам найліпше здатний визначити, наскільки корисні ці здобутки;

г) отримує вигоду — споживач одержує здобутки корисності безпосередньо від споживання;

д) приймає рішення — на підставі а) — г) свідомий і сповна поінформований споживач вибирає, чи йому споживати, а якщо так, то що і в якій кількості. Як правило, з власне прийнятим рішенням як таким не пов'язують можливості зиску або втрати, за винятком того, що неспроможність вирішувати може часом розцінюватися як така, що призводить до втрати корисності, тобто в самій свободі вибору є корисність.

Теорія сподіваної корисності припускає для індивідуального споживача суверенну позицію і здатність визначити корисність, пов'язану з усіма відповідними наборами кінцевих наслідків. За такого підходу носіями корисності виступають лише кінцеві наслідки, що безпосередньо впливає з наслідкового утилітаризму теорії сподіваної корисності та неокласичної економіки.

Стосовно ризику й відповідних вірогідностей теорія сподіваної корисності висуває умову сумарності, єдності всіх вірогідностей. Далі, як правило, припускається, що індивіди негативно ставляться до ризику, внаслідок чого функція корисності набуває ламаної від початку до кінця форми.

Мною окреслена основа теорії сподіваної корисності, що є наріжним каменем неокласичного (новітнього) аналізу попиту. Фундаментальні розробки цієї теорії здійснені російським вченим-економістом, академіком Л.І. Абалкінім. «Цілком очевидно, — як визначає Леонід Абалкін, —

що чимало предметів споживання у кращому разі несповна вкладаються в парадигму».

Саме цю особливість виходу на ринок товарів і послуг підприємства «НІР» (сучасні медичні препарати) ми спостерігаємо повсякчас у діяльності останнього через прямі стосунки зі споживачами.

1.4. Охорона здоров'я, інформація та страхування

Як організатор виробництва суперсучасних медичних препаратів і керівник виробничого підприємства «НІР» вважаю за необхідне ґрунтовно висловити свої міркування з приводу інформації та страхування в системі охорони здоров'я, щоб змістовно підійти до викладу наступних розділів роботи.

У процесі споживання охорони здоров'я значна частка незалежності споживача, передбачена теорією сподіваної корисності, втрачається або перероджується. Часто в охороні здоров'я розподіл прав на прийняття рішень виявляється відмінним від того, що припускається традиційним економічним аналізом. Звісно, окремий споживач таки одержує свою корисність, проте його незалежність буває меншою, хоч і по-різному: і щодо оцінки та сплати коштів, і щодо оцінки вигоди і прийняття рішень; зважаючи на важливість зовнішніх вигод в охороні здоров'я, можна доводити, що зменшується навіть одержання корисності для пацієнта. Крім того, корисність у споживанні охорони здоров'я не обов'язково має форму кінцевої корисності, пов'язаної зі змінами у стані здоров'я, а може мати й різноманітні форми корисності, пов'язаної з інформуванням та прийняттям рішень самих по собі.

Звичайно, кінцевий наслідок, якого споживач прагне домогтися, пов'язуючи його з одним із можливих станів світу, — це поліпшення здоров'я. Для реалізації цієї мети йому може знадобитися інформація про його теперішній стан здоров'я, а також можливі методи лікування та їх ефективність. У стані невизначеності та з огляду на невизначеність наслідків пацієнт охоче доручає лікареві прийняття рішення. На це пацієнта штовхає страх помилитися і потім нести тягар усвідомлення помилковості свого вибору.

Ступінь вираженості таких аспектів охорони здоров'я, які поліпшують здоров'я, надають інформацію та беруть на себе делеговане споживачем прийняття рішень, варіюється залежно від низки факторів, серед яких і особливість конкретної форми охорони здоров'я, що підлягає розгляду, й індивідуальні риси конкретного лікаря і пацієнта.

Ми переконалися в тому, що охорона здоров'я як предмет споживання має гетерогенний, а також виражений проміжний характер у

тому розумінні, що її масу не споживають як таку. На практиці поєднання гетерогенного та проміжного характерів здатне обмежити вагу гетерогенності.

Додаткова складність поняття інформації полягає у необхідності відрізнити її від знання. Тоді як інформацію можуть надати лікар і служба охорони здоров'я взагалі, пацієнт її (інформацію) не завжди може перетворити на знання — від інформації, ґрунтовно опрацьованої, що зберігається впродовж певного часу.

Відповідно надання інформації не обов'язково підвищує знання. Зокрема, це стосується особливих втручань у стан здоров'я, а причина цього — обумовлене нерегулярною природою охорони здоров'я використан-

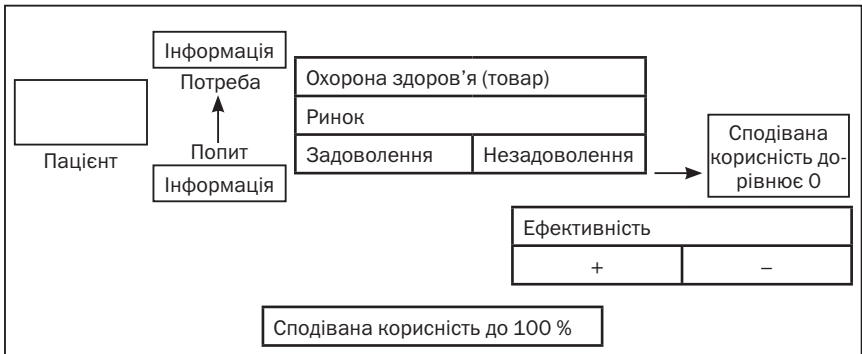


Рисунок 1.2

ня багатьох її форм. Коли інформація надто багато означає для особистого нездоров'я пацієнта, йому важко зберігати достатню об'єктивність, щоб цю інформацію переробити на безстороннє об'єктивне знання.

З цієї та інших причин природу охорони здоров'я як предмета споживання дві сторони «ринку» сприймають по-різному, зважаючи на відмінність попиту і пропозиції.

Цілком очевидно, що попит і пропозиція існують у відмінних перспективах, і то з цілої низки причин.

Зважаючи на все зазначене вище, бачимо, що охорона здоров'я, як і інші предмети споживання, не задовольняє цілком положенням теорії сподіваної корисності.

Саме в царині охорони здоров'я це спричиняють в основному дві тісно сплетені обставини, також пов'язані з поняттям інформації. Перша обставина — саме охорона здоров'я значною мірою є інформацією. Друга обставина — індивід, зокрема, може потребувати споживання певної ха-

рактеристики охорони здоров'я (інформації), перш ніж набуде здатності знаходити достатньо обґрунтовані для прийняття рішень прагнення.

Важливою формою користування заходами охорони здоров'я є страхування, за якого частина збитків, завданих погіршенням стану здоров'я, розподіляється серед групи осіб. Страхування виявляється насправді неминуче «статистично несправедливим». Статистично справедливе страхування передбачає виплату страхової премії M на покриття MX . Воно несправедливе почасти через те, що страхові організації (за прикладом розвинутих країн) змушені «довантажувати» страхові премії на покриття адміністративних видатків. А проте страхування є статистично несправедливим через поширене небажання індивідів ризикувати перед загрозою можливих непередбачених подій.

Дослідити дані положення на прикладі України немає можливості, оскільки страхова медицина у нас відсутня і, на жаль, не практикується.

Але нам необхідно усвідомлювати з огляду на розвиток охорони здоров'я в Україні у майбутньому, що страхуванню підлягають лише ті аспекти, які справді можна компенсувати грошима.

Страхування здоров'я, так само як і охорона здоров'я, є предметом торгівлі, чим не є саме здоров'я (про що сказано вище).

Навіть більше: здоров'я як таке не підлягає страхуванню; йдеться хіба що про можливість фінансового відшкодування індивідові частки його стану здоров'я. Наприклад, індивід не може застрахуватися на випадок втрати вигоди, пов'язаної із втратою життя, оскільки неможливо одержати фінансову компенсацію за власну смерть.

Страхування часто виникає як результат непередбачуваності погіршення стану здоров'я, а не внаслідок непередбачуваності й ефективності охорони здоров'я або нерегулярності споживання. Тим-то страхування звичайно покриває кошти на охорону здоров'я незалежно від ефективності, за винятком тих обставин, коли неефективність функціонально зумовлена недбалістю. Надалі це означає, що невизначеність ефективності лікування, як правило, не покривається страхуванням.

Страхування здоров'я як предмет споживання більше підпадає під твердження теорії сподіваної корисності, ніж інший товар — охорона здоров'я. Це, з одного боку, видається дивним через відносну спорідненість і логічний зв'язок у низці понять — здоров'я, охорона здоров'я і страхування здоров'я. Однак, з іншого боку, не так і дивно, якщо пояснити термінологічну умовність, страхування здоров'я більшою мірою страхує витрати на охорону здоров'я. Тобто за мету ставиться забезпечення не стільки стану здоров'я на належному рівні, скільки стану доходів.

Тож страхування здоров'я як предмет споживання краще задовольняє теорії сподіваної корисності, оскільки ця теорія досить близька до цієї реальності, коли взяти до уваги, що найчастіше страхуванням здоров'я покриваються саме витрати на охорону здоров'я. Отже, страхування здоров'я органічніше, ніж охорона здоров'я, підпорядковується парадигмі неокласичної економіки.

1.5. Вимірювання ефективності

Зиск і збитки, прибутки і затрати, як правило, вимірюються, зважаючи на споживчий надлишок. Ці вимірювання виходять із «суверенності» споживача. Споживчий надлишок, звичайно, вимірюється компенсативним коливанням (КК). Це — максимум того, що споживач ладен виплатити за вигоду, або мінімум того, що споживач готовий одержати як компенсацію певних збитків. Таким чином, КК вимірюється з урахуванням дійсного рівня споживача корисності.

Альтернативним показником є еквівалентне коливання (ЕК). Це мінімум того, що споживач ладен отримати за відмову від вигоди, або максимум того, що споживач готовий сплатити, ніж зазнати збитків. Тож ЕК вимірюється з урахуванням нового рівня споживача корисності.

І, як наслідок, маємо:

— КК потенційних прибутків = ЕК потенційних затрат.

— КК потенційних затрат = ЕК потенційних прибутків.

КК і ЕК розходиться там, де є «ефект доходу», тобто перехід на вищий рівень реальних доходів через одержання вигоди або на нижчий рівень через виплату вартості, що змінює реальний дохід споживача, оцінку благ як надбаних, так і втрачених.

Так, для звичайних благ $ЕК > КК$, а для благ нижчої якості $КК > ЕК$.

Принципи вимірювання споживчого надлишку подаються на рис. 1.3.

Зростання споживчої кількості від D_1 до D_2 оцінюється як заштрихована площа, зважаючи на те, що ця крива попиту демонструє оцінку суб'єктом попиту граничної одиниці продукції у кожній кількості. Хоча

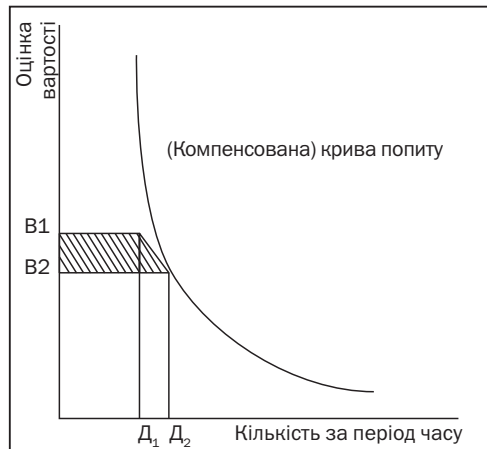


Рисунок 1.3

теоретично компенсована за реальним доходом крива попиту не така, що її можна виміряти змінами цін на певний товар, але на практиці, якщо зміни цін незначні, ефектами доходу можна знехтувати і площа під некомпенсованою кривою попиту чудово служитиме за досить точний показник.

Насправді ефект доходу звичайно не беруть до уваги, і більшість досліджень вимірюють прибутки і затрати за готовністю платити або одержувати компенсацію, тобто КК. Усі КК можна завжди визначити за вищевказаною схемою. У своїй практичній діяльності автор даної роботи по можливості користується цією унікальною методикою.

1.6. Система оплати в медицині

Висловлюю своє бачення шляхів удосконалення системи оплати праці в установах охорони здоров'я, виходячи з реалізації запропонованої автором програми розвитку медицини в Україні.

Безумовно, форма оплати праці різних працівників у системі охорони здоров'я може позначитись на їхній поведінці, з точки зору як ефективності, так і рівності. У цій частині я хочу запропонувати механізм фінансування лікарень і оплати лікарської праці, використовуючи багаторічні надбання і великий досвід передових країн світу. Практика показує, що ефективність і рівність аж ніяк не є найпершими вимогами при виборі системи оплати. Значно частіше, зокрема стосовно фінансування лікувальних закладів, адміністративні міркування, як видається, переважають усі інші.

Центральна економічна проблема будь-якої системи оплати — це намагання побудувати її в такий спосіб, який надавав би належні спонукальні (гальмівні) мотиви для сприяння (запобігання) певним типам поведінки серед різних медпрацівників і дозволяв би досягти визначеної мети (такої, як ефективність). В охороні здоров'я у світлі цієї проблеми основні труднощі пов'язані з вимірюванням обсягу виконаної роботи, якщо це забезпечує переважно поліпшення стану здоров'я.

Клінічна свобода дозволяє кожному лікарю на власний розсуд визначати, як діяти на благо пацієнта. Звичайно, таку свободу обмежують норми етичного кодексу. Але, як з'ясовано раніше, етичний кодекс пропонує визначальні лінії поведінки, а не розписує крок за кроком її детальний протокол. Отже, у межах, що визначені нормами фахової етики, можливі варіанти поведінки лікарів. Досить додати до цього проблеми вимірювання стану здоров'я, і труднощі у виборі найефективнішої системи оплати стануть очевидними.

Найпоширенішими способами фінансування лікарень можуть бути такі:

- глобальне бюджетне фінансування;
- орієнтація на щоденну норму оплати;
- фінансування за діагностично спорідненими групами.

У разі глобального бюджетного планування лікарня отримує розпланований кошторис фондів, за яким і має здійснювати всі витрати (за винятком іноді лікарської платні) протягом окресленого періоду (найчастіше рік). Такий бюджет згодом лягає в основу фінансового плану, в рамках якого належить діяти керівництву лікарні. Звичайно, створюють також у тій чи іншій формі додаткові фонди, до яких можна звертатися протягом року, наприклад, на випадок спалаху епідемії тощо. У такий спосіб відбувається фінансування лікарень у Великобританії, Данії, Люксембургу; подібний принцип лежить в основі механізму утворення фондів канадських лікарень.

Масштаб припустимої перевитрати відповідно позначатиметься на здатності системи успішно контролювати кошти. Заведено, що не витрачені за певний період бюджетні кошти належить повертати фінансуючій організації. Не дивно, що недовикористання коштів у такій системі — явище відносно рідкісне.

Успіх функціонування такої системи залежатиме від цілої низки факторів, з яких не останнім є механізм, або формула, визначення розмірів бюджету. Якщо спосіб визначення дає можливість посилити ефективність і уникнути неефективності, він становитиме вигоду підходу як такого. На практиці сприяння підвищенню ефективності утруднене.

Якщо спосіб визначення дає можливість не посилювати ефективність, щоб попередити погіршення ефективності, на практиці він виглядає програмним. Проте здійснювані спроби, як, наприклад, в Об'єднаному Королівстві, створили серії «показників виконання», які б допомагали визначити ступінь ефективності, продемонстрований різними агентами, включаючи лікарні. Такі показники, щоправда, стосуються майже виключно проміжного продукту виробництва, як, наприклад, термін і вартість перебування одного пацієнта у стаціонарі. Цілком очевидно, що лікарні, функціонуючи добре за показниками, які не включають безпосередньої згадки про стан здоров'я, можуть домогтися, наприклад, низької вартості перебування пацієнта у стаціонарі наданням низької якості медобслуговування. Отже, затвердження неадекватних показників у перспективному бюджетному плануванні загрожує появою спотворених стимулів до ефективності. Звичайно, таку систему

глобального перспективного бюджетування можна застосувати, прагнути досягти регіональної рівності.

Важливо також зазначити, що лікарняне фінансування за бюджетним принципом, здійснюване незалежно від фінансування інших оздоровчих і соціальних підрозділів (наприклад, закладів охорони дитинства, притулків для старих), може призвести до того, що будь-яка спроба піднести ефективність у лікарняному секторі одночасно посилюватиме неефективність в іншому (інших).

Особливо така ситуація характерна для систем, де окремі сектори охорони здоров'я мають роздільне фінансування (наприклад, стаціонари і терапевти загальної практики). Так, у Великобританії, де склалась подібна ситуація, адміністрації місцевих оздоровчих підрозділів, фінансово відповідальні за лікарні, але не за загальних терапевтів, мають спонукальні мотиви для «списання» якомога більшого числа витратних статей на загальних практиків.

Широко застосовують механізм фінансування за щоденною нормою, за яким лікарні одержують ретроспективне відшкодування за фінансовою нормою витрат на один день, проведений пацієнтом у стаціонарі. Норма часом коливається відповідно до характеру захворювань і особливостей пацієнтів або типу лікарні (наприклад, невідкладної допомоги або геріатрична).

Не важко простежити, що ця система також здатна негативно позначитися на ефективності. Керівник лікарні швидко зорієнтується, що половина пацієнтів з подвоєним терміном перебування забезпечать той самий рівень доходу, але з огляду на те, що найдорожчими, як правило, є перші дні перебування — нижчий рівень витрат. Крім того, якщо норми витрат на різні категорії пацієнтів мають незначні коливання, може виникати потреба у створенні переваг чи перешкод для госпіталізації певних категорій пацієнтів, виходячи з фінансової «зручності». Вдосконалення цієї позиції передбачає процес детальної калькуляції витрат, застосування якого може бути невиправданим. Слід, щоправда, зауважити, а особливо для тих лікарняних систем, які не виписують рахунків за надання медичних послуг, що капіталовкладення в розвиток лікарняної калькуляції в більшості промислово розвинутих країн і в будь-якій з країн, що розвиваються, майже завжди виправдане. Загальний стандарт лікарняного бухгалтерського обліку й калькуляції витрат насправді дуже низький.

Можна створити мішану систему, оплачуючи за щоденною нормою основні готельні зручності і, припустимо, витрати на догляд, а суто медичні послуги (такі як призначення ліків, лабораторні аналізи) — за прин-

ципом «гонорар за послугу». Такий процес здатний відобразити ціноутворення на ґрунті граничних витрат. Однак знадобиться дуже детальна процедура калькуляції навіть для наближеного визначення граничної вартості кожної послуги в кожній лікарні.

Альтернативний спосіб — відшкодування витрат виходячи з середньої граничної вартості по всіх фінансових лікарнях. Оскільки гранична вартість є функцією рівня продукції, важко встановити, якою була, буде чи може бути (залежно від того, йдеться про перспективне чи ретроспективне фінансування) середня гранична вартість.

Крім того, лікарні, у яких гранична вартість на послуги нижча за середню граничну, намагаються поширити подібну послугу за рівень її технічної ефективності або використати надлишок для підтримання шляхом перехресного субсидування іншої послуги, вище від рівня її ефективного функціонування.

Проте в принципі на таку систему є чималий попит з огляду на її наближення до ціноутворення за гранично високою вартістю. Недоліки системи полягають у практичних труднощах її втілення.

Розглянемо схему функціональної залежності рівня медичного обслуговування від граничної вартості.

Почасти саме для усунення цих недоліків у США запроваджено систему відшкодування витрат за діагностично спорідненими групами, фінансування лікарень здійснюється за сукупністю медичних випадків, коли певному типу історії хвороби (діагностично споріднена група) відповідають певні кошти, незалежно від того, як у конкретній лікарні лікують конкретного хворо-

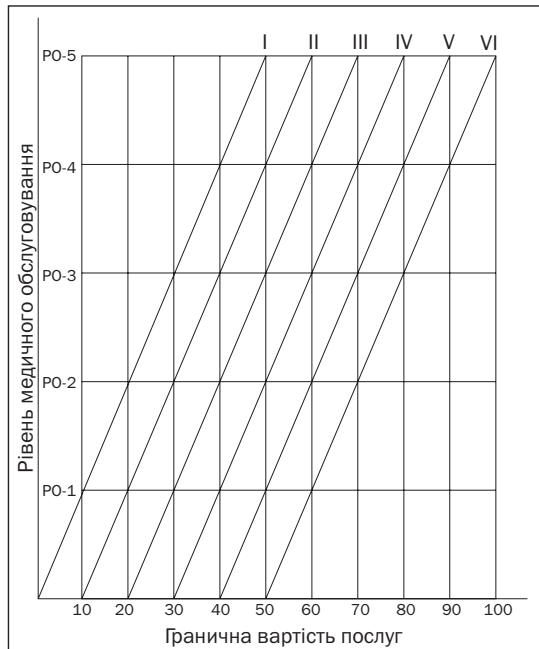


Рисунок 1.4. Функціональна залежність рівня медичного обслуговування від граничної вартості послуг

го. На практиці до уваги беруть деякі інші фактори, такі як вік пацієнта, методи лікування. На жаль, українській системі охорони здоров'я треба пройти складний шлях комплексного реформування, щоб підійти до запровадження такого варіанту системного підходу до фінансування медичних закладів.

Безумовно, така система має свої переваги, зважаючи на те, що стосовно конкретних пацієнтів припустима «законна» індивідуалізація відповідно до ступеня тяжкості захворювання тощо. Проте можуть виникнути сумніви щодо того, наскільки широко застосовують такий індивідуальний підхід на практиці.

Що показує емпіричний досвід? Найліпший зразок впливу перспективного планування бюджету єдиним блоком надає, напевне, Канада. Лікарні там є незалежними закладами, створюваними на добровільні пожертвування, а фінансуються вони переважно урядами провінцій (в умовах України — регіональними органами державної влади) за перспективним бюджетом. Варто зазначити, що бюджет покриває переважну частину усіх витрат.

У 60-ті роки системи охорони здоров'я Канади і США були дуже подібними, майже однаковим був показник ВВП, який обидві країни витрачали на охорону здоров'я. Проте у 1971 році системи охорони здоров'я цих країн почали розвиватися у різних напрямках, оскільки у Канаді від того часу розпочато запровадження національної програми страхування здоров'я. У США витрати на охорону здоров'я і далі зростали до 10,8 % від ВВП, у Канаді відсоток від ВВП на охорону здоров'я зупинився на рівні, трохи вищому за 7 %.

Що сталося в Канаді?

Видається, що завдяки змінам в організації охорони здоров'я, розпочатим 1971 року, стало можливим забезпечити повніший контроль витрат на охорону здоров'я. Коефіцієнти використання виробничих потужностей (як, наприклад, кількість лікарняних ліжок-днів на душу населення) стабілізувалися після попереднього невпинного зростання; відносний зарібок медичного персоналу збільшився. Зростання інтенсивності, вимірюване індексом кількості лікарняних послуг на один день перебування хворого у стаціонарі, уповільнюється на початку 80-х років. Сьогодні ще рано стверджувати, чи усе це призвело до підвищення, чи до зниження ефективності «недовкладення коштів», до інших позитивних чи негативних змін.

Як нами було зазначено вище, визначальною рисою канадської системи охорони здоров'я є перспективне планування єдиним пакетом бюджетів лікарень. Державній владі в Україні, як на мою думку, слід запозичити цей досвід передової країни світу у практичній діяльності з перебудови і вдосконален-

ня системи охорони здоров'я нашої держави. Ця система не лише допомагає стримувати зростання витрат, але й за умови належного використання може сприяти підвищенню технічного забезпечення та раціональному розміщенню ресурсів, а також ефективному розподілу прав вибору рішення. Питання законного розподілу прав власності на вибір рішення є визначним в охороні здоров'я. Незалежно від загального рівня витрат на охорону здоров'я передача права на вибір рішення тим, хто спроможний здійснити цей вибір належним чином, є важливою характеристикою будь-якої системи. Система перспективного бюджетного планування може сприяти також свободі клініциста як фахівця.

Розглянемо показники реальної зарплати медпрацівників України порівняно з передовими країнами світу за 1990–1999 рр.

З наведених даних видно, що станом на 01.01.1990 року рівень реальної заробітної плати медичних працівників США, ФРН, Франції був у 25–30 разів вищий, ніж в Україні.

За останні 9 років внаслідок економічної кризи, занепаду охорони здоров'я, інфляційних процесів реальна заробітна плата медпрацівників України знизилась порівняно з 1990 роком у 8,9 раза, у той час як у згаданих вище країнах вона поступово зростала на 30–40 %.

Дискусія про лікарняне фінансування вражає двома обставинами: поперше, поступ на цьому фронті економісти не пов'язують з розвитком медичного аудиту й так званої «перевірки рівного» (перевірка аудитора іншими аудиторами). Принаймні якоюсь мірою ескалація цін в охороні

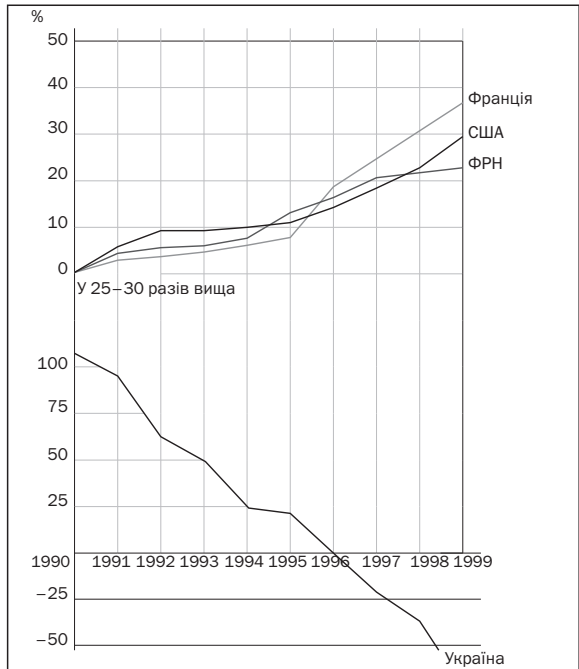


Рисунок 1.5. Реальна зарплата медпрацівників України за 1990–1999 рр. порівняно із зарубіжними показниками

здоров'я виникає внаслідок надмірної варіабельності поведінки лікарів. Обмеження цієї варіабельності в належний спосіб могло би зменшити вартість медичних послуг чи підвищити якість медичної допомоги. По-друге, недостатньо уваги приділяється зв'язку між лікарняним фінансуванням і оплатою праці лікарів. Розглянемо дане питання.

Загальноприйнятими в цивілізованому світі є три основні способи оплати лікарської праці: за принципом «гонорар за послугу», виходячи з кількості обслуговуваного населення і за твердою платнею. У першому випадку лікар отримує обумовлену платню за кожну здійснену фахову послугу, причому гроші виплачує або безпосередньо пацієнт, або третя сторона — фінансовий фонд. Розмір винагороди визначають різними способами. Так, у США приватне страхування — найпоширеніші і прийнятні розміри винагороди. Інші країни, що практикують таку форму лікарської праці, виходять із попередньо визначених тарифів, які встановлюють після переговорів між фінансовими агенціями (найчастіше — страховими компаніями) і постачальниками (медичним закладом, що захищає інтереси лікарів).

Виходячи з кількості населення на дільниці обслуговування оплачується, скоріше, можливість лікування у фахівця, аніж лікування як таке. Так, наприклад, суттєва частка заробітної плати терапевтів у НСЗ Об'єднаного Королівства обчислюється подушно, за фіксованим нарахуванням відповідно до кількості охопленого на практиці населення. Лікар одержує платню незалежно від того, звертаються до нього пацієнти чи ні, і незалежно від частоти звернень. Подібна система оплати поширена в організаціях підтримки здоров'я США, де лікарі погоджуються надавати певні види медичних послуг, коли виникає потреба, за фіксовану подушну оплату.

Нарешті, існує механізм винагороди у вигляді твердої платні, яку лікарі одержують за виконання широкоокресленої ролі, а не за низку конкретних послуг. Розмір заробітної плати також найчастіше визначають шляхом переговорів між медичним об'єднанням і фінансовим органом. Зазвичай рівень її залежить від віку, досвіду і відповідальності завдань конкретного лікаря.

Деякі види діяльності видаються придатнішими для певного виду оплати. Наприклад, у стоматології дуже поширена оплата за принципом «гонорар за послугу», навіть у громадській системі охорони здоров'я, принаймні почасти, оскільки у стоматології обчислити виробіток простіше, ніж в інших галузях медицини. Останніми роками оплата стоматологічної допомоги (наприклад, в Об'єднаному Королівстві) виявила тенденцію до інших форм, як, наприклад, тверда платня або подушна за кількість населення на дільниці. Зокрема, це можна пояснити наступом профілактичної

стоматології, що скоротила захворюваність на карієс і відповідно частоту звернень до стоматолога з приводу загострення патологічного процесу, а отже, й прибутки фахівців. Справді, лікарі стаціонарів одержують тверду платню або оплату за принципом «гонорар за послугу», тоді як терапевти загальної практики — подушну оплату за кількість населення на дільниці. Фахівці суспільної медицини зазвичай одержують фіксовану платню.

Чи має значення форма оплати лікарської праці? Найвірогідніша відповідь — так. Терапевт загальної практики більше схильний самостійно лікувати пацієнта з приводу певного захворювання, аніж направляти його до стаціонару, якщо цей терапевт одержує платню за принципом «гонорар за послуги», на відміну від ситуації, коли він одержує фіксовану платню або подушну оплату за кількість населення на дільниці. Це відповідатиме дійсності незалежно від того, чи прагне лікар максимального прибутку, чи максимальної корисності, оскільки в останньому випадку гонорар позначиться на обміні доходу з тим, що визначає функцію корисності. Щоправда, ефект коливання рівня платні залежно від суспільної політики може виявитись різним залежно від направленості максимізуючих прагнень лікаря. З'являється також виключно негнучкий попит, або точніше, брак до речності концепції попиту як обмежувача постачання. За таких обставин позиція лікаря дозволяє йому диктувати ціну. А надто тоді, коли неетичним вважають оголошення лікарями інформації щодо своїх гонорарів.

Зважаючи на слабкість конвенційного поняття попиту, здатність лікаря диктувати ціну, усе це аргумент на користь того, щоб не платити лікареві за принципом «гонорар за послугу», а особливо якщо лікар сам встановлює ціни. Принаймні частина цих аргументів залежить від того, чи «додаткове лікування сприяє, чи перешкоджає ефективнішому використанню ресурсів охорони здоров'я». Обумовлений постачальником попит не завжди спричиняє зниження ефективності й не завжди є неетичним. Не маючи всієї необхідної інформації стосовно ефективності лікування й альтернативної вартості використання, про це не можна судити з певністю. Тим більше, якщо йдеться про реформи в Україні.

Подушна оплата і тверда платня мають очевидний недолік — недостатньо спонукають до лікування пацієнтів. Якщо лікар має змогу передоручити хворого в рамках системи, не втрачаючи заробітку, він це зробить, зважаючи на інші фактори, що визначають його поведінку. Лікар стаціонару, отримуючи тверду платню, за однакової кількості ліжок скоріше залишатиме пацієнтів на довший термін у стаціонарі, аніж збільшуватиме показник роботи ліжок, якщо перше передбачає менший обсяг роботи і не позначається на доходах.

Важко визначити, яка система оплати є оптимальною. Щоправда, практичний досвід свідчить про відмінності в коефіцієнтах використання виробничих потужностей за різних систем оплати. Зокрема, принцип оплати «гонорар за послугу» сприяє зростанню коефіцієнтів використання. Складніше знайти матеріали, що б поєднували коефіцієнти використання з інформацією про стан здоров'я.

Одна риса економіки здоров'я варта особливої уваги — неокласична економіка у літературі США. А оскільки американська література взагалі домінує в економіці здоров'я, то неокласичний аналіз застосовується в усіх присвячених охороні здоров'я працях, але він не є всеохоплюючим. Так, у Канаді фахівці розуміють, що справді являє собою «ринок» охорони здоров'я, не намагаючись втиснути його у те, що часом видається потенційно вільним, але водночас чітко окресленим економічним простором.

Справді, неважко зрозуміти, як конкуренція, а з нею неокласична економіка можуть перетворитися на цілі охорони здоров'я замість засобів їх досягнення.

У ході дискусії навколо конкуренції дедалі очевиднішим стає, що це питання може мати різні вирішення в різних культурах внаслідок різноманітності діючих систем цінностей та різних аргументів стосовно відповідних функцій добробуту. Відтак особливої актуальності набуває наша попередня характеристика охорони здоров'я як товароспоживання.

Однією з найцікавіших особливостей організації охорони здоров'я чотирьох коротко розглянутих систем є очевидна й докорінна їх відмінність. А оскільки всі чотири системи одночасно не можуть бути «правильними», виникає питання: яка з них найкраща? Звісно, чимало залежить від того, що розуміти під поняттям «правильний» і «найкращий». Зрозуміло, що перше поняття певним чином пов'язане з економічною ефективністю, а друге — з організацією економіки, що дозволила б оптимально використовувати обмежені ресурси охорони здоров'я.

Вище ми детально обговорили природу й найрізноманітніші характеристики охорони здоров'я як предмета споживання. У процесі обговорення з'ясовано, що традиційний неокласичний ринок не в змозі впоратися з охороною здоров'я. Але якщо ринок зазнає поразки, перед нами постає питання: як досягти успіху? Цілий спектр можливих відповідей можемо вмістити в одній узагальнюючій фразі — «ринок на противагу державі». Якщо ринок зазнає поразки, то чи можна вирішити долю охорони здоров'я, штучно підтримуючи і регулюючи ринок або шляхом повного заміщення ринку спільною власністю на служби охорони здоров'я?

Відповіді на питання, що є «найкращим», дамо змогу читачеві. Проте у формуванні такого судження доречними виявляються чимало факторів. З огляду на те, що ми з'ясували в попередніх розділах, важко визначити можливість існування повноправних відмінностей функцій корисності у системі охорони здоров'я для пацієнтів.

Інакше кажучи, ключовим питанням є більша ефективність австралійської системи порівняно з британською або перевага рівності в канадській системі порівняно з системою у США. Питання стоїть інакше: виходячи із завдань служби охорони здоров'я, наприклад, Канади, наскільки досконалим її виконує існуюча там система?

Одна з головних проблем тут — визначення завдань системи охорони здоров'я, принаймні на такому рівні, який би дозволяв перевірити ступінь виконання цих завдань. Наприклад, саме на таку проблему наштовхнулася НСЗ Об'єднаного Королівства, запроваджуючи «показники виконання», які були розроблені й використовувались без чіткого усвідомлення, здійснення яких саме завдань відображають ці показники. Зрозуміло, це не просто, але необхідно.

Обговорення завдань охорони здоров'я є необхідною, але все ж недостатньою умовою для оцінки діяльності різних систем. Необхідною умовою також є збирання відповідних об'єктивних даних.

Так, незважаючи на величезні потенційні можливості для оцінки різноманітних зрушень у сучасній Австралії, цілісної оцінки немає, тому що збору потрібних даних не надавали оперативної ваги.

Так само складно оцінити перехід США до зростаючої конкуренції, складніше, ніж у тому випадку, якби завдання охорони здоров'я в США було чіткіше окресленим. Перекладати відповідальність за неадекватність медичного обслуговування незаможних громадян на державу, виправдовуючи систему конкуренції, припустимо лише за умови, що мету досягнення рівності виключено із завдань цієї конкурентної системи.

Дуже переконливо висловився про розбіжність завдань у різних системах Кальєр. Варто процитувати деякі з його суджень. Зокрема, автор змальовує дві ідеалістичні точки зору на охорону здоров'я. Перша ґрунтується на принципі суверенітету споживача в умовах децентралізованого ринку, де доступність охорони здоров'я є вибірковою, відповідно до готовності і здатності платити. Шлях досягнення цього суверенітету лежить через приватне страхування; у такий спосіб застраховані особи дістають певний обсяг послуг почасти безплатно на час споживання; засоби виробництва можуть залишатись приватними, а державний контроль за бюджетом і розподілом ресурсів — мінімальний: прибортки постачальників визначає ринок.

Інший погляд ґрунтується на принципі, згідно з яким доступність охорони здоров'я може бути вибірковою відповідно до її ефективності для поліпшення здоров'я (потреба). Шлях до поліпшення здоров'я населення в цілому лежить через податково-фінансову систему, яка гарантує безплатну охорону здоров'я. Система забезпечує централізований контроль бюджетів і суспільну власність на засоби виробництва фізичне керівництво ресурсами, а також дозволяє використання компенсуючої сили монополії для впливу на доходи постачальника.

Припускається можливість чіткого розмежування протилежних етичних систем, на яких слід побудувати структуру охорони здоров'я.

Перша система передбачає доступність охорони здоров'я на умовах, подібних до умов доступності решти предметів, що цінує суспільство (продукти харчування, житло, засоби відпочинку); предметів, що становлять частину суспільної системи винагород. Інша розглядає доступність охорони здоров'я як невід'ємне право громадянина нарівні з доступністю бюлетеня для голосування або суду, прав, що залежать від особистих доходів і добробуту.

Потенційно це дуже зручний теоретичний підхід до системи охорони здоров'я і дискусії навколо неї. Проте ми схильні звернутись до специфічних питань, конкретних з погляду функції корисності, зокрема таких, як стан здоров'я, принцип рівності й ризик у виборі рішень. Усі ці питання потенційно актуальні для вибору тієї чи іншої системи, хоча в деяких суспільствах вага того чи іншого зі згаданих вище факторів може дорівнювати нулю або наближатись до нуля. Наприклад, наукова література США схиляється до неокласичного бачення світу, що включає свободу вибору системи охорони здоров'я (на відміну, можливо, від охорони здоров'я) як аргумент у функції корисності. Це питання може набрати нуль ваги у коментаторів, які обговорюють заслуги НСЗ Об'єднаного Королівства.

Спробуємо послідовно обговорити кожен з аргументів: стан здоров'я, принцип рівності і ризик у прийнятті рішень. Щодо стану здоров'я питання, найвірогідніше, стоїть так: яких успіхів домагаються різні системи охорони здоров'я з точки зору їх ефективності? Це, на перший погляд, просте питання виявляється досить складним, коли йдеться про те, щоб визначити реальне значення охорони здоров'я, оскільки на нього впливають інші численні перемінні.

Значно простіше відповісти на питання про те, як саме різні системи охорони здоров'я використовують свої ресурси. Наприклад, які системи орієнтуються на стаціонарну допомогу, а які віддають перевагу родинним лікарям? У яких поширилась ідея профілактичної медицини, а у яких переважає розвиток високих технологій?

Аарон і Шварц зробили спробу відповісти на такі запитання, порівнюючи охорону здоров'я у США і в Об'єднаному Королівстві. Бюджетні обмеження НСЗ, як припускають автори, призвели до «урізування» окремих видів медичних послуг — таких, що вимагають високоспеціалізованого персоналу і складного обладнання, таких, що їх необхідність для пацієнта не є очевидною (як приклад автори наводять комп'ютерну томографію); медичного обслуговування старих; методів лікування, що вимагають значних бюджетних витрат; видів лікування, після яких якість життя залишається низькою.

Основна відмінність між американською та британською практикою, до речі, полягає у схильності американців вважати, що лікування для хворих завжди на краще, а ми не зовсім із ними згодні, адже у випадку онкологічних захворювань це не зовсім так.

Пацієнти в Англії, можливо, менш обізнані, ніж пацієнти у США, унаслідок чого вони менш готові до того, щоб вимагати процедури чи лікування, про які чули або читали. Врешті решт, в Англії спостерігається менше так званого висловленого попиту на певні форми втручання.

Значно складніше з точки зору стану здоров'я оцінити відмінність пацієнтів у різних країнах з огляду на їхнє ставлення до корисності втручання як аргументу, незалежного від будь-яких подальших змін у стані здоров'я. Значення такої форми процесової корисності можуть мати суттєві відмінності в різних країнах.

Поряд з ефективністю існує такий аспект проблеми охорони здоров'я, як рівність. Безумовно, рівність є набагато очевиднішою метою для НСЗ Англії, ніж для системи охорони здоров'я США, хоча, як бачимо, вона аж ніяк не відсутня у США.

Ідея рівності має значно більшу вагу у функції корисності британських підданих, ніж американських громадян.

Хоча клінічна свобода присутня в обох системах, її роль ширша в Англії, де лікарні змушені виконувати «воротарську» роль, не лише оцінюючи ефективність лікування, але й забезпечуючи рівний розподіл обмежених засобів охорони здоров'я у групі пацієнтів, з яких не кожен може одержати оптимальне медичне обслуговування. Чи варто віддавати клініцистові права власності на цей аспект вибору рішень? Дане питання заслуговує детальнішого обговорення.

Нарешті, що стосується перекладання на особу ризику у виборі рішення, вага цього питання й успіх його рішення сильно коливаються в різних системах. З огляду на переважання принципу оплати «гонорар за послугу» у медицині США можемо припустити, що це спричинює «зміщення» прийняття рішень від того, що могло би спиратись безпосередньо на кри-

терій медичної потреби, до чого схиляється система Великобританії. Корисність пацієнта, таким чином, зменшується. Одночасно відокремлення лікаря від лікарні у США (оскільки він не є службовцем лікарні) і відокремлення рахунку пацієнта дозволяють лікареві відійти від економічних міркувань значно далі, ніж його колезі в Англії. Отже, у США для пацієнта вигідніше перекласти найскладніші рішення на клініциста.

Саме ці економічні й соціальні фактори, запозичені з практики діяльності охорони здоров'я передових країн світу, ми повинні брати на озброєння при реформуванні всієї системи медичного обслуговування населення України. На жаль, нині існуюча система охорони здоров'я в Україні є найбільш нерозвинутою галуззю суспільства порівняно з європейськими і світовими зразками. Перше слово на шляху вирішення цих глобальних питань повинна сказати державна влада нашої країни, яка на сьогодні, відверто кажучи, не має цілісної, науково обґрунтованої програми виходу медицини України з глибокої та тривалої кризи.

У попередніх розділах автор окреслив певний економічний каркас; нині він використаний при вивченні системи і характеристики розподілу коштів, схеми оплати і конкуренції. Висновки ускладнені, оскільки передбачають важливі оцінки, судження щодо того, якою мусить бути функція корисності охорони здоров'я, які аргументи потрібні і якої ваги їм слід надавати.

Проте виходячи з розробленої в попередніх розділах принципової структури ми припускаємо (і сподіваємося, що переконали читачів), що діяльність систем охорони здоров'я, в яких дотримано принципів неокласичної економіки, зрештою призводить до нерівності, зниження ефективності, намагання включити в охорону здоров'я такі найнедоречніші характеристики, як предмет споживання, і вони не здатні забезпечити пацієнтів оптимальним рівнем корисності, яка походить з процесу вибору рішення як такого. Мною висловлена думка, що ці фактори і вага, яка їм надається, принаймні почасти визначені культурними та ідеологічними традиціями різних країн. Можливо, наші власні культурні та ідеологічні похибки виявились аж надто очевидними для читачів.

Розширений огляд витрат на охорону здоров'я у країнах — учасницях організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСІР) дозволяє нам з'ясувати, що витрати на охорону здоров'я з 1980 по 1998 рік зростали удвічі швидше за ВВП.

Існує кілька можливих пояснень такого фактора. Посилення участі урядів, а відповідно і зростання показника покриття витрат означає зростання коштів. Для країн — учасниць ОЕСІР у цілому громадська частка

витрат на охорону здоров'я зростає за вказаний вище період з 60 до 75 %, а показник покриття за цей же період збільшився з 75 до 90 %.

Ціни також виявили тенденцію до зростання, особливо в системі охорони здоров'я. В Україні частка витрат на охорону здоров'я за цей же період зменшилась у 6 разів.

1.7. Функціонування ринкової економіки

Складовою частиною системи охорони здоров'я є виробництво лікарських засобів як товару, на який постійно є попит, оскільки лікувальний процес людського суспільства безмежний і безкінечний формою. Підприємство «НІР» займається виробництвом лікарських засобів із розряду ноу-хау, перспективних, що мають, по суті, необмежений попит в Україні і за її межами. Важливу роль у діяльності підприємства відіграє його інтегрування на ринок через вивчення попиту, конкуренцію, ціноутворення, ефективність, дієздатність і вигідність.

Для кращого розуміння проблем підприємства у зв'язку з його роботою в ринкових умовах (на жаль, в Україні вони носять поки що примітивний характер) хочу познайомити читача з моїми міркуваннями, оцінками, поглядами щодо розвитку ринкової економіки і участі в ній нашого виробництва — складової частини економіки охорони здоров'я країни, щодо того, як функціонує ринкова економіка і як вона впливає на характер виробничої діяльності підприємства, які виробляються лікарські засоби (медпрепарати, ліки, медичне устаткування тощо).

Для того щоб зрозуміти, як функціонує ринкова економіка, необхідно визнати існування п'яти фундаментальних питань, на які кожна економічна система (у нашому випадку — економіка охорони здоров'я) повинна знаходити відповідь. Ось ці питання.

1. Скільки потрібно виробляти? У якому обсязі чи яку частину наявних ресурсів треба використати у виробничому процесі?

2. Що потрібно виробляти? Який набір товарів (лікарських засобів) і послуг найбільш повно задовольнить матеріальні потреби суспільства?

3. Як цю продукцію потрібно виробляти? Як повинно бути організоване виробництво? Які фірми повинні здійснювати виробництво і яку застосовувати технологію виробництва?

4. Хто повинен отримувати цю продукцію? Зокрема, як повинна розподілятися продукція економіки між окремими споживачами (в охороні здоров'я — між пацієнтами, хворими людьми)?

5. Чи здатна система адаптуватись до змін? Чи може система добитися певних корекцій у зв'язку зі змінами у споживчому попиті (лікування

хворих), у поставках ресурсів (сировина, матеріали, устаткування підприємств системи медпрому) і в технології виробництва?

Тут відразу слід зазначити дві істотні обставини. По-перше, ми поки що відкладемо відповідь на запитання «скільки?». Макроекономіка детально досліджує складне питання про рівень зайнятості ресурсів.

По-друге, п'ять фундаментальних питань — це лише уточнення альтернатив, які лежать в основі побудови кривої виробничих можливостей. Інакше кажучи, п'ять фундаментальних питань не мали б сенсу, якби не існувала дилема «безмежність попиту — рідкість ресурсів», що визначається кривою виробничих можливостей.

В умовах, коли ціни на продукти, товари, медикаменти й ресурси взагалі встановлюються конкуруючими покупцями і продавцями на відповідних ринках, постає питання: як саме в чисто капіталістичній (псевдокапіталістичній — по-українськи) економіці вирішується питання про те, які види товарів і в якій кількості необхідно виробляти? Розуміючи, що підприємства керуються мотивом одержання прибутку і недопущення збитків, ми можемо зробити висновок, що вироблятимуться тільки ті товари, виробництво яких може принести прибуток, а ті товари, виробництво яких призводить до збитків, виробляти не будуть. А що визначає одержання прибутків чи їх відсутність? Дві речі:

- загальний дохід, який фірма отримує від продажу свого продукту;
- загальні витрати на його виробництво.

Як загальний дохід, так і загальні витрати — величини, що утворюються співвідношенням «ціна — час — кількість продукту». Загальний дохід обраховується множенням ціни продукту на кількість проданого продукту. Загальні витрати обраховуються множенням ціни кожного ресурсу на кількість використаного у виробництві, а потім сумою витрат на кожний окремих ресурс.

Твердження, що вироблятися будуть лише продукти, що приносять прибуток, і не будуть вироблятися товари, які не приносять прибутку, являють собою узагальнення тільки у тому випадку, якщо цілком очевидний зміст поняття «економічні витрати». Щоб осягнути все значення поняття «витрати», уявимо собі підприємство у вигляді простих організаційних схем, тобто у вигляді підприємств «на папері», відволікаючись від конкретних факторів — капіталу, сировини, робочої сили і підприємницької здібності, які й роблять їх діючими підприємствами. Щоб стати дійсно фірмами-виробниками, ці підприємства «на папері» повинні забезпечити себе всіма чотирма вказаними видами ресурсів. Економічні витрати — це платежі, які необхідно здійснити, щоб придбати і зберегти у своєму розпорядженні потрібну кількість цих ресурсів. Витрати на кожну одиницю цих продуктів, тобто ціна ресурсів,

визначаються співвідношенням пропозицій і попиту на ринку ресурсів. Тут необхідно підкреслити, що підприємницька спроможність, як і земля, праця, капітал, — це теж цінний ресурс, а значить, має свою ціну. Тому до витрат виробництва повинні входити не тільки заробітна плата, оклади, процент на капітал і процентна рента, а також платежі підприємцю за виконувані ним функції організації виробництва якого-небудь товару і сполучення всіх інших ресурсів у процесі цього виробництва. Плата за виконання цих функцій підприємцем називається нормальним прибутком. Значить, продукт (товар) буде вироблятися лише тоді, коли загальний дохід від його продажу достатньо великий, щоб можна було виплатити заробітну плату, процент, ренту і нормальний прибуток. Якщо ж загальний дохід від продажу продукту (товару) перевищує всі виробничі витрати, включаючи нормальний прибуток, то сума цього перевищення накопичується у підприємця, що виступає в ролі особи, яка бере на себе весь ризик (про це піде мова нижче) і виконує функції головного організатора операцій фірми. Вказана сума перевищення (надвитрат) загального доходу над доходом, що покриває всі витрати виробництва, називається чистим, або економічним, прибутком. Він не входить до економічних витрат, оскільки підприємству не доводиться витратити його на придбання і збереження підприємницької спроможності.

Декілька гіпотетичних прикладів допоможуть нам більш конкретно уявити собі, як ринкова система визначає, що слід виробляти.

Припустимо, що найбільш сприятливе співвідношення між загальним доходом і загальними витратами виробництва продукту X виникає, коли продукція становить 15 одиниць. Вважаємо також, що найкраща комбінація ресурсів, необхідних для виробництва 15 одиниць X, складається з двох одиниць робочої сили, трьох одиниць землі, одиниці капіталу і одиниці підприємницької спроможності, що купуються за цінами відповідно 2, 1, 3 і 3 дол. за кожен одиницю. Чи захоче фірма займатися виробництвом продукту X? Звичайно, так. Фірма, що здійснює виробництво продукту X на таких умовах, зможе покрити витрати на заробітну плату, ренту, процент і нормальний прибуток, оскільки загальна сума цих витрат складає 13 дол. (= 2×2 дол.) + $(3 \times 1$ дол.) + $(1 \times 3$ дол.) + $(1 \times 3$ дол.). Різниця між загальним доходом у 15 дол. і загальними витратами в 13 дол. утворює економічний прибуток у 2 дол.

Цей економічний прибуток засвідчує, що галузь X процвітає. У такій галузі виникає тенденція до перетворення на більш розширену галузь (це можна бачити на прикладі Держкоммедпрому України) у міру того, як нові фірми, що залучаються цим наднормальним прибутком, будуть створюватися чи переміщатися сюди з менш прибуткових галузей. Проте поява в галузі нових фірм являє собою самообмежуючий процес: ринкові пропозиції

продукту X збільшуються порівняно з ринковим попитом, а це поступово знижує ринкову ціну на продукт X, поки вона з часом не досягне рівня, при якому економічний прибуток зникне. Інакше кажучи, конкуренція зводить цей прибуток нанівець. Таке співвідношення ринкової пропозиції і попиту, коли економічний прибуток стає нульовим, і визначає загальну кількість виробленого продукту X. У цій ситуації галузь досягає свого «рівновиваженого обсягу виробництва», у крайньому разі доти, доки нові зміни в ринковому попиті чи пропозиції не порушать цю рівновагу.

А що відбулося б, якби вихідна ринкова ситуація була менш сприятливою для продукту X? Допускаємо, що спочатку умови на ринку продуктів склалися б так, що фірма могла би продати свої 15 одиниць продукту X за ціною лише 75 центів за одиницю. Загальна виручка становила б 11 дол. 25 центів ($= 15 \times 75$ центів). Після виплати заробітної плати, ренти і відсотку на суму 10 дол. фірма отримала б прибуток нижчий від нормального — 1 дол. 75 центів. Іншими словами, виникли б збитки на суму 1 дол. 75 центів ($= 11$ дол. 25 центів — 13 дол.). Зрозуміло, що фірму не зацікавила б участь у такій збитковій галузі.

Навпаки, підприємці кинулися б у процвітаючі галузі, які забезпечують нормальний прибуток або навіть економічний прибуток (це ми бачимо на прикладі роботи окремих підприємств Держкоммедпрому України). Отже, з часом існуючі в галузі X фірми призупинили б своє існування і перейшли б в інші галузі, які приносять нормальний або ще більший прибуток. Проте в такому разі ринкова пропозиція продукту X скоротиться порівняно з ринковим попитом, і тому ціна товару знову стане зростати, аж поки збитки не ліквідуються. Галузь у результаті відновить і стабілізує обсяг свого виробництва. Співвідношення ринкової пропозиції і попиту, зафіксоване в положенні, де економічний прибуток виявиться нульовим, і визначає загальний розмір виробництва продукту (лікарських засобів) X. І в даному випадку галузь тимчасово досягає рівноважного обсягу виробництва.

Необхідно підкреслити важливу роль споживчого попиту у визначенні видів і кількості вироблюваних продуктів (медикаментів). Споживачі, які не підлягають під урядові обмеження і наділені грошовим доходом від реалізації ресурсів, витрачають свої кошти на ті товари, які вони хочуть і можуть купити. Ці витрати фактично є не що інше, як «голосування гривнею», через яке споживачі декларують свої потреби, оприлюднюючи попит на ринку продуктів.

Якщо набирається досить велика кількість таких «голосів», підприємства готові виробляти цей продукт (лікарський засіб). Збільшення споживчого попиту, тобто збільшення числа «гривневих голосів», що віддаються за продукт, визначає економічний прибуток галузі, яка виробляє

даний продукт (на прикладі підприємства «НІР» — це виробництво лікарських засобів із розряду ноу-хау). Як ми шойно впевнились, такі прибутки служать сигналом для розширення цієї галузі і збільшення виробництва її продукту. І навпаки, скорочення споживчого попиту, тобто менше число «голосів», відданих за продукт, призводить до збитків і з часом до скорочення галузі. З виходом фірм із галузі виробництво продукту скорочується. По суті, галузь взагалі може призупинити своє існування. Одним словом, «гривневі голоси» («доларові голоси») споживачів відіграють ключову роль у вирішенні питання про те, які продукти будуть виробляти прибуткові підприємства. Іноді відзначають, що капіталістичну систему визначає суверенітет покупця в силу стратегічної ролі споживачів щодо визначення видів і кількості вироблюваних товарів.

Декілька років тому широкого розголосу набув приклад такого суверенітету споживача, коли значна кількість споживачів у США відхилила «нову» кока-колу. Незважаючи на широку рекламу і численні ринкові огляди, багато любителів кока-коли зробили висновок, що новий продукт гірший від попереднього, і виступали з організованими протестами проти нього доти, доки фірма не почала знову поставляти на ринок попередню «класичну» кока-колу.

Підприємства, як бачимо, аж ніяк не вільні виробляти те, що бажають. Споживацькі рішення щодо попиту, обумовлені прибутковістю одних продуктів і збитковістю інших, обмежують вільний вибір фірм при вирішенні питання, що виробляти. Підприємства повинні погоджувати свій вибір продукту для виробництва з вибором споживача або понести кару у вигляді збитків чи навіть банкрутства.

Здебільшого це справедливо також і стосовно постачальників ресурсів. Попит на ресурси — це похідний попит, тобто похідний від попиту на товари і послуги, на виробництво яких витрачаються ресурси. Попит на виробників лікарських засобів існує тому, що є попит на ліки, медпрепарати. У більш загальному плані очевидно, що в намаганні максимізувати дохід від продажу своїх людських і матеріальних ресурсів постачальники ресурсів змушені дотримуватись вимог ринкової системи і робити свій вибір, керуючись споживацьким попитом. Оскільки лише фірми, що виробляють товари, які користуються попитом споживачів, можуть працювати з прибутком, то лише ці фірми визначають попит на ресурси. Постачальники ресурсів аж ніяк не вільні спрямовувати свої ресурси на виробництво товарів, що не задовольняють споживачів. Яка причина цього? Справа в тому, що не можуть існувати фірми, які виробляють саме такі товари, оскільки споживацький попит на них не досить високий, щоб зробити їх виробництво прибутковим. Іншими

словами, споживачі демонструють свою увагу у вигляді попиту, який постає на ринку продуктів, а виробники і постачальники ресурсів, відповідно, реагують на цей попит, щоб забезпечити свої власні інтереси.

Ринкова система передає бажання споживачів підприємствам і постачальникам ресурсів і домагається від них належної відповіді.

Як потрібно організувати виробництво товарів (лікарських засобів) в умовах ринкової економіки? Це фундаментальне питання має три аспекти:

- Як повинні розподілятися ресурси між окремими галузями?
- Які саме фірми повинні здійснювати виробництво в кожній галузі?
- Які комбінації ресурсів, яку технологію кожна фірма повинна застосовувати?

У першій частині вже дано відповідь на перше запитання. Ринкова система направляє ресурси в ті галузі, на продукти яких попит споживачів є досить високим, щоб виробництво цих продуктів (ліків) було прибутковим. Одночасно ринкова система позбавляє неприбуткові галузі дефіцитних ресурсів. Якби всі фірми мали час для вступу в прогресуючі галузі і для виходу з відстаючих, обсяг продукції кожної галузі виявився б настільки великим, що забезпечував би тільки нормальний прибуток. Якщо загальний обсяг продукції в таких умовах становить 1500 одиниць, а найбільш прибутковий — 15 одиниць, як у наведеному вище прикладі, галузь складається зі 100 конкуруючих фірм.

Другий і третій аспекти тісно взаємопов'язані. У конкретній ринковій економіці виробництво здійснюють лише ті фірми, які бажують і здатні застосовувати економічно найбільш ефективну технологію виробництва. А чим характеризується найбільш ефективна технологія? Економічна ефективність залежить:

— від наявної технології, тобто від альтернативних комбінацій ресурсів, або факторів виробництва, які забезпечують випуск бажаної продукції;

— від цін, за якими можна придбати необхідні ресурси. Комбінація ресурсів, яка економічно найбільш ефективна, залежить не тільки від фізичних чи інженерних характеристик продукції, що забезпечуються наявною технологією, а й від відносної вартості необхідних ресурсів, що вимірюються ринковими цінами на них. Значить, технологія, що потребує лише застосування декількох фізичних ресурсів для виробництва даного обсягу продукції, може виявитись економічно неефективною, якщо на потрібні ресурси існують дуже високі ринкові ціни. Іншими словами, економічна ефективність означає отримання даного обсягу продукції при найменших витратах дефіцитних ресурсів, причому як продукція, так і застосовувані ресурси вимірюються у вартісному вираженні, тобто в гривнях і копійках. Одним словом, та комбі-

нація ресурсів, яка забезпечує виробництво, скажімо, продукту X вартістю 15 гривень при найменших грошових витратах, є найефективнішою.

Припустимо, що є три різні технології, які дозволяють виробляти бажану кількість продукту X вартістю 15 гривень, достатню кількість кожного ресурсу, потрібного для кожного варіанту технології виробництва (на підприємстві «НІР» — це виробництво Пропесу, Цереброкуруину та ін.), і від-

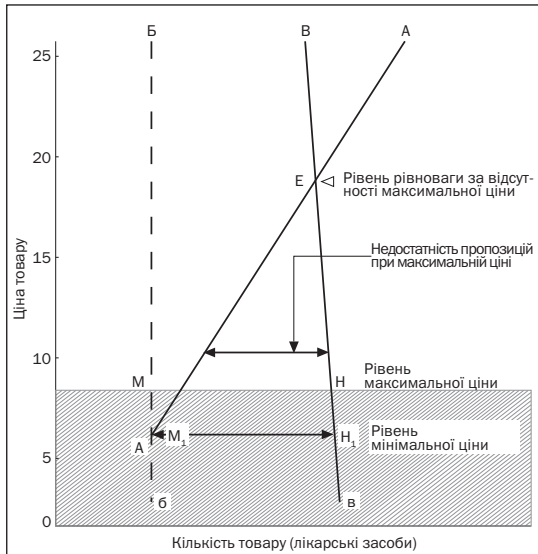


Рисунок 1.6. Економічний ефект введення максимальної ціни на товар

повідні ціни по кожному ресурсу. Помножуючи кількість різних ресурсів на їх ціни стосовно кожної з трьох технологій, ми отримуємо витрати на виробництво продукту X (лікарських засобів) вартістю 15 гривень по кожній технології. Із трьох технологій, припустимо, технологія № 2 економічно найбільш ефективна з тієї простої причини, що вона забезпечує дешевий спосіб виробництва продукту X вартістю 15 гривень.

Технологія № 2 дозволяє суспільству отримати продукцію вартістю 15 гривень, використовуючи для цього найменшу кількість ресурсів (у даному випадку n гривень) порівняно з використанням двох інших технологій.

Проте де гарантія, що застосовано буде технологію № 2? А гарантія в тому, що фірми хочуть застосовувати найбільш ефективну технологію, бо саме вона забезпечить їм найбільший прибуток.

Необхідно підкреслити, що зміна будь-якої з цих технологій чи ціни на ресурси може примусити фірми відмовитися від уже застосовуваної технології і замінити її іншою. Наприклад, якщо ціна одиниці праці знизиться до 50 копійок, технологія № 1 стане вагомішою за технологію № 2. Інакше кажучи, підприємства будуть вважати, що вони зможуть зменшити витрати виробництва, перейшовши на технологію із застосуванням більшої кількості того ресурсу, ціна на який зменшилась. Ми можемо довести, що зовсім нова технологія, яка використовує одиницю праці, чотири одиниці

землі, одиницю капіталу і одиницю підприємницької здатності, виявиться вигіднішою від тих трьох технологій, про які йшла мова вище. У питанні про організацію виробництва існує ще й географічний аспект, або аспект місцезнаходження підприємства (виробництво підприємства «НІР» у Києві та за його межами, про що буде сказано нижче).

У вирішенні проблеми розподілу загального обсягу продукції ринкова система (внутрішній і зовнішній ринки лікарських засобів) відіграє двояку роль. Взагалі кажучи, будь-який продукт розподіляється між споживачами на підставі їхньої здатності і бажання заплатити за нього існуючу ринкову ціну. Якщо ціна одиниці продукту Х становить 1 грн, ті покупці, які спроможні і хочуть заплатити дану ціну, купують одиницю цього продукту, а той, хто не спроможний і не бажає платити таку ціну, продукт не купить. Як ми пам'ятаємо, це і є врівноважуюча функція рівнозначних цін.

А що визначає здатність споживача заплатити рівнозначну ціну за продукт Х та інші наявні продукти? У свою чергу, грошовий дохід залежить від кількості різноманітних матеріальних і людських ресурсів, що поставляються отримувачем доходу на ринок, і від цін, за якими вони можуть бути продані на ресурсному ринку. Отже, ціни на ресурси відіграють вирішальну роль у формуванні розміру доходу, що кожне домогосподарство може запропонувати в обмін на частину суспільного продукту. У межах грошового доходу споживача готовність останнього заплатити рівнозначну ціну за продукт Х і вирішує, чи надійде в розпорядження цього споживача частина вказаного продукту, чи ні. А така готовність купити продукт Х (лікарські засоби) залежить від того, чи віддає споживач перевагу продукту Х, коли порівнює його з іншими наявними близькими заміниками Х та відносними цінами на них. Отже, ціни на продукти, у свою чергу, відіграють вирішальну роль у формуванні структури витрат споживачів.

Необхідно підкреслити, що ринковій системі як механізму розподілу суспільного продукту не притаманні етичні принципи. Ті домогосподарства, яким вдається накопичити велику кількість матеріальних ресурсів завдяки спадщині, внаслідок важкої праці і бережливості, шляхом використання особливої ділової кмітливості або вміння, отримують великі доходи і, таким чином, розпоряджаються великими долями суспільного продукту. Інші, що поставляють на ринок некваліфіковані непродуктивні трудові ресурси в обмін на низьку заробітну плату, отримують мізерні грошові доходи і, відповідно, малі частки національного продукту.

Індустріальні суспільства динамічні: змінюються інтереси споживачів, технології виробництва, структура ресурсів. Це означає, що система розподілу ресурсів, яка в даний час найбільш ефективна і відповідає даній структурі споживачьких смаків, даному складу альтернативних технологій і даній структурі

пропозицій щодо ресурсів, може перетворитися на застарілу й неефективну в міру того, як з часом змінюються споживацькі інтереси, створюються нові технології виробництва і перебудовується склад запропонованих ресурсів. Чи здатна ринкова економіка здійснити корекцію використання ресурсів, яка б відповідала цим змінам, і в такий спосіб залишатися ефективною?

Уявимо, що відбуваються зміни споживацьких смаків. Скажімо, внаслідок зростаючого усвідомлення необхідності піклуватися про своє здоров'я споживачі вирішили, що стануть менше палити і більше їздити на велосипедах, тоді як економіка в даний час не забезпечує виробництво необхідної кількості велосипедів. Чи передасть ринкова система сигнал про ці зміни підприємствам і постачальникам ресурсів і чи нагадає їм про необхідність належного корегування виробництва?

Предбачувані нами зміни смаків споживачів будуть доведені до відома виробників внаслідок збільшення попиту на велосипеди і зниження попиту на сигарети. Це означає, що ціни на велосипеди зростуть, а на сигарети зменшаться. Якщо припустити, що до цих змін у споживацькому попиті обидві галузі отримували визначено нормальний прибуток, то тепер високі ціни на велосипеди створюють економічний прибуток для виробництва велосипедів, а більш низькі ціни на сигарети тягнуть за собою збитки для тютюнової індустрії. Особиста вигода змушує нових конкурентів вступати в процвітаючу галузь виробників велосипедів. А збитки з часом примусять фірми покинути тютюнову промисловість, яка потрапила в кризовий стан.

Проте, як ми вже знаємо, ці корективи носять самообмежуючий характер для обох галузей. Розширення виробництва велосипедів буде продовжуватися лише до того моменту, коли зростання ринкових пропозицій велосипедів призведе до зворотного процесу — до зниження цін на них до рівня, при якому знову стане правилом нормальний прибуток. Водночас скорочення виробництва сигарет буде продовжуватися лише до того часу, поки зниження їх попиту знову підніме ціни на сигарети до рівня, при якому фірми зможуть отримувати нормальний прибуток. У крайньому разі фірми, які виробляють сигарети, перестануть існувати. Вирішальною тут є та обставина, що процеси корегування в приватному секторі повністю відповідають запропонованим змінам смаків споживачів. Суспільство (тобто споживачі) вимагає більше велосипедів і менше сигарет, а саме ця його вимога задовольняється шляхом розширення виробництва велосипедів і скорочення виробництва сигарет. До речі, ці корегувальні процеси показують на ділі вартість концепції суверенітету споживача.

Аналогічно ми можемо прослідкувати шлях ринкової й виробничої кон'юнктури, якщо для прикладу візьмемо два товари — горілку та ліки. Рекомендації зі зменшення споживання горілки призведуть до скорочен-

ня її виробництва і погіршення діяльності лікєро-горілочаних підприємств. Розвиток виробництва дефіцитних лікарських засобів як спосіб ефективного лікування тяжко хворих людей (рак, діабет, туберкульоз, гіпертонія, ІХС) на противагу зменшенню виробництва горілки як фактора негативно-го впливу на здоров'я людей корегує виробничі ситуації у двох виробничих галузях, ослаблюючи економіку одної й посилюючи економічний потенціал іншої. Споживач адекватно відреагує на такий перерозподіл пропозицій ринкової економіки, який відповідатиме його потребам, смакам і бажанням, а також фінансовим можливостям та рекомендаціям лікарів.

Економічний прибуток, який відразу виникає в результаті підвищеного попиту на ліки, не тільки створює для цієї галузі (Держкоммедпрому) стимул до розширення виробництва, але й забезпечує її додатковими засобами для придбання ресурсів (у тому числі й за кордоном) для її зростання. Більш високі ціни на горілочані вироби дозволяють фірмам цієї галузі платити більші гроші за ресурси і цим самим відволікати ресурси з інших сфер, де їх застосування не так наполегливо вимагається. Сигнал про готовність і здатність використовувати більше ресурсів у виробництві ліків надходить на ресурсний ринок у формі збільшення попиту на ресурси. Практично протилежний процес виникає у виробництві спиртного, де відбувається його занепад.

Збитки, що тягне за собою скорочення споживацького попиту, відразу ж породжують зниження попиту цієї галузі на ресурси. Робоча сила та інші ресурси, що вивільнюються зі скорочуваного виробництва горілочаних виробів, зможуть тепер знайти застосування у зростаючому виробництві лікарських засобів. До того ж збільшення попиту на ресурси для виробництва ліків означає більш високі ціни на ресурси для цієї галузі порівняно з тими, які існують у горілочаній галузі, де зниження попиту на ресурси знизило ціни на них. Ця різниця в цінах на ресурси створює для власника ресурсів стимул до збільшення власних вигод шляхом перерозподілу ресурсів із виробництва спиртного у виробництво лікарських засобів. А це, зрозуміло, саме той перерозподіл, який необхідний для розширення виробництва ліків і скорочення виробництва горілки.

Здатність ринкової системи сигналізувати про зміни в такій базисній сфері, як споживацькі смаки, і викликати належну реакцію з боку підприємств і постачальників ресурсів називається спрямовуючою, або орієнтуючою, функцією цін. Вплив на ціни та прибутки, зміни у споживацьких смаках диктують розширення однієї галузі та скорочення інших. Це корегування реалізується через ресурсний ринок, оскільки зростаючі галузі заявляють про великий попит на ресурси, а ті, що занепадають, знижують попит

на них. Зміни, що виникають унаслідок зміни ресурсних цін, переорієнтовують ресурси із галузей, що занепадають, у процвітаючі. За відсутності ринкової системи деяким адміністративним відомствам чи урядовим органам довелось би взяти на себе завдання спрямовувати діяльність господарських інститутів і ресурси на розвиток конкретних видів виробництва.

Подібний аналіз показує, що ринкова система відповідно пристосовується до аналогічних фундаментальних змін, наприклад до змін в технології чи у структурі пропозицій різних ресурсів.

Важливий постскриптим: наш аналіз того, як ринкова економіка спрямовує ресурси з менш важливих сфер застосування в більш важливі, пояснює, чому більшість економістів виступає проти тривалого заморожування цін на продукти і ресурси шляхом законодавчих акцій. У діяльності органів державної влади України ця адміністративно-управлінська функція поки що належно не використовується. Хоча замороження цін являє собою надто привабливий засіб приборкання інфляції, який уряд час від часу намагається застосувати в нашій економіці, подібне замороження підриває спрямовуючу функцію цін і, звичайно, перешкоджає здійсненню ефективного розподілу.

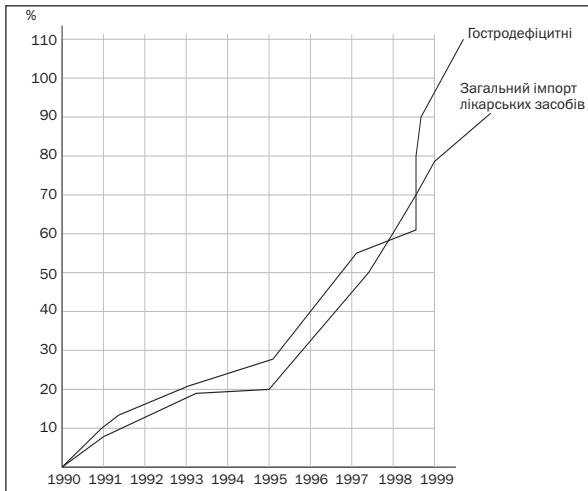


Рисунок 1.7. Динаміка імпорту в Україну лікарських засобів за 1990–1999 рр.

ноє, чому більшість економістів виступає проти тривалого заморожування цін на продукти і ресурси шляхом законодавчих акцій. У діяльності органів державної влади України ця адміністративно-управлінська функція поки що належно не використовується. Хоча замороження цін являє собою надто привабливий засіб приборкання інфляції, який уряд час від часу намагається застосувати в нашій економіці, подібне замороження підриває спрямовуючу функцію цін і, звичайно, перешкоджає здійсненню ефективного розподілу.

Одна справа — пристосовуватись до змін, що відбуваються, і зовсім інша справа — ініціювати зміни, особливо бажані. Чи сумісна ринкова система з удосконаленням технології і накопиченням капіталу, тобто із взаємопов'язаними змінами, що призводять до підвищення продуктивності і до більш високого рівня матеріального добробуту суспільства? На це запитання відповісти нелегко. Тут ми лише коротко сформулюємо відповідь, не вдаючись до подробиць, що пояснюють ряд упущень і модифікацій.

Конкурентна ринкова система, очевидно, стримує технічний прогрес. Піонерне застосування технології, що знижує витрати виробництва, забезпечує інноваційну фірму тимчасовою перевагою над конкурентами. Зниження витрат виробництва означає для піонерної фірми одержання економічного прибутку. Передаючи споживачу частину прибутку від зниження витрат у формі зниження ціни продукту, інноваційна фірма може досягти значного збільшення збуту й високого економічного прибутку за рахунок конкурентних фірм.

Більше того, конкурентна ринкова система визначально створює ситуацію, що сприяє швидкому впровадженню нової технології. Конкуренти повинні наслідувати приклад найпрогресивнішої фірми, в іншому випадку вони негайно зазнають покарання кара у вигляді збитків, а в перспективі — і у вигляді банкрутства.

Необхідно зазначити, що зниження ціни на продукт, яке технічний прогрес робить можливим, зумовлює розширення інноваційної галузі. Таке розширення може бути наслідком збільшення обсягу виробництва існуючих фірм або вступу в галузь нових, зацікавлених перспективою отримання економічного прибутку, первинно створеного

технічним прогресом. Це розширення галузі, тобто переведення ресурсів із менш прогресивних у більш прогресивні виробництва, є цілком економічним. Постійне підвищення ефективності використання цінних ресурсів (наприклад, сировина для виробництва лікарських засобів на підприємстві «НІР») вимагає такого ж постійного перерозподілу з галузями, де технологія виробництва менш ефективна, у галузі, де вона більш ефективна.

Проте технічний прогрес, як правило, тягне за собою збільшення кількості засобів виробництва. Чи здатна ринкова система забезпечити економіку засобами виробництва, на яких базується технічний прогрес? Конкретніше: чи

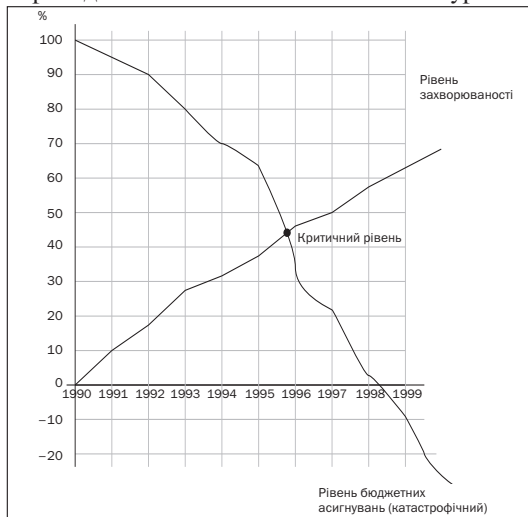


Рисунок 1.8. Рівень бюджетних асигнувань на охорону здоров'я з розрахунку на 1 особу та стан захворюваності в Україні за 1990–1999 рр.

може підприємець, який впроваджує інноваційну технологію, отримати через посередництво ринкової системи у своє розпорядження ресурси, необхідні для виробництва машин та устаткування, від яких залежить технічний прогрес?

Очевидно, що підприємець зможе їх отримати. Якщо суспільство «голосує гривнями» за засоби виробництва, ринок товарів і ресурсний ринок зреагують на таке «голосування» виробництвом засобів виробництва (в умовах медичної промисловості — це виробництво техніки для виробництва лікарських засобів). Іншими словами, ринкова система приймає результати «голосування гривнями» на користь як споживачів, так і засобів виробництва. Але хто конкретно враховує «голоси» на користь виробництва? Перш за все підприємець, який як отримувач доходу у вигляді прибутку схильний виділити частину цього доходу на накопичення засобів виробництва. Вчиняючи так, ви можете в майбутньому забезпечити собі ще більший дохід у вигляді прибутку, якщо інновації виявляються вдалими. Більше того, підприємці, сплачуючи процент, можуть запозичувати частину доходів домогосподарств та використовувати ці запозичені засоби для мобілізації «гривневих голосів» на користь виробництва все більшої кількості засобів виробництва.

1.8. Конкуренція і контроль

Хоча організованим механізмом нових способів виробництва служить ринкова система, необхідно визнати важливу роль конкуренції як механізму контролю в такій економіці. Ринковий механізм пропозиції та попиту повідомляє бажання споживачів (суспільства) підприємствам, а через них і постачальникам ресурсів. Проте саме конкуренція змушує підприємства і постачальників ресурсів належним чином задовольнити ці бажання. Проліюструємо сказане. Ми бачили, що збільшення споживацького попиту на який-небудь продукт (лікарський засіб) підвищує ціну цього товару вище за витрати на його виробництво, які включають заробітну плату, ренту, відсоток і нормальний прибуток. Створюваний у результаті економічний прибуток служить, по суті, сигналом для виробників про те, що суспільство вимагає більшої кількості цього продукту.

Саме конкуренція одночасно викликає розвиток виробництва і зниження ціни продукту до рівня, який точно відповідає витратам виробництва. Проте якщо в галузі відсутня конкуренція і домінує, скажімо, одна велетенська фірма (монополіст), яка спроможна перешкоджати вступу до галузі потенційних конкурентів (приклад, підприємство «НІР» у виробничих та кон'юнктурних відношеннях із монополістами з виробництва ліків системи Держкоммедпрому України), така фірма може, гальмуючи розширення галузі, продовжувати отримувати економічний прибуток.

Між тим конкуренція не обмежує своєї ролі гарантування належної реакції на потреби суспільства. Саме конкуренція змушує фірми переходити на більш ефективні технології виробництва. На конкурентному ринку нездатність окремих фірм використовувати найбільш економічну технологію виробництва в кінцевому рахунку означає їх усунення іншими конкуруючими фірмами, що застосовують найефективніші методи виробництва.

Наприклад, як ми вже бачили, конкуренція забезпечує обстановку, що сприяє технічному прогресу.

Важливим аспектом функціонування й корегуючих операцій конкурентної ринкової системи є те, що вона створює незвичну і важливу єдність — єдність приватних і суспільних інтересів. Фірми й постачальники ресурсів, які домагаються збільшення власної вигоди і діють у рамках гостроконкурентної ринкової системи, одночасно, немовби спрямовані невидимою рукою, сприяють забезпеченню державних чи суспільних інтересів.

Ми, наприклад, бачили, що при існуючій конкурентній кон'юнктурі фірми застосовують найбільш економічну комбінацію ресурсів для виробництва даного обсягу продукції, оскільки це відповідає їхній власній вигоді. Робити по-іншому означало б для них відмовитися від прибутків або ж ризикувати з часом зазнати банкрутства. Але разом із цим очевидно, що інтересам суспільства відповідає використання цінних ресурсів із найменшими витратами, тобто найбільш ефективними методами. Чинити інакше означало б здійснювати виробництво даного обсягу продукції з великими витратами або принести в жертву альтернативні товари, що дійсно потрібні суспільству. Більше того, як показав приклад зі збільшенням виробництва лікарських засобів і скороченням виробництва горілки, це стимулює належне реагування на визначені зміни в потребах суспільства. Підприємства медпрому, що намагаються отримати більш високий прибуток, з одного боку і постачальники ресурсів, які добиваються отримання більш високої грошової винагороди за них, — з іншого домовляються між собою про здійснення тих самих змін у розподілі, а значить, і в структурі продукції, яких в даний час вимагає суспільство. Іншими словами, сила конкуренції контролює чи направляє мотив особистої вигоди в такий спосіб, що автоматично сприяє найкращому забезпеченню інтересів суспільства.

Концепція «невидимої руки» полягає в тому, що коли фірма максимізує свій прибуток, суспільний продукт також максимізується.

Чи є ринкова система найкращим способом відповісти на поставлені вище фундаментальні запитання? Зрозуміло, з позицій розвитку внутрішнього ринку лікарських засобів в Україні. Це також складне питання; будь-яка відповідь на нього неминуче виходить за межі фактів і вступає в царство

ціннісних суджень. Але звідси випливає, що наукової відповіді на таке запитання поки що не існує. Сам по собі факт, що є багато альтернативних способів розподілу ресурсів, тобто багато різних економічних систем, слугує яскравим свідченням розходжень в оцінці ефективності ринкової системи.

Переваги ринкової системи знаходять підтвердження в нашому аналізі її функціонування. Дві з них заслуговують на особливу увагу.

Основний економічний аргумент на користь ринкової системи полягає в тому, що вона сприяє ефективному розподілу ресурсів. Конкурентна ринкова система направляє ресурси на виробництво тих товарів та послуг, у яких суспільство має потребу. Вона диктує застосування найбільш ефективних методів комбінації ресурсів виробництва і сприяє розробці та впровадженню нових, більш ефективних технологій виробництва (приклад — підприємство «НІР»). Одним словом, прихильники ринкової системи доводять, що «невидима рука», таким чином, керує власною владою, забезпечує суспільство виробництвом найбільшої кількості необхідних товарів із наявних ресурсів (нижче буде викладено даний тезис при висвітленні економічного аналізу виробничої і наукової діяльності ТОВ «НІР»). А це, зрозуміло, передбачає максимальну економічну ефективність. Саме ця презумпція ефективності розподілу змушує більшість економістів сумніватися в необхідності урядового втручання у функціонування вільних ринків або урядового регулювання їх операцій, за винятком тих випадків, коли таке втручання стає необхідним.

Важливим неекономічним аргументом на користь ринкової системи лікарських засобів та послуг слугує та обставина, що вона робить ставку на роль особистої свободи. Одна з фундаментальних проблем суспільства полягає в тому, як координувати економічну діяльність численних індивідів і підприємств. Є два способи здійснення такої координації: централізоване управління із застосуванням методів примусу і добровільне співробітництво через посередництво ринкової системи. Лише ринкова система здатна координувати економічну діяльність без примусу. Ринкова система надає свободу підприємництва і вибору; власне, на цій підставі вона й розвивається. Підприємців і робітників не повинні переганяти за урядовими директивами з однієї галузі в іншу, щоб забезпечити виконання виробничих завдань, встановлених яким-небудь могутнім урядовим відомством. Навпаки, при ринковій системі вони вільно можуть домагатися збільшення власної вигоди з урахуванням, звичайно, винагород і стягнень, що отримують від самої ринкової системи.

Доки зберігається ринкова система, головна особливість ринкової організаційної діяльності полягає в тому, що вона не допускає втручання од-

нієї особи в діяльність іншої. Споживач захищений від посягань продавця, оскільки є інші продавці, у яких він зможе купити потрібний йому товар. Найманий робітник захищений від посягань з боку роботодавця, оскільки є інші підприємці, у яких він зможе працювати, і т.д. І ринок здійснює це самостійно без централізованого органу влади.

Конкурентна ринкова система, як стверджують її прихильники, сприяє ефективності розподілу ресурсів і особистої свободи.

Аргументація проти ринкової системи дещо складніша. Критики ринкової економіки стверджують, що ідеологія приватного власника допускає занепад свого головного контрольного механізму — конкуренції. Вони вважають, що існує два основних джерела ослаблення конкуренції як контрольного механізму.

Хоча з громадської точки зору конкуренція бажана, вона найбільше дошкуляє окремому виробнику своєю безжалюїстю. Вільному, індивідуальному середовищу притаманне те, що підприємці в гонитві за прибутком і з бажанням поліпшити свої економічні позиції намагаються звільнитися від обмежувальних пуг конкуренції. Злиття фірм, таємні змови компаній, безжалюва конкуренція — все це сприяє послабленню конкуренції і її регулюючого впливу. Понад 200 років тому Адам Сміт сформулював цей тезис так: «Представники однієї і тієї ж галузі рідко зустрічаються один з одним, але якщо така зустріч відбувається, розмова між ними закінчується змовою проти публіки або ж якимось маневром з метою підвищення ціни».

Деякі економісти вважають, що науково-технічний прогрес, який підтримує ринкова система, сприяє спаду конкуренції. Новітня технологія, як правило, вимагає: а) використання великого реального капіталу; б) великих ринків; в) комплексного централізованого й суворого інтегровано-

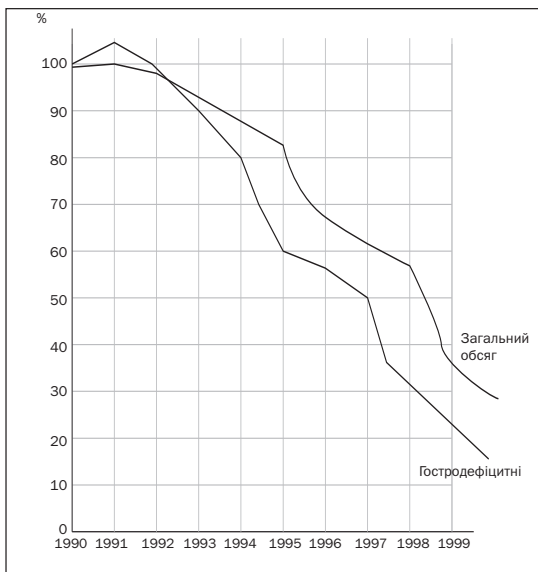


Рисунок 1.9. Динаміка виробництва лікарських засобів в Україні за 1990–1999 рр.

го ринку; г) багатих та надійних джерел сировини. Така технологія означає необхідність існування фірм-виробників, які є великомасштабними не тільки в абсолютних величинах, а й щодо розмірів ринку.

Іншими словами, досягнення максимальної ефективності виробництва на основі застосування новітньої технології часто вимагає існування не великої кількості відносно великих фірм, а невеликої кількості відносно дрібних.

Зазначені економісти вважають, що зі спадом конкуренції слабшає і ринкова система як механізм ефективного розподілу ресурсів. Виробники та постачальники ресурсів менше залежать від волі споживачів, суверенітет виробників і власників ресурсів ставить під сумнів і підриває суверенітет споживачів. Процес ототожнення «невидимою рукою» особистих і громадських інтересів починає втрачати свою силу. До того ж забезпечуваний ринковою системою захист від примусу при розвинутій конкуренції базується на широкому розсіюванні економічної влади. А концентрація економічної влади (приклад — діяльність Держкоммедпрому України), якою супроводжується спад конкуренції, дозволяє владним структурам застосовувати примусові методи.

Критики піддають сумніву також твердження про те, що ринкова система забезпечує суспільство тими товарами (лікарськими засобами), у яких воно більш за все має потребу. Тільки що ми вже розглядали один аспект позиції критиків: у міру послаблення конкуренції підривається також суверенітет споживача, ринкова система втрачає свою здатність розподіляти ресурси в цілковитій відповідності з побажаннями споживачів. Але є й інші доводи проти визначення ефективності ринкової системи.

Критики-соціалісти стверджують, що ринкова система дозволяє найбільш обдарованим і вмілим підприємцям накопичувати велику кількість матеріальних ресурсів, причому право наслідування з часом посилює цей процес накопичення. Вказаний процес, окрім кількісних і якісних відмінностей у людських ресурсах, що поставляються домогосподарствами, породжує в ринковій економіці нерівномірний розподіл грошових доходів. У результаті виникає різка відмінність між сім'ями щодо здатності реалізовувати свої потреби на ринку. Багаті володіють набагато більшою кількістю «гривневих (доларових) голосів», аніж бідні, злиденні, яких сьогодні в Україні нараховується понад 35 млн осіб. Звідси висновок: ринкова система виділяє ресурси на виробництво вишуканих предметів розкоші для багатих за рахунок ресурсів на виробництво предметів першої необхідності для бідних. Країна, що витрачає гроші на шампанське, не забезпечивши молоком своїх дітей, а хворих — ліками, — це погано керована, нерозумна, нерозвинута, обмежена, некультурна, відстала країна. Єдиний спосіб, яким така країна (не виключається і наша держава) може зробити себе багатою і про-

цвітаючою, полягає у тому, щоб добре вести своє домашнє господарство, тобто забезпечувати свої потреби в порядку їх важливості і не допускати витрат грошей на примхи розкішного, вельможного, розбещеного, знатного, бездуховного й аморального життя, доки всі люди не будуть забезпечені належним чином предметами першої необхідності. Не можна не погодитися з цією високогуманною думкою передових вчених — економістів, політологів, соціологів і філософів сучасного цивілізованого світу. Саме цього погляду повинні дотримуватися державні політики України, вирішуючи питання соціального забезпечення й захисту громадян країни, у тому числі першочергово вирішуючи питання захисту життя та здоров'я людей, простих смертних, а не можновладців.

Мається на увазі, що претензія на «ефективність» розподілу ресурсів — це пустий звук, якщо розподіл доходу, а відповідно й суспільного продукту не відповідає скільки-небудь розумним критеріям чесності та справедливості.

Критики посилаються

на два важливі приклади порушення ринкового механізму. По-перше, ринкова система не може врахувати всі вигоди та витрати, пов'язані з виробництвом і споживанням певних товарів і послуг. Справа в тому, що деякі вигоди та витрати щодо ринку є зовнішніми в тому розумінні, що вони припадають на долю інших економічних агентів, які не є безпосередньо покупцями і продавцями. Такі вигоди та витрати називаються зовнішніми, або вигодами і витратами переливу. Наприклад, споживацький попит, врахований ринком, відображає лише задоволення, що отримують окремі споживачі, які купляють товари і послуги, але не відображає того факту, що споживання таких послуг, як вакцинація та освіта, приносить вигоду чи задоволення всьому суспільству в цілому. Виробники також приймають рішення щодо виробництва продук-

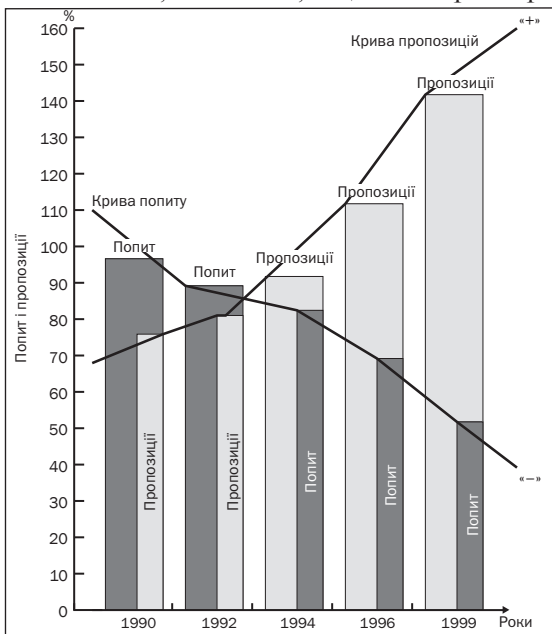


Рисунок 1.10. Динаміка пропозицій і попиту на лікарські засоби в Україні за 1990–1999 рр.

ції, які базуються лише на обліку тих витрат, що їм диктує ринок, і не відображають зовнішніх витрат, тобто витрат, які припадають на долю суспільства в цілому, як, скажімо, різні форми забруднення навколишнього середовища. Ця проблема зводиться до такого: там, де попит і пропозиції не відображають правильно вигоди і всі витрати виробництва, тобто де існують зовнішні вигоди й витрати, ринкова система не здатна забезпечити такий розподіл ресурсів, що найліпше задовольнить потреби суспільства.

Другий приклад порушення ринкового механізму зумовлений тим, що ринкова система враховує лише індивідуальні потреби. Існує багато потреб у таких товарах і послугах, виробництво яких може фінансуватися індивідами через посередництво ринку. Наприклад, такі товари й послуги, як автомагістралі, боротьба з паводками, національна оборона, не можуть здобуватися в бажаній кількості домогосподарствами на індивідуальній підставі. Ринкова система, як стверджують, не здатна враховувати такі громадські чи колективні потреби.

Нарешті, багато економістів вважають, що ринкова система являє собою недосконалий механізм забезпечення повної зайнятості та стабільного рівня цін. Яка з цих позицій (одна — за, друга — проти ринкової системи) правильна? Повною мірою правильні обидві. Деякі критичні зауваження стосовно ринкової системи досить чіткі і надто серйозні, щоб їх можна було ігнорувати. З іншого боку, ми не можемо виносити судження щодо якоїсь із проблем лише на підставі аргументів «за» та «проти». Головний економічний аргумент на користь ринкової системи, а саме те, що вона сприяє забезпеченню ефективного розподілу ресурсів, важко спростувати. Насправді ринкова система є (у крайньому разі може бути) досить ефективною.

Наш аналіз ринкової системи передових країн світу дає робочу модель (приблизне розуміння) дійсно ринкової системи нашої економіки. Цей аналіз — єдине спрощене подання реальної картини. Конкурентна ринкова система служить нам нормою, еталоном, з яким можна порівнювати реальну економіку.

При цьому важливо зазначити, що ринкова система нашої недосконалої економіки має дві докорінні відмінності.

На багатьох ринках продуктів і ресурсних ринках конкуренція має місце між небагатьма великими фірмами, а не між численними дрібними фірмами, як це передбачається чистою формою ринкової системи. Подібно до цього на деяких ринках робочої сили домінують великі профспілки. Вступ до ряду високоприбуткових галузей ускладнений патентами, обмеженим доступом до ключових ресурсів, великими відмінностями в рівнях витрат виробництва, дискримінаційною ціновою стратегією та іншими бар'єрами. Отже, у реальному житті конкуренція в багатьох галузях зовсім не така сильна, як це показано в нашій характеристиці ринкової системи. Це означає, що рішення

підприємств — постачальників ресурсів віднині не настільки досконало синхронізуються з рішеннями споживачів і що виробничі завдання суспільства не досить послідовно виставляються перед усією економікою. Деякі фірми, що панують на відповідних ринках, мають потужності, які дозволяють їм протистояти диктату споживацького суверенітету; по суті, ці фірми часто вважають для себе вигідним використовувати з цієї метою свою силу. Проте ми повинні зазначити, що в довгостроковому плані конкуренція знаходить шляхи для прояву своєї сили. Наприклад, іноземні виробники відкрили для себе широку перспективу в ряді продуктових ринків, у тому числі на українському ринку лікарських засобів, і користуються на ньому великим попитом, оскільки вітчизняне виробництво ліків далеко не забезпечує внутрішній попит на них.

Треба зазначити, що велика відмінність між моделями нашої ринкової системи і ринкової системи американської економіки полягає в економічній ролі, яку в останній відіграє уряд. На противагу пасивному, обмеженому уряду недержавний сектор являє собою активний та інтегральний сектор нашої економіки. Заслугує на увагу той факт, що економіка США врахувала важливі елементи в критиці ринкової системи. А в Україні не тільки не дійшли до справжньої ринкової системи, а й розвалили все те, що мали в економіці (читайте — в охороні здоров'я) до державної незалежності. Уряд повинен здійснювати політику, що переслідує мету не тільки зберегти і підтримати конкуренцію, але й усунути певну несправедливість, породжену ринковою системою, для того щоб сприяти належному розподілу ресурсів, коли зовнішні вигоди й витрати стають значними, забезпечити задоволення колективних потреб і сприяти підтримці повної зайнятості.

Чи реальний наш аналіз ринкової системи? Можна відповісти досить коротко: дію законів ринку можна виявити, якщо заглянути в глибину здійснюваних у ньому процесів.

1.9. Макроекономічний аналіз.

Сукупний попит і сукупні пропозиції стосовно розвитку вітчизняного виробництва лікарських засобів

Автор має на меті познайомити читачів з основними методами, що можуть формувати наші уявлення про макроекономічні теорії і суперечливі питання. Для цього ми спочатку розглянемо ринок у цілому, тобто об'єднаємо міради окремих ринків у єдиний ринок. Потім ми введемо поняття сукупного попиту й сукупних пропозицій, проаналізуємо форми кривих сукупного попиту і сукупної пропозиції й опишемо найважливіші фактори, що викликають їх зміщення. Розглянемо поняття рівнозначного реального обсягу національного виробництва. І нарешті, ми зосередимо свою увагу на

тому, як впливає зміщення кривих сукупного попиту і сукупної пропозиції на рівень цін і реальний обсяг національного виробництва.

У цьому розділі подано лише загальні уявлення про сукупний попит і сукупну пропозицію. Ми ретельно розглянемо криві попиту та криві пропозицій для окремих товарів. Нас цікавить, як ринковий попит на окремі товари і їх пропозиція встановлюють рівнозначні ціни і рівнозначні обсяги кожного товару.

Моделі попиту і пропозиції для одного товару особливо корисні для встановлення цін і обсягів виробництва окремих товарів і послуг. Вони допомагають нам зрозуміти, чому рівнозначна ціна на папір значно менша, аніж рівнозначна ціна імпортного лікарського засобу. Модель попиту і пропозиції для одного товару також може пояснити, чому рівнозначні ціни й рівнозначні обсяги окремих товарів у різні періоди відмінні між собою. Наприклад, ця модель корисна для того, щоб пояснити, чому ціна на медичне обслуговування порівняно з іншими цінами збільшилась за останні 10 років. Проте модель попиту й пропозиції для одного товару залишає без відповіді декілька важливих економічних питань. Чому взагалі ціни підвищуються та знижуються? Чому загальний рівень цін залишається відносно постійним в одні періоди й різко підвищується в інші? Що визначає всю рівнозначну кількість певних товарів на внутрішньому ринку, тобто реальний обсяг національного виробництва? Чому реальний обсяг національного виробництва (у тому числі й лікарських засобів) зменшується в певні періоди порівняно з попереднім рівнем, а в інші швидко зростає?

Щоб відповісти на ці запитання, ми повинні об'єднати, або агрегувати, всі окремі ринки країни в єдиний загальний ринок. Точніше кажучи, ми повинні умовно об'єднати тисячі окремих цін (на промислові роботи, зерно, медикаменти, медичні послуги, персональні комп'ютери, колінчаті вали, діаманти, нафту, парфуми і т.д.) у єдину сукупну ціну, або рівень цін. Ми також повинні зібрати рівноцінну кількість окремих товарів і послуг у єдине ціле, що називається реальним обсягом національного виробництва (у тому числі й виробництва лікарських засобів). Об'єднання всіх цін на окремі товари й послуги в загальний рівень цін, а також об'єднання всієї рівнозначної кількості товарів у реальний обсяг національного виробництва називається агрегуванням. Об'єднані ціни (рівень цін) і об'єднана рівнозначна кількість товарів (реальний обсяг національного виробництва) називаються сукупностями (агрегатами).

Тому показники на нашому графіку простої макроекономічної моделі являють собою рівень цін (на осі ординат), а не ціну на окремий товар, і реальний обсяг національного виробництва (на осі абсцис), а не кількість

окремого товару. Маючи на увазі ці показники, давайте розглянемо в загальних рисах сукупний попит і сукупні пропозиції.

Сукупний попит — це модель, подана на рис. 1.12 у вигляді кривої, яка показує різні обсяги товарів і послуг, тобто реальний обсяг національного виробництва, який споживачі, підприємства та уряд готові купити при будь-якому можливому рівні цін. За рівних умов, чим нижчий рівень цін, тим більшу частину реального обсягу національного виробництва захочуть придбати споживачі всередині країни, підприємства, уряд, а також зарубіжні покупці.

І навпаки, чим вищий рівень цін, тим менший обсяг національного продукту вони хочуть купити. Таким чином, залежність між рівнем цін і реальним обсягом національного виробництва, на який є попит, є зворотною, або негативною.

Зворотна, або негативна (від'ємна), залежність між рівнем цін і обсягом національного виробництва чітко показана на рис. 1.12. Зверніть увагу, що крива сукупного попиту відхиляється вниз і вправо, тобто так, як крива попиту на окремий товар.

Крива сукупного попиту вказує на те, що чим нижчий рівень цін, тим більший реальний обсяг національного виробництва, який буде спожито.

Чому? Причини такого відхилення різноманітні. Пояснення пов'язане з ефектом доходу й заміщення. Коли ціна на окремий товар падає, то (постійний) грошовий дохід споживача дає йому можливість придбати більшу кількість товарів (ефект доходу). Більше того, коли ціна падає, споживач готовий придбати більшу кількість товару, тому що він стає відносно дешевшим, аніж інші товари (ефект заміщення).

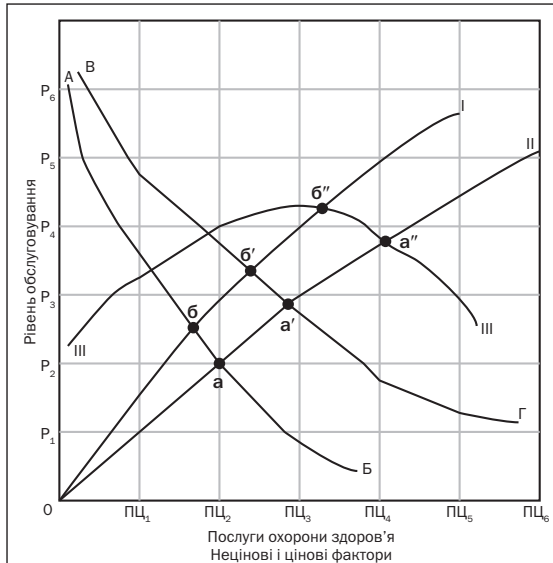


Рисунок 1.11. Сукупний попит і фактори впливу в медичній практиці

Примітки: АБ; ВГ; ОI; ОII; III — III — крива сукупного попиту; а; а'б'; а"б" — точки визначення величин.

Але ці пояснення не придатні, коли ми маємо справу із сукупностями. На рис. 1.12 видно: якщо ми рухаємося вниз по кривій сукупного попиту, ціни в цілому падають. Тому логічне обґрунтування ефекту заміщення (один товар стає дешевим порівняно з іншими товарами) у даному випадку неприйнятне. Відповідно, якщо крива індивідуального попиту на окремий товар передбачає постійний дохід споживача, то крива сукупного попиту — змінні сукупні доходи. А значить, коли ми рухаємося вгору по кривій сукупного попиту, то наближаємося до більш високого рівня цін. Але пригадаємо нашу модель колообігу доходу: більш високі ціни, сплачені за товари і послуги, повернуться до постачальників ресурсів у вигляді зростаючих доходів — зарплати, ренти, відсотків і прибутку. Тому ріст рівня цін не обов'язково означає зменшення загального номінального доходу

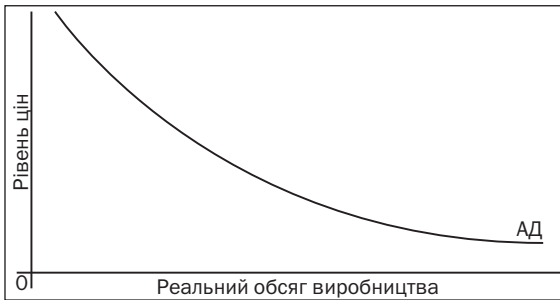


Рисунок 1.12

країни.

Якщо траєкторію кривої сукупного попиту не можна пояснити ефектами заміщення й доходів, то чому вона відхиляється донизу? Відповідь: такий характер кривої сукупного попиту визначається перш за все трьома факторами: 1) ефектом процентної ставки; 2) ефектом матеріальних цінностей, або реальних касових залишків; 3) ефектом імпорتنих закупівель.

Ефект процентної ставки передбачає, що траєкторія кривої сукупного попиту визначається впливом перемінного рівня цін на процентну ставку, а значить, на споживацькі витрати та інвестиції. Точніше кажучи, коли рівень цін підвищується, підвищуються і процентні ставки, а зростаючі процентні ставки, у свою чергу, призводять до скорочення споживацьких витрат та інвестицій.

Розглядаючи криву сукупного попиту, ми передбачаємо, що обсяг грошової маси в економіці залишається постійним. Коли рівень цін підвищується, споживачам потрібна велика сума готівкових грошей для покупок; підприємцям також потрібні великі гроші на виплату зарплати та інші необхідні витрати. Одним словом, більш високий рівень цін збільшує попит на гроші. При незмінному обсягу грошової маси збільшення попиту піднімає ціну за користування грошима. Ця ціна і є процентною ставкою. При високих процентних ставках підприємства і приватники скорочують певну частину доходів, тобто швидко реагують на зміни процентної ставки. Фірма, яка

розраховує отримати 10 % прибутку на придбані інвестиційні товари (приміром, лікарські засоби), буде вважати цю покупку вигідною, якщо процентна ставка складатиме, наприклад, 7 %. Але покупка не принесе вигоди, а тому й не відбудеться, якщо процентна ставка виросте, скажімо, до 12 %. Через підвищення процентної ставки споживачі також приймуть рішення не купляти ті чи інші товари медичного призначення. Отже, підвищення процентної ставки призводить до скорочення деяких витрат підприємств і споживачів.

Висновок: більш високий рівень цін, піднімаючи попит на гроші і процентну ставку, викликає скорочення попиту на реальний обсяг національного продукту.

Другою причиною, що визначає знижену траєкторію кривої сукупного попиту, є ефект багатства, або ефект реальних касових залишків. Справа в тому, що при більш високому рівні цін реальна вартість, або купівельна спроможність, накопичених фінансових активів, зокрема активів із фіксованою грошовою вартістю, таких як строкові рахунки або облігації, що знаходяться в населення, зменшиться. У такому випадку населення реально стане біднішим, і тому можна чекати, що воно скоротить свої витрати. Сім'я може почувати себе спокійно, купуючи нові товари, у тому числі дорогі медичні препарати, якщо купівельна спроможність у неї значно вища за межу малозабезпеченості. Але якщо інфляція, рівно як і низька заробітна плата і пенсія її членів, зменшить купівельну спроможність сім'ї, тоді сім'я відкладе такі покупки, що має місце нині в Україні, оскільки за межею бідності знаходиться понад 35 млн осіб. І навпаки, при зниженні рівня цін реальна вартість, або купівельна спроможність, матеріальних цінностей зростає і витрати збільшуються.

Тепер нам досить зазначити, що обсяги імпорту й експорту залежать, окрім іншого, від співвідношення цін у нас і за кордоном. Так, якщо рівень цін у США піднімається порівняно з цінами за кордоном, американські покупці будуть купувати менше вітчизняних товарів. А іноземці будуть купувати менше американських товарів, що призведе до зменшення американського експорту. Одним словом, за інших рівних умов підвищення рівня цін в нашій країні викличе збільшення нашого імпорту та скорочення експорту. Водночас скоротиться чистий обсяг експорту в сукупному попиту, у тому числі й на ліки.

Висновок: при підвищенні рівня цін в умовно взятій країні ефект імпортичних закупівель призводить до зменшення сукупного попиту на вітчизняні товари і послуги (у тому числі й на лікарські засоби). І навпаки, зменшення рівня цін у нашій країні сприяє скороченню нашого імпорту і збільшенню експорту і тим самим росту чистого обсягу експорту в сукупному попиту умовно взятої країни.

Ми бачили, що зміни в рівні цін призводять до таких змін рівня витрат споживачів усередині країни, підприємств, урядів, зарубіжних покупців, які дають можливість прогнозувати зміни в реальному обсязі національного виробництва. Це означає, що підвищення рівня цін за інших рівних умов призведе до зменшення попиту на реальний обсяг виробництва. І

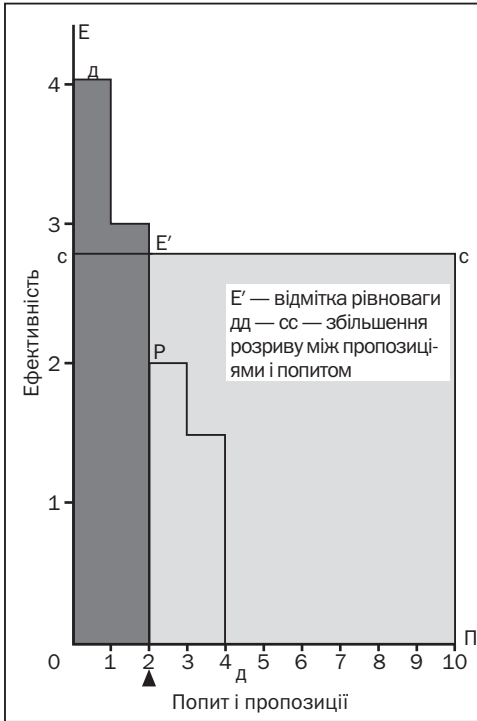


Рисунок 1.13. Ефективність механізму попиту і пропозиції

На рис. 14 збільшення сукупного попиту подано відхиленням кривої вправо — від AD_1 до AD_2 . Цей підйом показує, що при різних рівнях цін бажаний обсяг товарів і послуг збільшується. І навпаки, зменшення сукупного попиту показане як зміщення кривої вліво — від AD_1 до AD_3 . Це зміщення свідчить про те, що люди будуть купувати менший обсяг продукту, ніж раніше, при різних рівнях цін.

Іншими словами, показані на рисунку зміни в обсязі сукупного попиту відбуваються тоді, коли змінюється один або декілька факторів, які

навпаки, зменшення рівня цін викличе збільшення обсягів виробництва. Це співвідношення подано на графіку (рис. 1.12) як рух від однієї точки до іншої по стабільній кривій сукупного попиту.

Проте якщо одна з декількох «інших умов» змінюється, то зміщується вся крива сукупного попиту. Ці «інші умови» ми називаємо неціновими факторами сукупного попиту.

Щоб зрозуміти, що призводить до змін в обсязі національного виробництва, необхідно відрізнити зміни в обсязі попиту на національний продукт, викликані змінами в рівнях цін, від змін у сукупності попиту, викликаного змінами однієї з декількох нецілових детермінант сукупного попиту.

раніше вважалися постійними. Ці нецільові фактори, або важелі, що зміщують сукупний попит, були розглянуті нами вище.

Але ми постараємося узагальнити їх.

Нецільові фактори сукупного попиту: важелі, що зміщують криву сукупного попиту

1. Зміни у споживацьких витратах:
 - а) добробут споживача;
 - б) очікування споживача;
 - в) заборгованість споживача;
 - г) податки.
2. Зміни в інвестиційних витратах:
 - а) процентні ставки;
 - б) очікувані прибутки від інвестицій;
 - в) податки з підприємств;
 - г) технологія.
3. Зміни в державних витратах.
4. Зміни у витратах на чистий обсяг експорту:
 - а) національний дохід у зарубіжних країнах;
 - б) валютні курси.

Споживачі повинні змінювати характер закупівель вітчизняних товарів незалежно від рівня цін. У такому випадку зміщується вся крива сукупного попиту. Вона зміститься від AD_1 до AD_3 , коли споживачі приймуть рішення купляти менше товарів, ніж раніше, при даному рівні цін. І навпаки, крива зміститься вправо від AD_1 до AD_2 , коли споживачі вирішать збільшити обсяг закупівель при даному рівні цін.

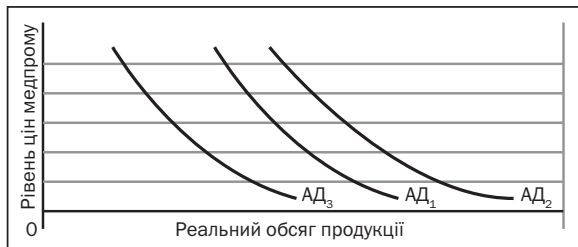


Рисунок 1.14

Зміни одного або декількох нецільових факторів можуть змінити характер витрат споживачів і тим самим змістити криву сукупного попиту. Такими факторами є: добробут споживача, очікування споживача, заборгованість і податки.

Матеріальні цінності складаються з активів, якими володіють споживачі фінансових активів, таких як акції та облігації, і нерухомоті (будівлі, земля). Різде зменшення реальної вартості активів споживачів призводить до збільшення їх збережень (до зменшення закупівель товарів) як засобу відновлення їх добробуту. Внаслідок скорочення споживацьких витрат су-

купний попит зменшується, і крива сукупного попиту зміщується вліво. І навпаки, внаслідок збільшення реальної вартості матеріальних цінностей споживацькі витрати при даному рівні цін зростають. Тому крива сукупного попиту зміщується вправо. Важливе відкриття: у даному випадку ми не маємо на увазі розглянутий раніше ефект багатства, або ефект реальних касових залишків, що пропонує постійну криву сукупного попиту і є наслідком змін у рівні цін. На протигагу цим змінам у реальній вартості матеріальних цінностей, про які йде мова, ефект багатства не залежить від зміни рівня цін, це неціновий фактор, який зміщує всю криву сукупного попиту. Прикладом може служити різке підвищення курсу акцій, що призводить до росту добробуту споживача навіть при незмінному рівні цін. А різке зменшення реальної вартості нерухомості призводить до зменшення добробуту споживача незалежно від змін у загальному рівні цін.

Зміни в характері споживацьких витрат залежать від прогнозів, які роблять споживачі. Наприклад, якщо люди вважають, що в майбутньому їхній реальний дохід збільшиться, вони готові витратити більшу частину свого нинішнього доходу. Значить, у цей час споживацькі витрати збільшуються (заощадження зменшуються) і крива сукупного попиту зміщується вправо. І навпаки, якщо люди вважають, що в майбутньому їхні реальні доходи зменшаться, то споживацькі витрати і, відповідно, сукупний попит скоротяться.

Так, масове очікування нової хвилі інфляції збільшить сьогоденний сукупний попит. Чому? Тому що споживач може прийняти рішення придбати товари до підвищення цін. І навпаки, очікуване зниження цін (у тому числі й на лікарські засоби, медичні послуги) у близькому майбутньому призведе до зменшення сьогоденного споживання, тобто люди відмовляються від частини покупок, щоб отримати вигоду від майбутнього зниження цін.

Високий рівень заборгованості споживача, що виник унаслідок попередніх покупок у кредит, може примусити його скоротити сьогоденні витрати, щоб виплатити накопичені борги. Унаслідок цього споживацькі витрати скоротяться, крива сукупного попиту залишиться відносно невеликою, а споживачі готові збільшити свої сьогоденні витрати, що призведе до збільшення сукупного попиту.

Зменшення ставок податку тягне за собою збільшення чистого доходу і кількості покупок при даному рівні цін. Це означає, що зниження податків призведе до зміщення кривої сукупного попиту вправо. З іншого боку, збільшення податків викличе зменшення споживацьких витрат і зміщення кривої сукупного попиту вліво.

Інвестиційні витрати, тобто закупівля засобів виробництва, є другим неціновим фактором сукупного попиту (важливо правильно це розуміти, вирішуючи питання закупівлі засобів виробництва для підприємств медпрому). Зменшення обсягів нових засобів виробництва, що підприємства готові придбати при даному рівні цін, призведе до збільшення сукупного продукту. Нецінові фактори, що можуть змінити характер інвестиційних витрат, подані вище. Давайте розглянемо кожний з них окремо.

При інших рівних умовах збільшення процентної ставки, викликане будь-яким фактором, окрім зміни рівня цін, призводить до зменшення інвестиційних витрат і скорочення сукупного попиту. У даному випадку ми не маємо на увазі так званий ефект процентної ставки, що виникає внаслідок зміни рівня цін. Ми говоримо про зміну процентної ставки внаслідок, наприклад, зміни обсягу грошової маси в країні. Збільшення грошової маси сприяє зменшенню процентної ставки і тим самим збільшенню капіталовкладень. І навпаки, зменшення грошової маси призводить до збільшення процентної ставки та скорочення інвестицій.

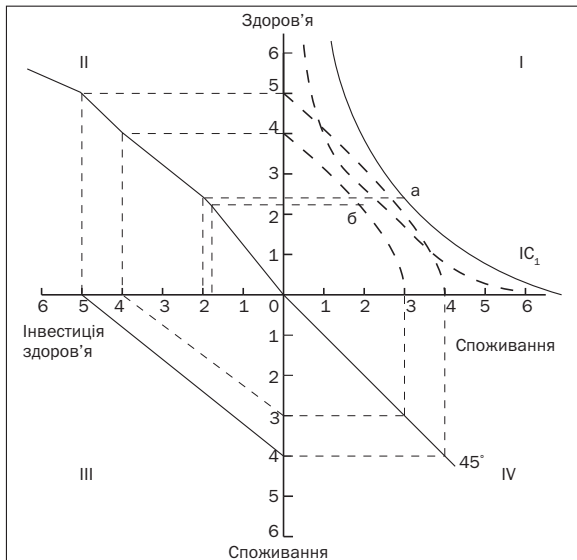


Рисунок 1.15. Попит на здоров'я з погляду домогосподарства

Примітки: а — точка рівноваги; б — переміщена точка рівноваги; IC_1 — частина карти байдужості споживача.

Більш оптимістичні прогнози на отримання прибутків на вкладений капітал збільшують попит на інвестиційні товари й тим самим зміщують криву сукупного попиту вправо. Наприклад, запропонований ріст споживацьких витрат може, у свою чергу, стимулювати інвестиції на майбутні прибутки. І навпаки, якщо перспективи на одержання прибутків від майбутніх інвестиційних програм досить туманні через очікуване зниження

споживацьких витрат, то витрати на інвестиції мають тенденцію до зменшення. Таким чином, сукупний попит також зменшується.

Збільшення податків із підприємств призведе до зменшення прибутків (після вирахування податків) корпорацій від капіталовкладень, а значить, і до зменшення інвестиційних витрат і сукупного попиту. І навпаки, скорочення податків збільшить прибутки (після вирахування податків) від капіталовкладень і, можливо, збільшить інвестиційні витрати, а також підштовхне криву сукупного попиту вправо.

Нові та вдосконалені технології мають тенденції до стимулювання інвестиційних витрат і тим самим до збільшення сукупного попиту. Приклад: останні досягнення у високотехнологічних галузях мікробіології, фармакології приводять до створення нових лабораторій і виробничих потужностей для використання нових технологій.

Збільшення надлишкових потужностей, тобто наявного невикористовуваного капіталу, стримує попит на нові інвестиційні товари і тому зменшує сукупний попит. Просто кажучи, у фірм, які працюють не на повну потужність, немає достатнього стимулу, щоб будувати нові виробництва. І навпаки, якщо всі фірми виявляють, що їх надлишкові потужності зменшуються, вони готові будувати нові виробництва й купувати більше устаткування. Таким чином, інвестиційні витрати збільшуються, і крива сукупності попиту зміщується вправо. Наведені вище дані нагадують нам, що закупівля урядом товарів і послуг становить третій неціновий фактор сукупного попиту. Збільшення державних заготівель національного продукту при даному рівні цін буде призводити до зростання сукупного попиту доти, доки податкові збори та процентні ставки будуть залишатись незмінними. Прикладом може послужити рішення уряду України про закупівлю сировини для мікробіологічної промисловості. І навпаки, зменшення урядових витрат призведе до скорочення сукупного попиту. Наприклад, скорочення державних витрат на виробництво лікарських засобів і медичної техніки, інвалідних візків тощо.

Останнім неціновим фактором сукупного попиту є витрати на чистий експорт. Крива сукупного попиту зміщується і тоді, коли відбуваються зміни у закупівлі українських товарів зарубіжними споживачами незалежно від рівня цін у нашій країні. Ми знову підкреслюємо — незалежно від рівня цін у нашій країні, щоб провести чітку межу між цими змінами й тими, які пов'язані з ефектом імпорتنих закупок. Говорячи про важелі, що зміщують сукупний попит, ми маємо на увазі зміни в чистому експорті, викликані не змінами в рівні цін, а іншими факторами. Зростання чистого експорту (експорт мінус імпорт тих же лікарських засобів), до якого привели оці «інші»

фактори, зміщують криву сукупного попиту вліво. Логіка цього твердження така. По-перше, більш високий рівень експорту створює більш високий рівень попиту на товари даної країни за кордоном. По-друге, скорочення нашого імпорту передбачає збільшення внутрішнього попиту на товари вітчизняного виробництва, зокрема лікарських засобів, медичної техніки.

Які нецінові фактори змінюють обсяг чистого експорту? Це перш за все національний дохід зарубіжних країн і валютні курси.

Зростання національного доходу іноземної держави збільшує попит на товари в нашій країні і тому збільшує сукупний попит.

Чому? Коли рівень доходів у зарубіжних країнах зростає, то їх громадяни отримують можливість купляти більше товарів як вітчизняного, так і зарубіжного виробництва. Таким чином, наш експорт зростає разом із підвищенням рівня національного доходу у наших торгових партнерів. Інша справа, чи наші товари користуються попитом за кордоном і чи вони конкурентоспроможні на світовому ринку. Зменшення національного доходу за кордоном має протилежний результат: чистий обсяг нашого експорту скорочується, зміщуючи криву сукупного попиту вліво.

Подібні парадокси якраз і

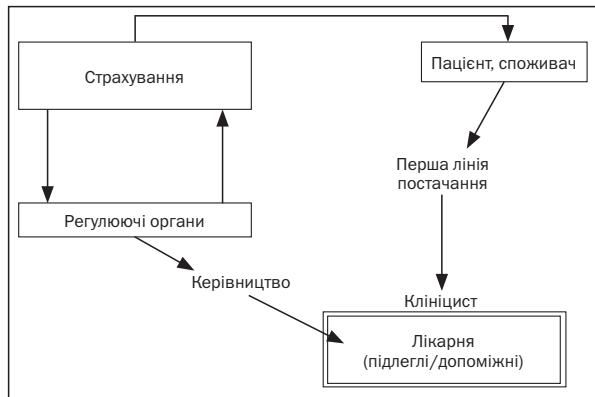


Рисунок 1.16. Структурні міркування щодо сектора охорони здоров'я

мають місце у сфері торгівлі лікарськими засобами зарубіжних партнерів (США, Ізраїль, ФРН, Польща, Франція тощо) з Україною.

Зміна валютного курсу стосовно національної валюти є другим фактором, який здійснює вплив на чистий експорт, а отже, і на сукупний попит. Уявимо, що ціна в доларах зростає. Це означає, що долар знеціниться відносно гривні. Тобто якщо ціна долара в гривнях падає, це означає, що курс гривні зростає. Внаслідок нового співвідношення долара і гривні українські споживачі зможуть отримати більше доларів за певну суму гривень. А споживачі у США отримають менше гривень за кожний долар. Таким чином, для українських споживачів, зокрема лікарських засобів, товари стануть дешевшими, ніж вітчизняні. А тим часом споживачі у США зможуть купити

менше українських конкурентоспроможних товарів (про це ми лише можемо мріяти) за певну суму доларів. За таких обставин можна передбачати, що наш експорт зростає, а імпорт лікарських засобів зменшиться. Це означає збільшення чистого експорту, яке, у свою чергу, призведе до збільшення сукупного попиту у США.

Існує декілька нецінових факторів, що впливають на реальний обсяг продукту, який здатні купити споживачі, підприємства, уряд і зарубіжні покупці при даному рівні цін. Збільшення витрат, викликане

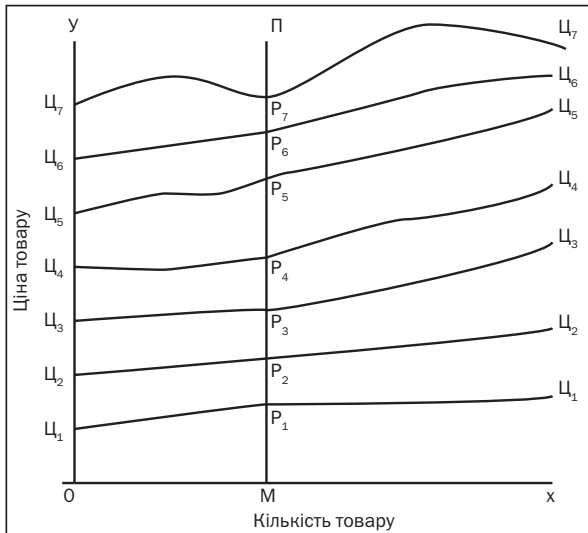


Рисунок 1.17. Крива попиту, точка пропозицій залежно від попиту і ціни товару

Примітки: П — точка пропозицій; P_1P_2 — амортизація; P_2P_3 — процент і страхування на весь капітал; P_3P_4 — заробітна плата; P_4P_5 — валовий дохід.

пояснюються зниження траєкторії кривої сукупного попиту. Зміни в нецінових факторах сукупного попиту викликають зміщення самої кривої сукупного попиту.

Сукупна пропозиція — це модель, подана на рис. 1.17 у вигляді кривої, яка показує рівень наявного реального обсягу виробництва при кожному можливому рівні цін. Більш високі рівні цін створюють стимули для виробництва додаткової кількості товарів. Тому залежність між рівнем цін і обсягом національного продукту, який підприємства викидають на ринок, є прямою, або позитивною.

змінами в одному чи декількох факторах сукупного попиту, зміщує криву сукупного попиту вправо; і навпаки, зменшення таких витрат призводить до зміщення цієї кривої вліво. Ці зміщення кривої сукупного попиту необхідно відрізнити від змін у реальному обсязі національного виробництва, що виникають унаслідок змін у рівні цін.

Зміна в рівні цін викликає ефекти багатства, процентних ставок та імпортних закупівель, якими

Реальна вартість, або купівельна спроможність грошей — це кількість товарів і послуг, які можна купити за грошову одиницю.

Кількість лікарських засобів, які можна купити сьогодні за гривню, змінюється обернено пропорційно рівню цін; інакше кажучи, існує обернена пропорційна залежність між загальним рівнем цін і вартістю гривні. Коли індекс споживацьких цін, або індекс вартості життя, зростає, купівельна спроможність гривні обов'язково знижується, і навпаки. Чим вищі ціни на лікарські засоби (нині вони майже недоступні для більшості населення України), тим нижча вартість гривні, оскільки тепер потрібна більша кількість гривень для купівлі даної кількості медичних препаратів і загальнодоступних ліків.

І навпаки, зниження цін збільшує купівельну спроможність гривні, оскільки тепер вам буде потрібна менша кількість гривень для придбання даної кількості товарів (лікарських засобів) та послуг (медичні послуги). Якщо рівень цін на медикаменти зростає удвічі, то вартість гривні зменшується на 50 %. Якщо рівень цін знижується наполовину, або на 50 %, то купівельна спроможність гривні удвічі збільшується.

Як саме інфляція та зниження вартості гривні, що її супроводжує, відбуваються на спроможності паперових грошей? Домашнє господарство й підприємства готові приймати паперову наявність як засіб обігу доти, доки вони знають, що можуть, у свою чергу, витратити гроші без помітних втрат у їх купівельній спроможності. Але при дедалі зростаючій інфляції справа виглядає по-іншому. Галопуюча інфляція може істотно знецінити вартість грошей за період, що минає з часу їх отримання до витрачання. Гроші стають «гарячими». Держава немовби постійно обкладає податком купівельну спроможність грошей. Стрімке знецінення грошової одиниці може призвести до того, що вона перестане виконувати функцію засобів обігу. Підприємства й домашні господарства можуть відмовитися приймати при обміні паперові гроші, оскільки не хочуть нести збитки від знецінення, яке відбудеться за період володіння ними. Втративши прийнятний засіб обігу, економіка повернеться до неефективного бартерного обміну, що домінує нині в Україні.

Аналогічно люди готові використовувати гроші як засіб заощадження доти, доки немає надзвичайного зменшення вартості заощаджених грошей унаслідок інфляції. І економіка спроможна ефективно використати грошову одиницю як міру вартості лише у випадку відносної стабільності її купівельної спроможності. Різке зменшення мірила вартості позбавляє покупців і продавців можливості встановити чіткі правила торгівлі. Якщо вартість грошової одиниці різко знижується, продавці знають, скільки запросити, а покупці не знають, скільки заплатити за різні товари і послуги.

Надлишок грошей може ускладнити небезпечні інфляційні проблеми; нестача грошей може загальмувати розвиток економіки, перешкоджаючи виробництву та обміну благ і послуг.

1.10. Визначення ціни та обсягу виробництва лікарських засобів. Чиста конкуренція

Як визначаються ціна й обсяг виробництва лікарських засобів? Рішення фірми (підприємства) відносно ціни й виробництва будуть змінюватись залежно від характеру галузі (медпром, наприклад), у якій вона діє. Не існує такого поняття, як «середня», або «типова», галузь.

Детальне вивчення підприємницького сектора економіки показує майже безкінечне число різних ситуацій, бо не існує двох подібних галузей. На одному полюсі ми можемо зустріти самотнього виробника, який домінує на ринку. На другому — виявляємо тисячі й тисячі фірм, кожна з яких поставляє незначну частину ринкової продукції. Між цими полюсами розміщується майже необмежена кількість ринкових структур.

Будь-яке намагання дослідити кожен окрему галузь економіки (у тому числі охорону

здоров'я) мало б вигляд безкінечного й нездійсненого завдання. Отже, ми ставимо більш реальну мету — визначити й обговорити декілька основних ринкових структур чи моделей. Діючи так, ми познайомилися з найбільш загальним способом, яким визначаються ціни й обсяг виробництва в більшості типів ринку, які характеризують нашу поки що кризову економіку.

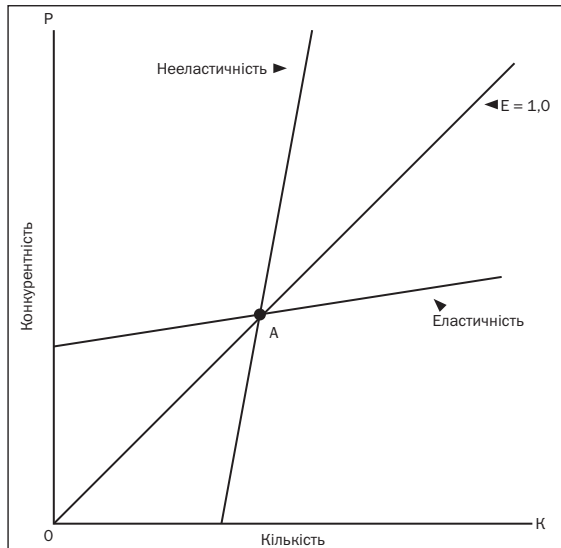


Рисунок 1.18. Еластичність пропозицій

$$E = \frac{\text{відносна зміна } K}{\text{відносна зміна } P} = \text{числовий коефіцієнт еластичності.}$$

Економісти визначають чотири різні ринкові ситуації:

- чисту конкуренцію;
- чисту монополію;
- монополістичну конкуренцію;
- олігополію.

Ці чотири моделі ринку відмінні за кількістю фірм у галузі незалежно від того, є продукція стандартизованою (наприклад, препарати «НІР» — Пропес і Цереброкурин) чи диференційованою, і наскільки легко чи важко новим фірмам увійти в галузь.

Ось коротка характеристика основних рис цих чотирьох моделей, більш детальні подробиці й роз'яснення буде подано нижче. В умовах чистої конкуренції існує велика кількість юридичних осіб, які виробляють стандартизований товар (наприклад, ТОВ «НІР»). Нові фірми можуть легко увійти в галузь. На другому полюсі — чиста монополія, що розуміється як ринок, де одна фірма є єдиним продавцем товару чи послуг. Проникнення в галузь додаткових фірм заблоковано, так що фірма являє собою всю галузь. Оскільки є лише один вид товару, вочевидь, відсутня диференціація продукту. Монополістична конкуренція характеризується відносно великою кількістю продавців, які виробляють диференційовані продукти (антибіотики, біостимулятори, онкозасоби і т.д.). Диференціація є основою для створення сприятливих умов для продажу й поновлення продукції. Вхідження в галузь із монополією конкуренцією надто просте. Нарешті, олігополія характеризується невеликим числом продавців, і ця «малочисельність» означає, що рішення про визначення цін та обсягів виробництва є взаємозалежним. Кожна фірма випробовує на собі вплив рішення, які приймаються її конкурентами, і повинна враховувати ці рішення у своїй власній поведінці в галузі ціноутворення й визначення обсягів виробництва. Товари можуть бути стандартизовані або диференційовані. Як правило, вступ до олігополістичної галузі — справа надто складна. Держкоммедпром України — це і є така галузь.

Що таке чиста конкуренція стосовно внутрішнього ринку України і, зокрема, ринку лікарських засобів?

Основною рисою чисто конкурентного ринку є наявність великої кількості належно діючих продавців, які пропонують свою продукцію на високоорганізованому ринку (в Україні поки що такого ринку немає). Прикладом у нас може бути лише ринок іноземних валют та фондова біржа.

Конкуруючі юридичні особи (фірми) звичайно виробляють стандартизовану продукцію. При даній ціні споживачу однаково, у якого продаця купляти товар.

Розглянемо характерні риси основних моделей ринку лікарських засобів.

Чиста конкуренція:

- число фірм — велике;
- тип продукції — стандартизований;
- контроль над ціною — відсутній;
- умови вступу до галузі — досить легкі;
- нецінова конкуренція — відсутня.

Монополістична конкуренція:

- число фірм — багато;
- тип продукції — диференційований;
- контроль над ціною — незначний;
- умови вступу до галузі — порівняно легкі;
- нецінова конкуренція — значний потяг до реклами, торгівлі знаки,

торгівлі марки.

Олігополія:

- число фірм — декілька;
- тип продукції — стандартизований або диференційований;
- контроль над ціною — обмежений взаємною залежністю; значний

при таємній змові;

- умови вступу до галузі — наявність суттєвих перепон;
- нецінова конкуренція — надто тіньова, особливо при диференціюванні товару.

Чиста монополія:

- число фірм — одна;
- тип продукції — унікальний, немає близьких замінників;
- контроль над ціною — значний;
- умови вступу до галузі — блоковано;
- нецінова конкуренція — переважно реклама, зв'язки фірми з громадськими організаціями.

На чисто конкурентному ринку окремі юридичні особи здійснюють незначний контроль над ціною продукції. Ця властивість виходить із двох попередніх. В умовах чистої конкуренції кожна фірма виробляє настільки невелику частину від загального обсягу виробництва, що збільшення чи зменшення її випуску не буде особливо впливати на задані пропозиції або на ціну товару. Для ілюстрації припускаємо, що є 100 конкуруючих фірм, кожна з яких у даний час випускає по 100 одиниць лікарських засобів. Загальний обсяг пропозиції, таким чином, становить 10 000 одиниць. Тепер уявимо, що одна з цих 100 фірм скорочує своє виробництво до 20 одиниць. Чи позначиться це на ціні? Зрозуміло, скорочення випуску однією фірмою

майже непомітно впливає на загальні пропозиції, тобто загальна запропонована кількість зменшується до 9920 одиниць. Це, звичайно, недостатня зміна в обсязі пропозицій, щоб помітно вплинути на ціну продукції. Отже, окремий конкуруючий виробник погоджується з ціною; конкурентна фірма не може встановити ринкову ціну, але може пристосуватись до неї.

Інакше кажучи, окремий конкуруючий виробник знаходиться під владою ринку; ціна товару — це дана величина, на яку виробник не має впливу. Диктувати більш високу ціну, аніж ринкова, було б недоцільно.

Нові фірми можуть вільно входити, а існуючі фірми — вільно покидати чисто конкурентні галузі. Зокрема, не існує жодних серйозних перешкод — законодавчих, технологічних, фінансових та інших, які б могли перешкодити виникненню нових фірм і збуту їх продукції на конкурентних ринках.

Чиста конкуренція на практиці досить рідке явище. Це не означає, проте, що аналіз функціонування конкурентного ринку — недоцільна логічна вправа.

1. Існує декілька галузей, які більш схожі на конкурентну модель, ніж на будь-яку іншу ринкову структуру.

2. Більше того, чиста конкуренція являє собою просту ситуацію, у якій необхідно використати поняття «дохід», «витрати», про що йшла мова у попередніх розділах.

Чиста конкуренція — це ясний і значний відправний пункт для будь-якої дискусії щодо визначення цін і обсягів виробництва.

3. Нарешті, ми бачимо, що функціонування конкурентної економіки дає нам зразок або стандарт, з яким можна порівнювати і за яким може бути оцінена ефективність реальної економіки.

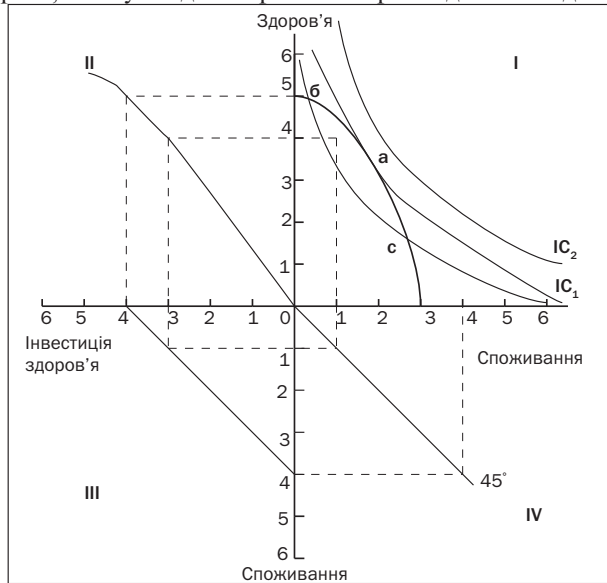


Рисунок 1.19. Інвестиція здоров'я

Примітки: IC_1 – IC_2 — частина карти байдужості споживача; крива бс — межа споживчих можливостей; а — точка рівноваги.

Отже, чиста конкуренція — це модель ринку, що має вагомое аналітичне й деяке практичне значення.

Наш аналіз чистої конкуренції базується на чотирьох найбільш важливих цілях. По-перше, ми вивчаємо попит із точки зору конкурентного продавця. По-друге, ми хочемо зрозуміти, як конкурентний виробник пристосовується до ринкової ціни за короткий період. Далі, досліджуємо природу довготривалих змін і пристосувань у галузі (наприклад, у медпромі). Нарешті, ми хочемо оцінити ефективність конкурентних галузей із точки зору суспільства в цілому.

Оскільки доля кожної конкурентної фірми в загальному обсязі пропозицій незначна, окрема фірма не може відчутно впливати на ринкову ціну,

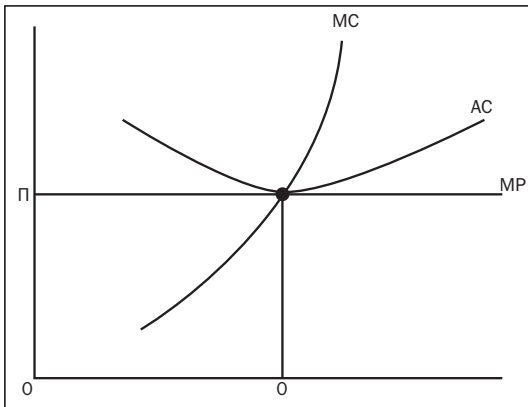


Рисунок 1.20

що встановлюється на підставі сукупного попиту й пропозицій. Конкурентна фірма не має цінової політики, тобто здатності регулювати ціну. Фірма може лише пристосовуватися до ринкової ціни, яку вона повинна розглядати як дану величину, що визначається ринком. Як говорилося раніше, конкурентний продавець погоджується з ціною, а не диктує її.

Чи є чисто конкурентна галузь галуззю з постійними чи зростаючими витратами? Розглянемо рис. 1.20. Бачимо, що ціна встановлюється на рівні, де вона дорівнює мінімуму середніх витрат. Проте ми виявляємо, що крива допустимих витрат перетинає криву середніх витрат у точці їх мінімуму і, таким чином, дорівнює середнім витратам. У стані рівноваги в довготривалому періоді все знаходиться в рівності $MP(P) = AC = MC$. Ця потрібна рівність становить більш ніж геометричний інтерес. Вона говорить нам, що, хоча конкурентна фірма може отримати економічні прибутки чи збитки за короткий період, вона буде просто покривати свої витрати, діючи відповідно до правила $MP(P) = MC$ у довготривалому періоді. Більше того, ця потрібна рівність передбачає певні висновки, що стосуються ефективності чисто конкурентної економіки, що мають велике соціальне значення. Саме до оцінки конкурентного ціноутворення з суспільної точки зору ми тепер звернемося.

Економісти мають єдиний погляд на те, що шляхом підтвердження та виключення певних обмежень чисто конкурентна економіка забезпечує найбільше ефективне використання дефіцитних ресурсів суспільства, тобто економіка конкурентних цін намагається розподілити обмежену кількість ресурсів, які є в розпорядженні суспільства, в такий спосіб, щоб максимізувати задоволення потреб. Дійсно, ефективне використання обмежених ресурсів вимагає виконання двох умов, які ми називаємо ефективністю розподілу ресурсів і виробничою ефективністю. Перше: для досягнення ефективності розподілу ресурсів вони повинні бути розподілені між фірмами та галузями так, щоб отримати певний асортимент товарів, найбільше потрібних суспільству (споживачам). Ефективність розподілу ресурсів досягається, коли неможливо змінити структуру сукупного обсягу виробництва так, щоб отримати чисту вигоду для суспільства. Друге: виробнича ефективність вимагає, щоб кожний товар, який включено до оптимального складу продукції, вироблявся найдешевшим способом. Для того щоб зрозуміти дане твердження, розглянемо спочатку другу умову.

1. Виробнича ефективність: $P = AC$. Ми тільки що зазначили, що протягом тривалого періоду конкуренція змушує фірму виробляти з мінімальними середніми витратами виробництва і встановлювати ту ціну, яка відповідає цим витратам. Це, мабуть, найбільш бажана ситуація з точки зору споживача. Вона означає, що фірми повинні використовувати найкращу з доступних технологій, інакше вони не виживуть. Іншими словами, у виробництві будь-якої кількості продукції треба використовувати мінімум ресурсів. Наприклад, кожна фірма в галузі виробляє 100 одиниць продукції, використовуючи ресурси вартістю 5000 гривень. Якби той же самий обсяг виробництва був здійснений із валовими витратами, скажімо, на 7000 грн, ресурси використовувались би неефективно. Суспільство понесло б чисті збитки на 2000 грн вартості альтернативних продуктів. Зауважте також, що споживачі виграють від більш низької ціни товарів, можливої при витратах, що домінують у даний час. Нарешті, витрати, що мають місце в кожному випадку, — це тільки ті витрати, які суттєві для виробництва товару (лікарських засобів). Оскільки товари в конкуруючих галузях спеціалізовані, у них відсутні торгові й рекламні витрати, що додаються до витрат виробництва при визначенні ціни продукту.

2. Ефективність розподілу ресурсів: $P = MC$. Але конкурентне виробництво будь-якої сукупності товарів не завжди сприяє ефективному розподілу ресурсів. Виробництво повинне не тільки бути технологічно ефективним, але й створювати «потрібні товари», тобто товари, яких споживачі більш за все чекають. Конкурентна ринкова система потурбується

про розподіл ресурсів так, щоб виробити сукупну продукцію, склад якої найкраще відповідатиме потребам споживачів.

Давайте подивимося, як це відбувається. Ми повинні, по-перше, усвідомити суспільне значення конкурентного продукту і цін на ресурси. Грошова оцінка будь-якого продукту (продукту X) є суспільною мірою, або показником відносної граничної цінності цього продукту (лікарського засобу). Пригадуючи поняття «витрати втрачених можливостей», ми бачимо, що граничні витрати виробництва X вимірюють ціну, або відносну цінність, інших товарів, які б могли бути вироблені за допомогою використаних у виробництві одиниць X ресурсів. Одним словом, ціна продукту вимірює корисність чи задоволення, яке суспільство отримує від додаткових одиниць X, а граничні витрати додаткової одиниці X вимірюють втрату (або витрати) для суспільства інших товарів у разі використання ресурсів при виробництві більшої кількості X. Тепер в умовах конкуренції виробництво кожного продукту буде відбуватися до тої певної точки, у якій ціна дорівнює граничним витратам (рис. 1.20). Конкурентний виробник, який рветься до прибутку, буде отримувати максимально можливий прибуток, лише зрівноважуючи ціну та граничні витрати. Виробити з показником нижче відмітки, де $MP(\Pi) = MC$, означатиме для окремої фірми отримати менше, ніж максимальні прибутки, й недорозподіл ресурсів для цього товару (лікарського засобу) з суспільної точки зору. Якщо ціна перевищує граничні витрати, то суспільство оцінює додаткові одиниці X більш високо, ніж альтернативні продукти, які могли б виробити розглянуті ресурси. Для ілюстрації: якщо ціна ліків становить 10 гривень, а граничні витрати на їх виробництво — 8 грн, виробництво додаткових ліків викличе чистий приріст обсягів виробництва, що дорівнює 2 грн. Суспільство отримує ліки, оцінені в 10 гривень, у той час як альтернативні продукти, принесені в жертву при розподілі ресурсів для виробництва ліків, були б оцінені лише в 10 грн. Кожного разу, коли суспільство може отримати що-небудь, оцінене у 10 гривень, відмовляючись від чого-небудь (ліків), оціненого у 8 гривень, першочерговий розподіл ресурсів здійснюється неефективно.

Отже, не слід виробляти продукт X у кількості, більшій за обсяг, при якому ціна дорівнює граничним витратам. Діяти в такий спосіб означало б отримати менше, ніж максимальні прибутки, для виробників та надлишковий розподіл ресурсів для виробництва X з точки зору суспільства. Виробляти X у певній точці, у якій граничні витрати перевищують ціну, означає, що ресурси використовуються у виробництві X за рахунок альтернативних товарів, які суспільство оцінює вище, ніж додаткові одиниці X. Наприклад, якщо ціна ліків — 10 грн, а граничні витрати — 13 грн,

тоді виробництво однієї одиниці ліків принесло б менший чистий приріст у загальному обсязі виробництва суспільства у 3 гривні. Суспільство втратило б ліки, оцінені у 10 гривень, але перерозподіл вивільнених ресурсів збільшив би обсяг виробництва якого-небудь іншого лікарського засобу, оціненого у 13 гривень. Знову-таки, коли суспільство може відмовитися від чого-небудь, оціненого у 10 грн, і замість нього отримати що-небудь, оцінене у 13 гривень, першочерговий розподіл ресурсів вважається не-ефективним.

Наш висновок: в умовах чистої конкуренції підприємці, які керуються мотивом прибутку, будуть виробляти кожний товар точно до тої відмітки, у якій ціна та граничні витрати урівноважуються. Це означає, що ресурси в умовах конкуренції розподілені ефективно. Кожний товар виробляється до відмітки, у якій витрати останньої одиниці дорівнюють витратам альтернативних товарів, якими знехтували, здійснюючи його виробництво. Змінити виробництво X обов'язково означало б зменшити задоволення споживача. Виробництво X вище відмітки, у якій $P = MC$, викликало б відмову від альтернативних товарів, цінність яких для суспільства перевищує цінність додаткових одиниць X . Виробництво X нижче відмітки, де $P = MC$, потягло б за собою відмову від тих одиниць X , які суспільство оцінює вище, ніж альтернативні товари.

Додатковою рисою ринків з чистою конкуренцією є їх здатність відновлювати ефективність у використанні ресурсів, коли вона порушується динамічними змінами в економіці. У конкурентній економіці будь-які зміни споживацьких смаків, запасів ресурсів чи технології автоматично вводять у дію відповідні перегрупування ресурсів. Як ми вже пояснювали, збільшення споживацького попиту на товар X підніме його ціну. Відбудеться втрата рівноваги, при нинішньому обсязі ціна X буде перевищувати його граничні витрати. Це створить економічні прибутки в галузі X і буде стимулювати її розширення. Прибутковість дозволить галузі забирати ресурси з тих сфер, де вони в даний час дуже потрібні. Розширення цієї галузі (наприклад, мікробіології чи фармакології) закінчиться тільки тоді, коли ціна товару X знову дорівнюватиме його граничним витратам, тобто коли вартість останньої виробленої одиниці знову дорівнюватиме вартості альтернативних товарів, від яких суспільство відмовляється заради отримання цієї останньої виробничої одиниці X . Таким чином, зміна в запасах певних ресурсів чи техніки, що належать до різних галузей, порушує існуючу рівність цін і граничних витрат або підвищує чи знижує граничні витрати. Ця нерівність змушує керівників — юридичних осіб, які хочуть мати прибутки чи уникнути збитків, перерозподіляти ресурси, доки ціни

знову не будуть дорівнювати граничним витратам по кожному напрямку виробництва (тих же лікарських засобів). Діючи так, вони виправляють будь-яку неефективність у розподілі ресурсів. Останній момент: високо-ефективний розподіл ресурсів, якому сприяє економіка з чистою конкуренцією, здійснюється тому, що підприємства й постачальники ресурсів

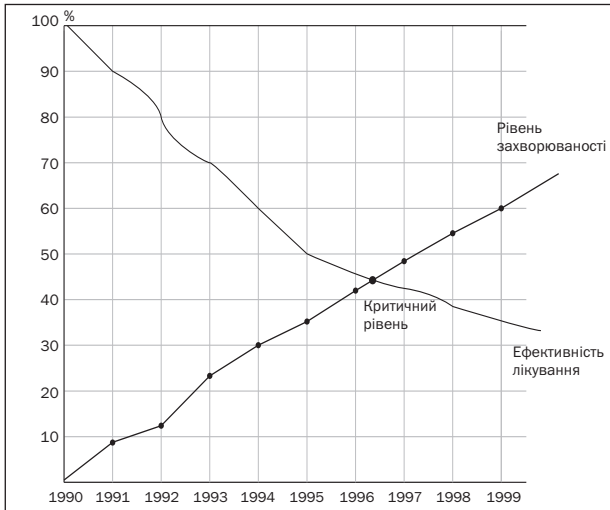


Рисунок 1.21. Ефективність лікування і рівень захворюваності в Україні за 1990–1999 рр. (середні показники)

вільно намагаються досягти особистої вигоди, тобто в конкурентній ринковій економіці діє «невидима рука». Підприємства використовують ресурси доти, доки додаткові або граничні витрати виробництва не будуть дорівнювати ціні продукту. Це не тільки максимізує прибутки окремих виробників, але одночасно створює реальну

структуру розподілу різних ресурсів, яка максимізує потреби споживачів. Конкурентна система цін організує приватні інтереси продавців у напрямках, що повністю відповідають інтересам суспільства в цілому.

У наш висновок про те, що ринкова система з чистою конкуренцією сприяє як виробничій ефективності, так і ефективності розподілу ресурсів, треба внести деякі поправки.

Твердження, що чиста конкуренція (беремо для прикладу ту ж гадузь — медпром) буде розподіляти ресурси ефективно, тобто виробляти сукупність товарів і послуг, яка максимізує задоволення купівельних потреб, базується на деякому даному розподілі грошових доходів. Іншими словами, розподіл грошових доходів між домашніми господарствами створює визначену структуру попиту. Потім система ринкової конкуренції здійснює ефективний розподіл ресурсів, або, кажучи по-іншому, виробництво товарів і послуг, структура яких максимізує задоволення певних потреб покупців.

Якщо змінюється розподіл доходів, чи змінюється структура попиту? Чи стала б конкурентна ринкова система робити новий розподіл ресурсів? Відповідь: звичайно, ринкова система перерозподілила б ресурси і, таким чином, змінила б склад продукції, щоб максимізувати виконання цієї нової структури купівельних потреб. Проблема тоді полягає в тому, який із цих двох варіантів «ефективного» розподілу ресурсів є «найбільш ефективним». Який розподіл ресурсів забезпечує найвищий рівень задоволення потреб суспільства? Наукової відповіді на це поки що немає, тому що ми не знаємо, як виміряти і порівняти задоволення потреб, що отримується різними особами від товарів та послуг. Якби всі люди були абсолютно однаковими в їх здатності отримувати задоволення від доходів, економісти змогли б рекомендувати, щоб ці доходи були розділені рівномірно і щоб розміщення ресурсів, яке б відповідало цьому розподілу, було «найкращим» або «найбільш ефективним». Але насправді люди відмінні за освітою, знаннями й оточенням, не кажучи вже про їх розумові та фізичні здібності. Такі відмінності можуть бути використані, щоб виступати за нерівний розподіл доходів.

Головна проблема полягає в тому, що розподіл доходів, пов'язаний із діями конкурентної ринкової системи, абсолютно нерівний і, таким чином, може призвести до виробництва дріб'язкових речей для багатих, водночас відмовляючи бідним в задоволенні їх основних потреб. Отже, багато економістів переконані, що розподіл доходів, який забезпечує чиста конкуренція, необхідно було б змінити спільними діями. Вони стверджують, що ефективність розподілу ресурсів порушує пануючі норми справедливості.

Чисто конкурентна модель, без сумніву, передбачає відсутність істотних суміжних ринкових результатів. Але насправді суміжні витрати чи вигоди можуть бути значними. В умовах конкуренції кожний виробник буде допускати лише ті витрати, які повинні окупитися. Це означає, що в деяких напрямках виробництва існують суттєві витрати, яких виробники можуть уникнути й дійсно уникають, як правило, забруднюючи навколишнє середовище. Пригадайте, що ці витрати, яких намагаються уникнути, випадають на долю суспільства і влучно названі суміжними, або зовнішніми, витратами. З іншого боку, споживання певних товарів і послуг, таких як рентген грудної клітки і щеплення проти поліомієліту, приносить вигоди суспільству в цілому. Вони називаються зовнішніми, або суміжними, вигодами.

Значення суміжних витрат і вигод для поточних цілей таке: спрямована на отримання прибутків діяльність виробників викличе розподіл ресурсів, який є ефективним із точки зору суспільства, тільки тоді, коли

граничні витрати включають всі виробничі витрати і ціна товару (лікарських засобів) точно відображає всі вигоди, які суспільство отримує від виробництва товарів. Тільки в цьому випадку конкурентне виробництво на відмітці, де $MP(P) = MC$, буде урівноважувати сукупні пожертвування й задоволення суспільства й викличе ефективний розподіл ресурсів. Тією ж мірою, якою ціна та граничні витрати не будуть точними показниками пожертвувань та задоволення, іншими словами, тією ж мірою, якою існують суміжні витрати і вигоди, — виробництво на відмітці, де $MP(P) = MC$, не буде означати ефективного розподілу ресурсів.

Ринкова система не передбачає суспільних чи державних благ, тобто благ, до яких застосовується принцип виключення. Незважаючи на її переваги, конкурентна система цін ігнорує важливу групу товарів та послуг — національну оборону, програми контролю за стихійним лихом тощо, які можуть принести і приносять задоволення споживачам, але не можуть бути оцінені чи продані через ринкову систему.

Ринки з чистою конкуренцією не завжди передбачають використання найбільш ефективної виробничої техніки. Є статичний і динамічний аспект цієї загальної критики.

Статичний аспект включає проблему природної монополії. У певних сферах виробництва існуюча технологія обумовлює великий розмір фірми, для того щоб отримувати найнижчі витрати виробництва на одиницю продукції. При такому споживчому попиті це потребує відносно невеликої кількості ефективних великомасштабних виробників для організації ефективного виробництва. Іншими словами, існуюча економіка в умовах масового виробництва може бути втрачена, якщо така галузь складатиметься з великої кількості дрібних виробників, як цього вимагають умови чистої конкуренції.

Динамічний аспект цієї критики стосується бажання та здатності чисто конкурентних фірм здійснювати науково-технічний прогрес. Прогресивність чистої конкуренції є предметом суперечок серед економістів. У даному випадку ми просто звертаємося до твердження авторитетних фахівців, що чисто конкурентна економіка не сприяла б швидкому темпу технічного прогресу. Вони доводять, по-перше, що стимул до технічного прогресу може бути слабким в умовах чистої конкуренції, оскільки прибуток, що припадає на долю фірми, яка здійснює нововведення, буде швидко ліквідований у ході змагання з конкуруючими фірмами, що з готовністю переймають нову техніку. По-друге, невеликий розмір типової конкурентної фірми й той факт, що вона пов'язана з «незбитковістю» в довготривалому періоді, викликає ряд запитань щодо здатності таких виробників фінансувати значні програми наукових досліджень.

Економіка охорони здоров'я в умовах чистої конкуренції може й не забезпечити достатнього діапазону споживчого вибору чи розробки нових товарів. Це критичне зауваження, як і попереднє, має і статичний, і динамічний аспекти. Чиста конкуренція призводить до стандартизації продукції, тоді як інші ринкові

структури, наприклад монополістична конкуренція і олігополія, породжують широкий діапазон типів, стилів і відтінків якості будь-якого продукту. Таке диференціювання продукції розширює діапазон вільного вибору споживачів і одночасно дозволяє найбільш повно задовольнити бажання покупців. Критика чистої конкуренції також показує, що, оскільки конкуренція не є прогресивною щодо розвитку нової виробничої техніки (медтехніки), ринкова структура не сприяє вдосконаленню наявних товарів і створенню нових.

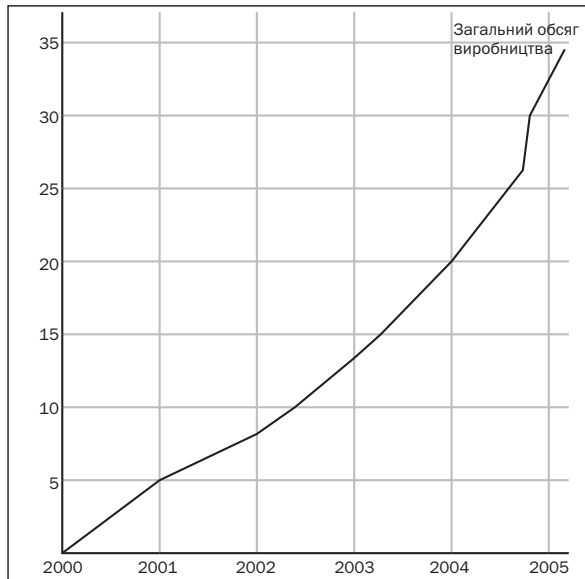


Рисунок 1.22. Динаміка виробничої діяльності підприємства «НІР» у 2000–2005 рр.

Економіка — це не нагромадження ізольованих ринків. Навпаки, вона не що інше, як туго сплетена сітка цін, де зміни на одному ринку тягнуть за собою численні зміни на інших.

Ми постараємося зрозуміти взаємодію різних галузей і ринків шляхом розгляду прикладів загальної рівноваги.

Відносно проста модель загальної рівноваги служить головній меті — виявленню взаємодії багатьох суб'єктів, які приймають рішення і з яких складається економіка.

Аналіз загальної рівноваги може бути дуже корисним для оцінки загального функціонування економіки, для розуміння спеціальних проблем і формування політики. Нездатність усвідомити взаємозв'язок між цінами й секторами економіки (у тому числі економіки охорони здоров'я, виробництва

лікарських засобів) призводить до неправильного розуміння й помилкового судження про головні економічні проблеми. Більше того, аналіз витрат і результатів має широке практичне застосування. Він завершився емпіричними вимірами різних взаємодій між секторами економіки. Виявилось, що ці оцінки мають певну цінність як засоби економічного прогнозування і планування. Уявімо більш детальну таблицю міжгалузевого балансу, яка складається з 50 секторів. Тепер припустимо, що в медичній галузі вирішено виробити 20 нових сучасних медичних препаратів. Можна абсолютно точно розрахувати вплив цього рішення на інші сектори економіки й визначити, у скільки це рішення нам обійдеться з точки зору обсягу виробництва всіх задіяних галузей (охорона здоров'я, хімічна промисловість, мікробіологія, харчова промисловість, сільське господарство тощо). Аналіз затрат і результатів також потрібний, оскільки йдеться про економічну кризу в Україні і її обмежені можливості. Шляхом показу кількісних взаємозв'язків між різними секторами економіки аналіз витрат і результатів дозволяє плановикам (менеджерам) визначити, наскільки реалістичними й можливими для виконання є заплановані виробничі завдання. Відстежуючи наслідки, скажімо, запланованого збільшення виробництва хімічних продуктів на 10 %, можна приблизно підрахувати, який обсяг виробництва тих чи інших лікарських засобів буде освоєно. Таким чином, можна виявити потенційно вузькі місця для реалізації даної мети. Відповідні зміни при корегуванні плану можуть бути внесені у виробництво медпрепаратів, щоб зробити план більш реалістичним і більш сумісним з обмеженнями, викликаними технологією й недостатністю економічних ресурсів. Це не означає, що аналіз витрат і результатів забезпечить обов'язкове виконання запланованих виробничих завдань. Але належно осмислений аналіз витрат і результатів дійсно є корисним засобом планування.

Аналіз загальної рівноваги дає набагато ширшу перспективу для дослідження результатів даних економічних порушень рівноваги чи політики, аніж аналіз часткової рівноваги. Аналіз часткової рівноваги просто показує більший злет першочергового порушення рівноваги, аналіз загальної рівноваги простежує «хвилі» і «штиль», викликані більшим сплеском. У деяких випадках «хвилі» і «штиль» бувають відносно незначними; в інших — вони можуть виявитися «припливною хвилею», яка повністю змінює висновки, які можна було б зробити із більшого сплеску, що розглядається ізольовано. Як ми вже зазначали, основним завданням економіки охорони здоров'я є з'ясування того, які «хвилі» чи «штиль» важливі для аналізу даного питання і які можна не брати до уваги. У будь-якому випадку розуміння моменту загальної рівноваги є обов'язковим для розуміння й оцінки нашої вітчизняної економіки, у тому числі її складової частини — економіки охорони здоров'я.

Питання про те, як потрібно розподіляти дохід, має довгу й суперечливу історію як в економічній науці, так і у філософії. Чи слід розподіляти наш національний дохід і матеріальні блага в більшій чи меншій, аніж тепер, відповідності з принципом рівноваги? Чи правильно відповідає суспільство на запитання: для кого? Дебати з приводу рівноваги виявили широкий спектр думок і позицій. Прибічники однієї з крайніх позицій доводять, що більша рівновага є основною передумовою виживання капіталістичного способу господарювання (але не псевдокапіталістичного, що панує в нашому суспільстві). Прибічники протилежної точки зору попереджують нас про те, що прагнення рівноваги підірве систему охорони здоров'я і призведе до її загибелі.

Люди мають різні інтелектуальні, фізичні та естетичні здібності. Декому добре повезло, і вони успадкували виключно інтелектуальні здібності, необхідні для того, щоб отримати хорошу роботу з високою платнею на терені медицини чи права. Інші, яких вважають «нездібними» чи «розумово відсталими», приречені на підсобні та низькооплачувані види діяльності або взагалі не можуть нічого заробити. Треті наділені виключними фізичними здібностями і можуть стати високооплачуваними професійними спортсменами. Небагато осіб володіють естетичним талантом. Інакше кажучи, успадкований талант дає можливість деяким індивідам здійснити свій внесок у сукупний продукт — внесок, що приносить дуже високі доходи. А інші опиняються в менш сприятливих умовах.

Ми розглянули інвестування у людський капітал, тобто витрати на освіту та науку. Тепер ми можемо підкреслити, що люди істотно відрізняються один від одного за рівнем отриманої освіти та професійною підготовкою і, таким чином, за своїми можливостями заробляти. Частково ці відмінності є наслідком вільного вибору. Доходи не однакові також через відмінності «професійних смаків».

Здатність штучно піднімати ціни на ринку у своїх інтересах (з погляду на інтелект і талант), безумовно, є головним фактором, який визначає нерівність доходів.

Є й інші важливі фактори, якими пояснюється нерівність доходів. Вдача, випадок та вміння «опинитися у потрібному місці в потрібний час» — все це допомагає отримати вигоду та великий зиск.

В основі полеміки про рівність (чи нерівність) доходів лежить фундаментальне співвідношення між рівністю доходів та ефективністю. Наскільки успішно функціонує ця система, настільки ефективну економіку вона створює. Але ця гонитва за ефективністю обов'язково призведе до нерівності. Таким чином, суспільство стоїть перед вибором — рівність чи ефективність.

Проблема суспільства, що прагне до рівноправності, полягає в тому, як перерозподілити дохід, щоб звести до мінімуму негативний вплив такого перерозподілу на економічну ефективність.

Існування широкого кола програм щодо підтримки доходів свідчить про те, що боротьба з бідністю, з хворобами, смертністю в Україні повинна вважатися законною метою високої державної політики. У дійсності все у нас по-іншому. Бідність зростає і охоплює різні верстви населення. Хвороби перетворюють працездатне населення на калік, до яких, власне, поки що держава проявляє повну зневагу. Високі ціни на лікарські засоби унеможливають їх використання бідняками, людьми похилого віку, пенсіонерами, інвалідами війни та праці, багатодітними сім'ями, учасниками бойових дій в Афганістані та постраждалими від аварії на ЧАЕС.

Загалом наша система підтримки рівня соціального забезпечення населення досить недосконала і не витримує жодної критики. Унаслідок розвалу економіки соціальна інфраструктура в Україні майже занепала, а разом із цим усі турботи держави про життя та здоров'я своїх громадян мають жалюгідний вигляд і залишаються на папері, у передвиборних програмах кандидатів у президенти та народних депутатів України.

Цілком справедливо наша держава посідає досить низьке місце серед країн світу за рівнем медичного обслуговування та економічного забезпечення системи охорони здоров'я.

Медицина завжди була і залишається досить делікатною сферою. Тут потрібно діяти досить обережно, розсудливо, продумано, зі знанням справи, професійно і на високому державному рівні, адже йдеться про життя та здоров'я людей, майбутнього нації та держави. До речі, Росія стрімголов кинулась до страхової медицини і сьогодні постала перед дуже серйозними проблемами.

Особливе значення для нашої країни має питання підготовки медичних працівників. Державні інститути нині випускають медиків у два рази більше, ніж того потребує система охорони здоров'я. Витрачаються солідні кошти на освіту, але молоді фахівці практично позбавлені нормальних можливостей працевлаштування у медичних закладах. Не вистачає коштів на зарплату, немає перспективи для стабільної та постійної роботи. Соціальні проблеми з'їдають бажання молодих людей приносити користь суспільству на терені боротьби з хворобами та за продовження повноцінного, продуктивного, благополучного та щасливого життя людей. Немає здоров'я — немає щастя. Немає щастя — знецінюється людське життя, вироджується суспільство, згасає перспектива розвитку країни, нації в цілому.

Немає сумніву в тому, що система підтримки рівня доходів, не кажучи вже про муніципальну допомогу, субсидії, пожертвування через благодійні фонди, допомогу по безробіттю, — це істотна допомога у зменшенні бідності та злид-

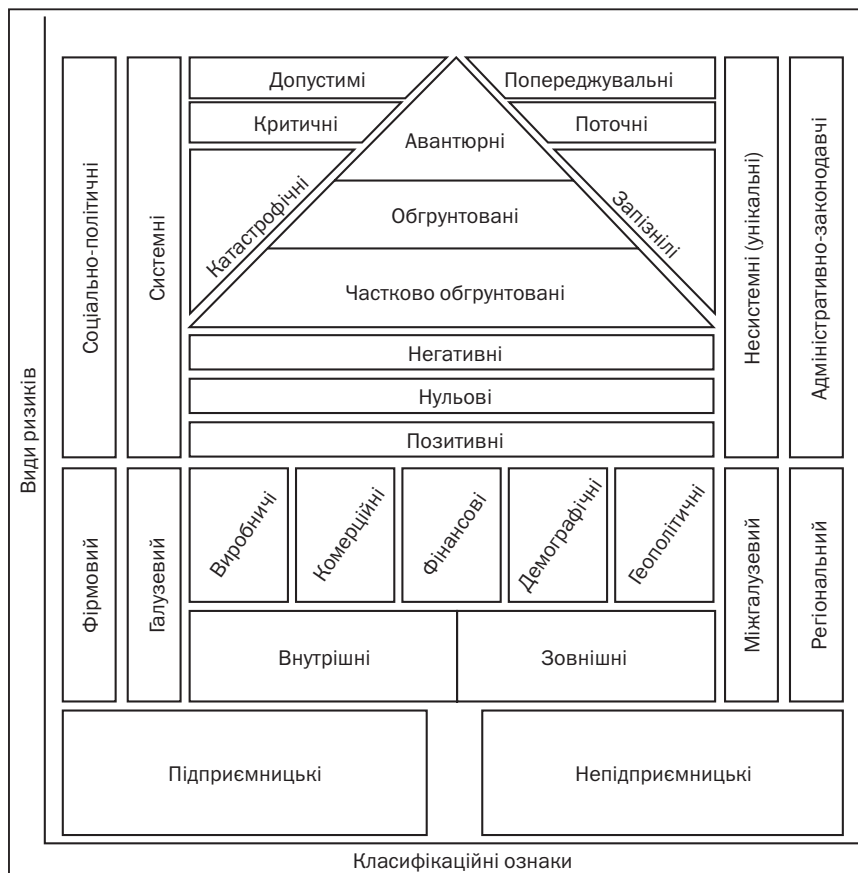


Рисунок 1.23. Види економічних ризиків у системі виробництва лікарських засобів

нів. На жаль, існуюча в Україні система соціального захисту народу за останні роки викликала й викликає багато справедливих критичних зауважень.

Опоненти стверджують, що зростання в останні роки кількості малодієвих благодійних програм (фондів), в тому числі і в галузі охорони здоров'я, створило незграбну, неефективну бюрократичну систему, яка залежить від великого державного управлінського апарату. Управлін-

ські витрати складають досить значну долю всього бюджету і практично з'їдають величезні кошти, які можна було б спрямувати у соціальну сферу країни, зокрема на розвиток національної системи охорони здоров'я, виробництво сучасних лікарських засобів.

Благодійні програми породжують суттєву несправедливість у розподілі допомоги. Головний контраргумент полягає в тому, що більшість державних, соціальних програм із підтримки рівня матеріального забезпечення й добробуту людей послаблюють стимули до праці там, де люди ще мають робочі місця й хочуть працювати, хочуть підтримувати своє здоров'я в добром, працездатному стані.

1.11. Економічний ризик і охорона здоров'я

Господарські суб'єкти, які в процесі свого функціонування відчувають вплив різних видів ризику, можуть ними управляти. Це означає, що є багато різноманітних заходів, які дозволяють певною мірою прогнозувати ризикові події й попереджувати їх.

Ефективність організації управління ризиками здебільшого визначається ідентифікацією їх місцезнаходження в загальній системі класифікації. Найчастіше зустрічається класифікація ризиків за ознаками виникнення, за сферою походження, за ступенем обґрунтованості їх прийняття, за відповідністю допустимим межах, а також за характером походження ризиків (ступенем їх системності).

Проте, на наш погляд, дана класифікація може бути не лише доповнена цілим рядом ознак, а й розширена в середині деяких із них, що дозволяє підвищити ефективність управління фірмою (підприємством «НІР», наприклад) взагалі і в умовах кризових ситуацій зокрема.

Таким чином, ризики можуть бути класифіковані за такими ознаками.

1. За ступенем їх зв'язку з підприємницькою діяльністю.

Суть даного положення полягає в тому, що не всяка діяльність ринкового суб'єкта є підприємницькою. В економіці існує достатня кількість організацій, фірм, які працюють не за прибуток (дохід), а переслідують зовсім інші цілі. Такі організації називаються неприбутковими. Проте відмова від одержання прибутку ще не означає, що ці організації не відчувають у своїй діяльності впливу ризиків. У зв'язку з цим доцільним буде виділення ризику при проведенні підприємницької діяльності, або просто підприємницького ризику, і непідприємницького.

2. За належністю до країни функціонування господарського суб'єкта ризики можуть бути поділені:

— на внутрішні;

- зовнішні.
- 3. За рівнем виникнення:
 - ризики, що виникають на мікрорівні;
 - ризики галузевого походження;
 - ризики міжгалузевого походження;
 - регіональні ризики;
 - державні ризики;
 - глобальні (світові) ризики.
- 4. За сферою походження:
 - соціально-політичні;
 - адміністративно-законодавчі;
 - виробничі — пов'язані з виробництвом продукції (має місце у виробничій діяльності підприємства «НІР» при випуску лікарських засобів);
 - комерційні;
 - фінансові;
 - природно-екологічні;
 - демографічні;
 - геополітичні.
- 5. За причинами виникнення можуть бути виділені:
 - ризик, викликаний невизначеністю майбутнього (наприклад, шляхи подальшого розвитку охорони здоров'я в Україні);
 - ризик, викликаний недостатністю інформації для прийняття рішень.
- 6. За ступенем обґрунтованості прийняття ризику:
 - обґрунтовані;
 - частково обґрунтовані;
 - авантюрні.
- 7. За ступенем системності ризики класифікуються:
 - на несистемні (унікальні);
 - системні.
- 8. За відповідністю допустимим межам поділ відбувається:
 - на допустимі ризики, де $R_d < R_c$ (R_c — середній рівень ризику в економіці (у тому числі і в економіці охорони здоров'я); R_d — рівень допустимого ризику);
 - критичні ризики, де $P < P_{кр} < P_{макс}$ (де $P_{кр}$ — критичний рівень ризику; $P_{макс}$ — максимально допустимий рівень ризику);
 - катастрофічні ризики, де $R_{кат} > P_{макс}$ ($R_{кат}$ — катастрофічний рівень ризику).

9. За ознаками реалізації можна виділити дві основні групи ризиків:
- реалізовані;
 - нереалізовані.
10. За адекватністю часу прийняття рішення щодо реагування на реалізовані ризики можна виділити такі групи:
- ризики попереджувальної групи;
 - поточні ризики;
 - запізнілі ризики.

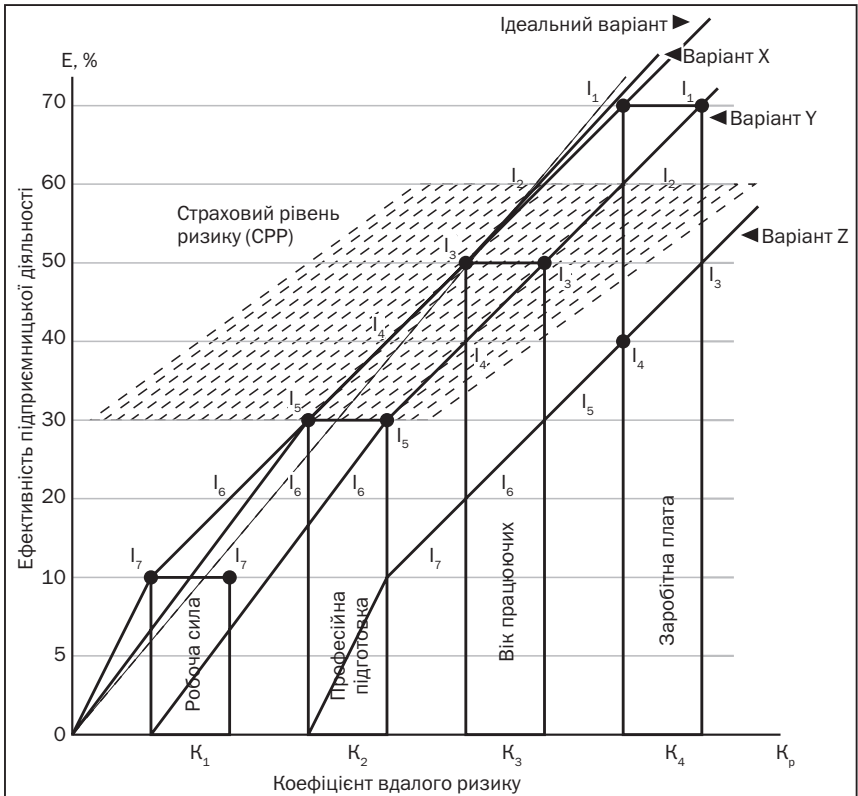


Рисунок 1.24. Коефіцієнт вдалого ризику на ринку праці

$$K_p = +[K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + \dots + K_n];$$

$$E = \frac{B(\Pi) \times K_p}{100} \times X, Y, Z \%,$$

де B(Π) — виробництво, послуги.

11. За ознакою аналізу ризику та прийняття рішення щодо поведінки підприємства на випадок його виникнення виділяють:

- групу ризиків індивідуального рішення;
- групу ризиків колективного рішення.

12. За масштабами впливу, або за сферою охоплення, виділяють:

- одноосібні ризики;
- багатоосібні ризики.

13. За можливістю прогнозування:

- прогнозовані;
- частково непрогнозовані.

14. За ступенем впливу на діяльність господарських суб'єктів:

- негативні;
- нульові;
- позитивні.

Можна виділити декілька принципів процесу управління ризиками:

- принцип масштабності;

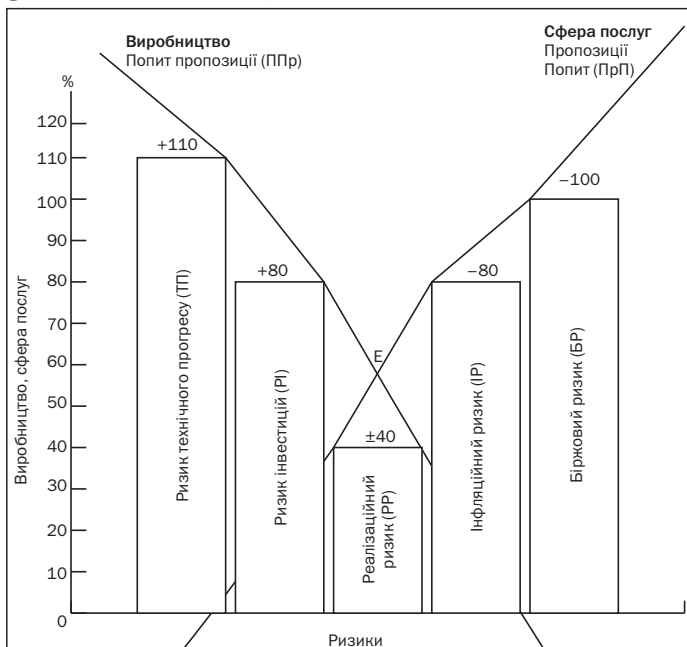


Рисунок 1.25. Виробництво, сфера послуг і ризики

Примітки: E — точка допустимих величин; $V.П. \rightarrow P = [\pm RTPr \pm RI \pm RR \pm IR \pm BR] =$ економічна ефективність.

- принцип мінімізації;
- принцип адекватності реакції;
- принцип розумного прийняття.

Необхідність прийняття конкретного управлінського рішення, у природі якого закладено певний ступінь ризику, виявляється шляхом аналізу й оцінки. Це означає, що для ефективного управління необхідно не лише знати про можливість підприємницького ризику і зробити його якісний аналіз, а й оцінити його, визначити ступінь ризику.

Кількісна оцінка підприємницького ризику є додатковою якістю. За наявності такої оцінки керуючий суб'єкт здатний досягти максимуму ефективності у процесі управління фірмою.

Кількісна оцінка підприємницького ризику особливо важлива, коли є можливість вибору конкретного управлінського рішення з сукупності альтернативних варіантів. Ситуація, при якій господарський суб'єкт знаходиться перед проблемою вибору одного з двох напрямків розвитку фірми з різною економічною ефективністю їх реалізації, не завжди вирішується на користь того напрямку, який має більший ефект порівняно з іншими. Важливе місце у виборі відводиться і шансам на успішну реалізацію кожного з варіантів. Таким чином, можлива ситуація, коли для підприємства буде доцільним прийняти рішення про розвиток за варіантом, економічний ефект від реалізації якого буде менший, але при цьому шанси на успіх великі.

Втрати, що виникають у процесі підприємницької діяльності, залежно від їх причетності до конкретного виду невикористаних підприємством ресурсів можуть бути розподілені так:

- величини втрат від різних видів ризику не залежать одна від одної;
- реалізація певного виду ризику не обов'язково збільшує чи знижує вірогідність виникнення іншого виду;
- максимально можливі збитки у випадку реалізації конкретного ризику не повинні перевищувати фінансових можливостей господарського суб'єкта;
- фінансові втрати;
- матеріальні втрати;
- трудові втрати;
- соціальні втрати;
- постачальницькі втрати;
- екологічні втрати;
- морально-психологічні втрати.

При здійсненні комплексного аналізу можливих втрат, при проведенні оцінки ризику важливо не тільки встановити всі джерела ризику, але

й виявити, які джерела домінують. При цьому доцільно класифікувати можливі втрати за ознаками впливу на діяльність фірми на визначальні й побічні. До визначальних втрат можна зарахувати такі втрати, що безпосередньо впливають на діяльність підприємства, а до побічних — ті, вплив яких на фірму здійснюється опосередковано.

Ризик може вимірюватись в абсолютних виразах.

Виробничі ризики — це такий вид ризиків, що виникають у процесі науково-дослідних і конструкторських розробок, виробництва, реалізації і післяреалізаційного обслуговування продукції.

Виробничі ризики поділяються на такі категорії:

- ризики науково-дослідних і конструкторських розробок;
- безпосередньо виробничі ризики;
- транспортні ризики;
- реалізаційні ризики;
- ризики, пов'язані з конфліктами інтересів;
- ризики порушення планових строків.

Реалізаційні, або маркетингові ризики, класифікуються так:

- безпосередньо постачальницький ризик;
- ризик взаємодії з контрагентами і партнерами в процесі реалізації продукції (послуг);
 - ризик непередбаченої конкуренції;
 - ризик недостатньої сегментації ринків збуту;
 - ризик помилкового вибору сегменту ринку;
 - ризик помилкового вибору стратегії продажу продукції;
 - ризик неправильної організації маркетингових досліджень;
 - ризик помилкового ціноутворення;
 - ризик невдалої організації мережі збуту і системи наближення товарів до споживача;
 - ризик неефективної реклами;
 - ризик переоцінки маркетингових принципів збуту і недовикористання чи неефективного застосування трансферних моделей реалізації продукту;
 - ризик входження в договірні стосунки з недієздатним чи неплатоспроможним партнером;
 - ризик затримки партнерами поточних договірних зобов'язань;
 - ризик виходу партнера зі спільної діяльності;
 - ризик блокування договірних стосунків із партнерами;
 - ризик зародження нових фірм-конкурентів;
 - ризик експансії на місцевий ринок із боку зарубіжних експортерів.

Фінансові ризики поділяються:

- на пов'язані з купівельною спроможністю грошей;
- ризики непередбачених витрат і перевищення кошторису витрат на виробництво;
- ризики незабезпечення господарської діяльності необхідним фінансуванням;
- ризики, пов'язані із вкладеним капіталом;
- валютні ризики;
- інфляційні ризики;
- дефляційні ризики;
- ризик збільшення ринкових цін на ресурси;
- ризик неспрацювання вибраного методу фінансування;
- ризик зникнення джерел фінансування;
- ризики зниження прибутковості;
- кредитні ризики.

Інтереси підприємства (на прикладі ТОВ «НІР») — це економічна категорія, тому використання методу переваги шляхом вибору кращо-

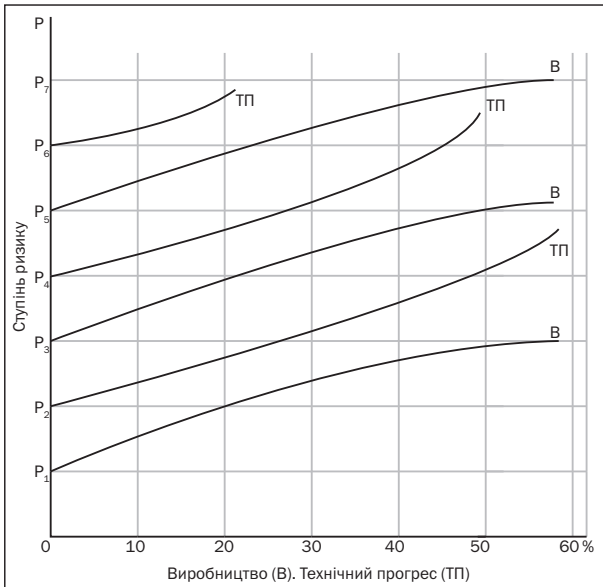


Рисунок 1.26. Залежність технічного прогресу й виробництва від ступеня ризику

Примітки: $P \neq V/ТП < > P \rightarrow V \rightarrow ТП$.

го варіанту на підставі розрахунків є обов'язковим для нього.

У результаті система ризиків впливає на макроекономічні показники держави, структуру народного господарства, галузеву структуру (охорона здоров'я), ступінь концентрації капіталу, структуру експорту-імпорту, ступінь проникнення капіталу за національні кордони України.

Розглянемо деякі положення про

соціально-політичні ризики, що суттєво впливають на стан економіки і без урахування яких неможливо визначати стратегію й тактику розвитку економіки як бази соціального прогресу держави.

Політичний ризик — це вірогідність можливого негативного впливу на діяльність господарських суб'єктів з боку держави через політичний курс, який вона здійснює.

Політичні ризики — це системні ризики, тобто суб'єкти підприємницької діяльності не можуть безпосередньо впливати на них із метою мінімізації втрат на випадок їх реалізації. Проте дане положення не означає, що підприємства не повинні враховувати їх у своїй діяльності.

Реалізація політичного ризику може бути викликана певними подіями політичного характеру. У найбільш загальному вигляді його джерелами є дії, за яких неможлива господарська діяльність:

- військові дії;
- виникнення локальних конфліктів;
- здійснення революцій, переворотів тощо;
- загострення внутрішньополітичної ситуації в країні внаслідок проведення глобальних політичних заходів, таких як референдуми, вибори;
- зміна політичного курсу, який проводить держава;
- зміна геополітичної ситуації.

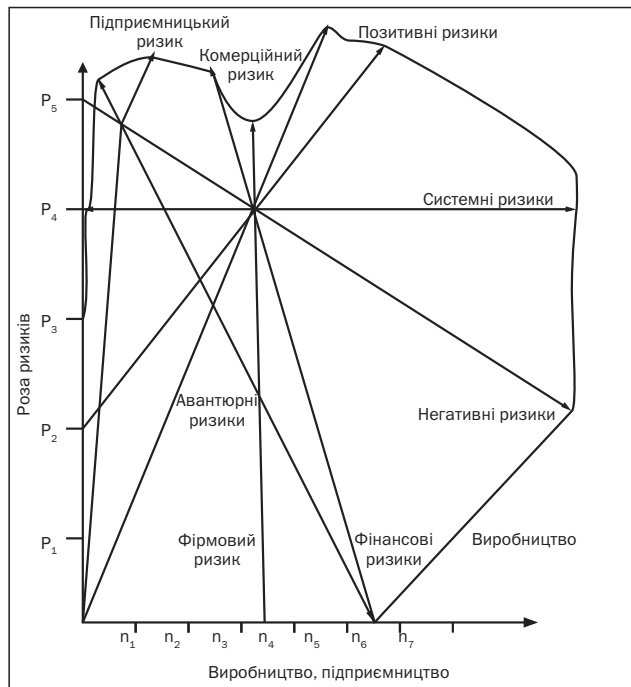


Рисунок 1.27. Виправдані економічні ризики і виробнича підприємницька діяльність

Для підвищення ефективності процесу управління ризиками буде доцільним структурувати ризики, які виникають унаслідок невирішення проблем забезпечення прав власності, на такі групи:

- ризики недостатнього обсягу патентування всіх видів рішень, які приймаються при створенні інноваційних продуктів;
- ризики опротестування патентів, які отримує фірма;
- ризики незабезпечення патентної чистоти;
- ризики, пов'язані з паралельним патентуванням і нелегальною імітацією;
- ризик виробничого шпіонажу.

Ризики, пов'язані з недостатнім обсягом патентування всіх видів рішень, що застосовуються при створенні інноваційних продуктів, мають цілий ряд джерел походження, з яких найбільш суттєвими є такі:

- допущені помилки при виборі місця реєстрації, де фірмі буде забезпечений максимальний патентний захист;
- вірогідність недостатньо повного патентного захисту;
- неотримання чи запізніле отримання патенту;
- вірогідність отримання патенту на невеликий термін, протягом якого фірма не зможе досягти запланованих результатів.

Ризики, пов'язані з виникненням конфліктів між фірмою і законодавством, стосуються її інноваційної діяльності і є наслідком того, що:

- інновація, розроблена фірмою, передбачає таку організацію виробництва, при якій забруднення навколишнього середовища буде відбуватися на межі допустимих норм або перевищувати їх;
- створений продукт може бути в майбутньому заборонений для використання, якщо він не пройде державну атестацію (наприклад, нові ефективні лікарські засоби);
- нова технологія чи новий продукт можуть бути кваліфіковані як такі, що не відповідають деяким законам, або не зовсім такі, що підпадають під дію наявних законодавчих заборон.

Кредитні ризики тісно пов'язані з процентним ризиком і в своїй більшості джерела їх виникнення однакові. Головна відмінність полягає в тому, що ризики першої групи розглядаються з позиції кредитора, а другої — з позиції позичальника.

При цьому виділяють декілька специфічних ризиків, що належать до даної групи:

- біржові ризики, суть яких полягає у вірогідності виникнення втрат унаслідок проведених фірмою біржових справ;

— селективні ризики (ризики вибору), суть яких полягає в неправильному виборі при формуванні інвестиційного портфеля, виборі позичальника;

— ризики ліквідності, пов'язані з можливістю втрат при реалізації цінних паперів або інших товарів внаслідок зміни їх якості, споживацької вартості тощо;

— ризики банкрутства, що виникають внаслідок неправильного вибору щодо застосування капіталу і здатності розраховуватися за взяті на себе зобов'язання.

Отже, ризик є обов'язковим елементом діяльності підприємства на фінансовому ринку, що визначається самим існуванням і розвитком господарського процесу.

Загалом практичне використання в ситуації ризику основних елементів системи управління може бути зведене до виділення таких елементів:

— допущення ризику лише в межах соціально можливого рівня;

— розробка конкретних рекомендацій, орієнтованих на усунення чи мінімізацію можливих негативних наслідків ризику;

— створення спеціальних планів, які дозволяють оптимально діяти в критичних ситуаціях, що реалізуються з ризиком чи контролюються цим процесом;

— підготовка та прийняття нормативних актів, що допомагають втілити в життя альтернативу;

— урахування психологічного сприйняття ризикованих рішень і програм, аналіз громадської думки при підготовці і виборі подібних проєктів.

Існує два основні шляхи захисту підприємств від ризику, які можна класифікувати за активністю дій:

— пасивне втручання;

— активне реагування.

Пасивне втручання — це використання стратегії страхування можливих ризиків. Цей шлях не передбачає з боку фірми активних дій, спрямованих на зниження ступеня ризику, а змушує її знаходитися в ролі стороннього спостерігача, який констатує факт реалізації чи нереалізації застрахованих ризиків. У багатьох випадках така позиція виправдана як наявністю цілого ряду обмежень на використання диверсифікації як однієї зі стратегій діяльності, так і системним характером деяких ризиків, що дає можливість зменшити ризик і дозволяє хеджувати.

Активне реагування — це використання підприємством стратегії диверсифікації своєї діяльності з метою зниження ступеня ризику.

Процес диверсифікації розглядається у двох аспектах: у широкому і вузькому. Під диверсифікацією в широкому значенні розуміється розширення сфери діяльності будь-якої організації, незважаючи на те, до якої сфери економіки вона належить і в якому напрямку проходить.

Стосовно різних галузей і сфер підприємницької діяльності існує вузьке розуміння терміну, зокрема під диверсифікацією виробництва треба розуміти процес проникнення спеціалізованих підприємств у нові для себе галузі матеріального й нематеріального виробництва з метою забезпечення стабільних умов функціонування, а значить, і зниження рівня втрат на випадок реалізації певних ризиків. Підприємницька діяльність не обмежується лише сферою промислового виробництва, а тому ми будемо розглядати диверсифікацію як процес, що починається на промисловому підприємстві, а не такий, що залишається лише в межах промислового виробництва, і зробимо аналіз усієї сукупності можливих напрямків її розвитку.

За рівнем проходження диверсифікаційні процеси можуть бути класифіковані:

- на фірмові;
- міжфірмові;
- галузеві;
- міжгалузеві;
- державні;
- міждержавні.

За масштабами ринкового (економічного) простору відзначають диверсифікацію:

- одного ринку;
- сукупності ринків.

За напрямками виділяють одно- і багатопрофільну диверсифікацію.

Диверсифікаційні процеси мають об'єктивний характер. З одного боку, вони є реакцією певного економічного організму на мінливі умови навколишнього середовища, а з другого — це каталізатор, що стимулює безпосередньо зовнішні зміни.

Як реакцію на зміни навколишнього середовища диверсифікацію можна розглядати в контексті виробничої стратегії підприємств і, зокрема, стратегії ефективного управління ризиками, а як стимулятор зовнішніх змін — в аспекті ринкових змін.

Організаційні процеси та масштаби диверсифікації в різних країнах різні, а становлення її відбувається нерівномірно, стрибкоподібно і

пов'язане з нерівномірністю економічного і політичного розвитку, історичними і культурними особливостями.

Що стосується міжнародних економічних відносин, то тут все більшу силу набирає інтернаціоналізація господарських зв'язків. Постійно переглядаються світові товарні ринки, швидко поширюється і диверсифікується міжнародний ринок послуг.

Світовим досвідом підтверджено, що через використання стратегії диверсифікації з метою зниження ступеня ризику суб'єкти підприємницької діяльності можуть вирішувати цілий ряд завдань, серед яких чільне місце посідає створення принципово нових товарів і послуг.

Сукупність мотивів і умов внутрішнього та зовнішнього характеру визначають вибір одного з декількох можливих напрямків диверсифікації.

Основні відмінності міжними полягають лише в порівняльній класифікації цих структур і ступені складності. Мотивації та умови

внутрішнього походження за принципом однорідності ознак, що лежать в їх основі, розподіляються на три основні групи:

- економічні (виробничо-економічні);
- техніко-технологічні;
- соціально-психологічні.

Ці три групи охоплюють найважливіші сфери життєдіяльності підприємства.

Економічні мотивації й умови внутрішнього походження являють собою комплекс виробничо-економічних аспектів діяльності підприємства,

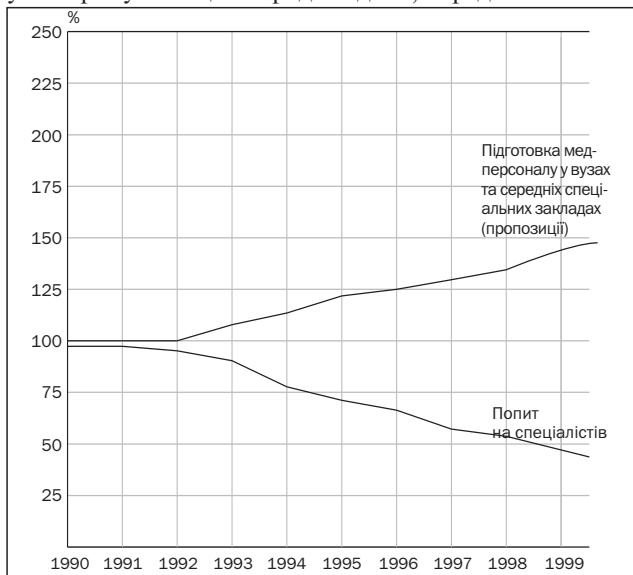


Рисунок 1.28. Динаміка підготовки фахівців з медицини та потреба в них для медичних установ України за 1990–1999 рр. (пропозиції і попит кадрового ринку)

що утримують певну кількість параметрів, залежно від вибору яких можна вибрати той чи інший напрямок диверсифікації (у тому числі й у мед-промі). Елементи взаємопов'язані між собою, і серед них виділяють групу елементів, що безпосередньо пов'язані з виробництвом: рентабельність продукції, її якість і конкурентоспроможність, і групу елементів, що безпосередньо пов'язані з вироблюваною продукцією: прибуток підприємства, наявність і структура його обігових коштів, мотивація працівників до праці, перспективи розвитку підприємства.

Рентабельність продукції може бути мотивом чи умовою до диверсифікації в тому випадку, якщо існує її зниження та неможливо запобігти її реалізації, використовуючи наявні можливості.

Якість і конкурентоспроможність продукції стає мотивом чи умовою у тому випадку, коли створена на підприємстві ситуація з випуском даного виду продукції є такою, що:

— якість вироблюваної підприємством продукції не дозволяє їй бути конкурентоспроможною на ринку даного товару;

— відсутнє збільшення обсягу прибутку адекватно росту обсягів інвестицій у виробництво базового виду продукції;

— відбувається зміна якості продукції внаслідок зміни компонентів, які складають первинну якість, і, як наслідок, зниження конкурентоспроможності.

Прибуток підприємства може бути мотивом чи умовою до диверсифікації в тому випадку, якщо існує його зниження, що може бути виражене:

— абсолютним або відносним його зниженням (на випадок реалізації певного ризику чи групи ризиків);

— наявністю чи загрозою збільшення амплітуди термінів отримання прибутку.

Склад і структура обігових фондів є мотивом чи умовою в такому випадку:

— якщо наявність вільних грошових коштів перевищує дійсну потребу в них;

— використання вільних грошових коштів недостатньо ефективно і є шляхи для більш ефективного їх використання, тобто має місце ситуація, при якій реалізований ризик втраченої вигоди;

— існують великі сировинні і матеріальні запаси, які перевищують дійсну потребу в них.

Система мотивації до праці працівників підприємств, особливо щодо оплати праці, є мотивом чи умовою до диверсифікації в такому випадку:

- якщо рівень заробітної плати при сформованій структурі асортименту продукції чи наданих послуг недостатньо високий;
- існує можливість збільшити заробітну плату працівникам за рахунок змін у стратегії підприємства;
- рівень заробітної плати за наявних на підприємстві умов безпідставно завищений і необхідно знайти джерела покриття цього завищення.

Перспективи розвитку підприємства є найбільш комплексним елементом багатьох виробничо-економічних мотивацій, пов'язаних з виробництвом продукції. Ця комплексність здебільшого виявляється у тому, що даний елемент присутній в усьому іншому так само, як і в даному випадку. Складна структура цього елемента вимагає для більш детального його розгляду виділення за ознакою більшої однорідності окремих його ланок і віднесення їх до визначеної більшості.

До виробничо-економічної більшості належить та ланка перспектив розвитку підприємства, що охоплює цю сферу. При цьому перспективи розвитку підприємства в частині виробничо-економічної більшості можуть бути мотивами чи умовою до диверсифікації в такому випадку:

- якщо при випуску даного виду продукції та участі в даних сферах діяльності існує загроза зниження рівня рентабельності нижче середнього рівня в цілому в економіці, відносного зниження якості продукції й абсолютного зниження її конкурентоспроможності;
- є перспектива відносного зниження прибутку за умови продовження традиційного виду діяльності;
- можлива зміна структури обігових коштів у бік їх оптимізації;
- є перспектива подорожчання робочої сили й неможливості підвищення заробітної плати на підприємстві при збереженні існуючої структури діяльності підприємства, що може стати причиною впливу кваліфікованих кадрів, необхідних для виробничого процесу.

Мотивацією й умовою диверсифікації є також техніко-технологічна більшість, елементи якої такі: стан основних виробничих фондів та їх структура, завантаженість устаткування, універсальність устаткування, що використовується, наявні технології, перспективи розвитку підприємства.

Стан основних виробничих фондів та їх структура є або мотивом, або умовою того, щоб підприємство вибрало своєю стратегією диверсифікацію в такому випадку:

- якщо використовуване устаткування фізично зношене до рівня неможливості виробництва на ньому досить конкурентоспроможної продукції в попередніх обсягах;

— використовуване устаткування знаходиться на стадії морального зносу, а тому є загроза відносного збільшення собівартості продукції порівняно з підприємствами, що займаються випуском аналогічної продукції;

— структура функціонуючих основних виробничих фондів нерациональна, а саме існує значне відхилення в бік пасивної частини і при цьому є можливість налагодження випуску іншого виду продукції чи надання послуг на наявних вільних виробничих площах;

— структура функціонуючих основних виробничих фондів нерациональна внаслідок значного відхилення в бік активної частини і при цьому з'являється можливість зміни асортименту вироблюваної продукції (послуг) для оптимізації відношення між активною й пасивною частинами основних фондів.

Універсальність використовуваного устаткування є мотивом диверсифікації.

1.12. Капітальні витрати

Типовою рисою оцінного аналізу в охороні здоров'я, коли йдеться про широкомасштабні проекти, є принаймні одне з рішень інвестувати до основного капіталу. У нашому дослідженні розмір реальних активів основного капіталу вимірюється кількістю лікарняних ліжок. Отже, кількість ліжок взагалі використовують для вимірювання основного капіталу, хоча цілком очевидно, що такий показник придатний лише для попереднього наближення. Логічне обґрунтування використання кількості ліжок полягає у припущенні існування фіксованої пропорційної залежності між кількістю ліжок і капітальними витратами.

Реалістичні калькуляції враховують також обсяг і характер медичного обслуговування, передбаченого для різних категорій лікарняних ліжок, розрізняючи, наприклад, ліжка залежно від стану хворих. Капітальні витрати варіюють також відповідно до різних місцевостей та різних лікарень, у кожній окремій місцевості залежно від структури фінансування.

У нашому дослідженні проведена груба оцінка капітальних витрат кожного з рішень. Це виявилось дещо складнішим, ніж ми очікували, оскільки окремі економісти не були знайомі з рівнем точності, необхідним для таких досліджень. У багатьох випадках капітальні витрати поряд з поточними не є вирішальними для кінцевого результату.

1.13. Поточні витрати

Оприлюднення витрат на охорону здоров'я дає уявлення про загальні лікарняні витрати за деякими окремими статтями. Однак ці статистичні викладки не придатні для більшості видів оцінного аналізу. Там, де передбачено закрити стаціонарне медобслуговування пацієнтів, але зберегти амбулаторне, згадані статистичні дані не дозволяють урахувати частку вартості послуг, заощаджену внаслідок закриття стаціонару.

Для цього слід визначити, чи зростають видатки за такими статтями, і якщо так, то наскільки:

- харчування;
- ліки;
- білизна;
- санітарно-лікувальний догляд;
- лікарі;
- діагностичні аналізи;
- комунальні послуги;
- транспортне обслуговування;
- управління.

Доречно також зважити на тривалість перебування хворих у стаціонарі. При короткотерміновому перевантаженні стаціонару вірогідність потреби у додатковому персоналі менша, ніж при довгостроковому.

В Україні останнім часом негативно впливає на загальний показник поточних витрат постійне зростання цін на ліки. Саме цю обставину ми враховуємо в діяльності підприємства «НІР» при виробництві медичних препаратів, що автором роботи буде змістовно висвітлено нижче.

1.14. Ринки й ринкові неспроможності охорони здоров'я

У традиційному процесі ринкового розподілу діяльність виробників скоординована між ними самими й відповідно до попиту (але не до потреб) споживачів шляхом обміну інформацією у вигляді ринкових сигналів. Виробники в умовах конкурентного ринку розширюють виробництво кожного товару й виду послуг аж до моменту, коли вартість виробництва додаткової одиниці товару дорівнюватиме ринковій ціні цього товару. Оскільки виробники прагнуть максимальних прибутків, вони схильні утримувати вартість виробництва на мінімальному рівні, а виробництво матиме більшу вартісну ефективність. Оскільки ціна є граничним відображенням споживчої оцінки товару чи послуг, то за інших рівних умов, якщо вищою буде споживча оцінка товару, вищою виявиться й ціна. Оскільки ж виробники керуються ціновими сигналами, можна сподіва-

тись, що модель виробництва відповідатиме бажанням споживачів. Таким чином, на ринок надходить сукупність товарів і послуг, недорогих за собівартістю, але таких, що задовольняють потреби споживачів.

Ринок, знову ж таки за допомогою цінових сигналів, забезпечує систематичний розподіл товарів і послуг відповідно до наявного розподілу добробуту.

За визначеною ринковою ціною споживачі купуватимуть додаткові одиниці товару, якщо їхня оцінка цих додаткових одиниць відображатиме готовність платити за товар. Тоді розподіл товару залежатиме від здатності споживачів до оплати, а отже — від їх добробуту. Таким чином, розподіл визначатиметься не самим лише попитом, а й наявною структурою володіння добробутом.

Ціни, виступаючи сигналами попиту і постачання, діють як простий механізм вирішення надзвичайно складної проблеми розподілу. Ціни допомагають у «невидимому», але не безкоштовному процесі переміщення ресурсів. За інших супутніх умов, зокрема відсутності зовнішніх впливів, проста операція між двома сторонами — виробником і споживачем не лише визначає ринкові ціни, але й сприяє досягненню суспільної (економічної) гармонії.

Такий аналіз має в підтексті не лише досконалість системи ціноутворення та відсутність зовнішніх впливів, але й чіткий розподіл і утримання прав власності. Постачальник виробляє товар, який надходить на ринок і вимінюється за кліринговою ціною в такий спосіб, що споживач одержує права власності на цей предмет споживання. Проста демонстрація обміну зосереджує увагу на ринкових стосунках між двома сторонами — виробник і споживач, які діють незалежно, незважаючи на факт обмеження пропозиції попитом.

Тлумачення економіки охорони здоров'я присвячені здебільшого процесу споживання. Як зазначено вище, маючи вибір, переважна більшість людей не хотіла би брати участь у споживанні охорони здоров'я. Річ не лише в тому, що споживання охорони здоров'я передбачає хворобливий стан споживача, а й у тому, що захворювання як таке є джерелом негативної корисності і часом лікування може видаватися гіршим, ніж захворювання. Користування послугами охорони здоров'я здійснюється завдяки надії споживачів таким чином забезпечити собі ліпший стан здоров'я. Для споживання це погано, і «попит» на охорону здоров'я є похідним від основного прагнення бути здоровим.

Проте, як згадувалося вище, ринку здоров'я немає. Тим часом є ринок охорони здоров'я — розміщення ресурсів на ньому задля роз-

поділу охорони здоров'я відбувається завдяки ідеї про її вплив на стан здоров'я. Однак для цього ринку характерні накладки прав власності, наявність зовнішніх впливів, а також недосконалість системи ціноутворення, що впливає з надмірної вартості здійснених операцій. Це підриває ефективність ринкових принципів розподілу й водночас викликає зацікавлення економістів, які спеціалізуються на охороні здоров'я.

Трансакційні витрати стають вагомішими, якщо в процесі розподілу коштів домінує низка таких умов:

- обмеження раціональності;
- невизначеність або ускладненість вибору рішень;
- незначна кількість персонажів, задіяних у полі цілої трансакції;
- опортуністична поведінка, спричинена егоїзмом і браком неупередженості й ширості у здійсненні трансакцій;
- інформаційна залежність;
- атмосфера, що постає з факту здатності до вибору рішення і процесу трансакції як такого, що може зашкодити корисності.

Споживачам часто бракує інформації щодо часового розподілу їх індивідуального споживання охорони здоров'я й ефективності лікування. Оцінка корисності споживачем спирається на інформацію, надану постачальником, про взаємозв'язок охорони здоров'я і стану здоров'я, а також про вірогідні наслідки.

Зрозуміло, що ступінь залежності споживача від агента пов'язаний з невизначеністю й складністю умов, пов'язаних із вибором рішення. З цього приводу варто ще раз наголосити, що охорона здоров'я завершується гетерогенним предметом споживання. Іноді при користуванні послугами охорони здоров'я, незважаючи на непередбачуваність часового розподілу цього споживання, невизначеність або складність процесу вибору рішення щодо взаємозв'язку охорони здоров'я і стану здоров'я можуть не становити суттєвої проблеми.

Більше того, потенційно високі ціни, пов'язані з процесом вибору рішення у споживанні послуг охорони здоров'я, а надто страх зробити неправильний вибір способу лікування, спричинюють глибоку залежність від агента.

Зрештою, вартість може досягти такої межі, за якою споживач взагалі ладен відмовитись від участі у процесі вибору рішення. У будь-якому випадку права власності споживача на функцію корисності недостатньо розмежовані, як того вимагає ефективне здійснення принципів ринкової регуляції.

Невизначеність часового розподілу і форма користування охороною здоров'я позначаються на постачанні настільки, наскільки виробництво в цьому секторі змушене переходити на короткострокове розміщення коштів. Охорону здоров'я непросто складувати, позаяк послуговий предмет споживання не піддається належній інвентаризації. Вона також мало піддається зміщенню між категоріями споживачів, оскільки є предметом споживання — посередником у виробництві стану здоров'я. Тому виробництво варіюватиме залежно від діагностичної категорії, а можливо, і від кожного індивідуального випадку в одній діагностичній категорії.

Отже, споживач спирається на інформацію, отриману від постачальника, щодо природи вірогідних результатів процесу споживання в конкретному випадку.

Ринок неспроможний ефективно впоратися з цими проблемами. Часто ринкові питання цілком спираються на повторні угоди як засіб пом'якшення невизначеності. Але навіть якщо припускається фізична здатність пацієнта до повторних переговорів, зберігається інформаційна залежність, а отже, повторна угода не обов'язково приведе до ефективного розв'язання.

Крім того, пацієнт (споживач) не завжди погоджується, щоб його лікар, який є, зрештою, його агентом, надто тісно був пов'язаний з витратами на постачання медичних послуг. Природно, що злиття ризиків через попередню оплату не може подолати загрозу встановлення монопольної влади внаслідок інформаційної залежності. Інший спосіб передбачає повне перекладення ризику з лікаря на пацієнта на підставі угоди з оплатою та результатами.

І знову лікарі з огляду на невизначеність ефективності лікування можуть неохоче брати на себе ризик.

Ідеальне страхування нелегко здійснити в належний спосіб. Ці проблеми з угодами набувають подальшого загострення через проблеми трансакцій з малою кількістю учасників. Якщо обмін обмежений незначним числом трансакцій, доводиться віддавати суттєві кошти на досягнення клірингової ціни; проблема полягає в тому, що механізм конкуренції не спрацьовує, а це призводить до неефективності ринку. Не дивно, що такий «нечисленний» обмін разом з інформаційною залежністю посилює загрозу формування опортуністичної поведінки.

Іншими словами, атмосфера, у якій відбувається споживання, також впливає на корисність. Справді, процесова корисність може набувати такої ваги, що визначатиме природу виробництва. Наприклад, може мати місце спроба відокремити економічні аспекти від медичних, тобто віддалити споживання від економічних рішень уже під час споживання. Ніхто

не хоче додати споживачу негативну корисність, обумовлену хворобою, втягуючи його в переговори про ціну лікування.

Відтак цілком закономірною виявляється поразка ринку в цьому секторі. Основною проблемою виступає неефективність ринку там, де обмін сконцентрований у короткостроковому полі з малим числом учасників трансакцій за умови залежності щодо інформації про природу предмета споживання та його вірогідних наслідків і де товар не піддається заміщенню серед споживачів. А процес вибору рішень ускладнюють проблеми невизначеності й складності. У кращому разі назріває загроза монопольної влади, у гіршому — повний провал розміщення коштів, якщо такі залишилися для ринку. Отож, не дивно є поява різноманітних структур, що мають на меті виправлення цих потенційних і фактичних ринкових неспроможностей.

Отже, у більшості випадків попит на охорону здоров'я обумовлює попит на його страхування.

1.15. Сучасні тенденції у витратах на охорону здоров'я

Розширений огляд витрат на охорону здоров'я у країнах — учасницях організації співробітництва й розвитку дозволив з'ясувати, що з 1960 по 1997 рік витрати на охорону здоров'я в розвинутих країнах світу зростають вдвічі швидше за ВВП.

В Україні за останні 7 років витрати на охорону здоров'я зменши-

Таблиця 1.2. Витрати на медичне обслуговування на душу населення за 1998 рік у доларах США

Країна	Витрати за рік
Австралія	928
Австрія	738
Бельгія	630
Канада	1075
Данія	819
Фінляндія	765
Франція	999
Німеччина	895
Греція	250
Ісландія	974
Ірландія	597
Італія	454
Японія	815
Люксембург	601
Нідерланди	836
Нова Зеландія	440
Норвегія	1123
Португалія	205
Іспанія	378
Швеція	1291
Швейцарія	1275
Великобританія	644
США	1522
Росія	95
Україна	78

лися втричі. Відмінності витрат на охорону здоров'я в різних країнах показано в табл. 1.2.

Соціально-економічна криза в Україні й Росії поставила на межу банкрутства економіку охорони здоров'я в цих країнах. Фінансування цієї галузі здійснюється по залишковому принципу.

Таблиця 1.3. Частка витрат на охорону здоров'я у загальних витратах країн на 1998 рік

Країна	Відсоток загальних державних витрат на охорону здоров'я у ВВП
Австралія	8,6
Австрія	8,5
Бельгія	7,2
Канада	6,9
Данія	7,4
Великобританія	7,2
Фінляндія	7,6
Франція	10,5
Німеччина	9,8
Греція	6,2
Ірландія	8,0
Італія	8,1
Японія	7,9
Нідерланди	9,8
Нова Зеландія	6,3
Норвегія	7,9
Португалія	4,9
Іспанія	5,5
Швеція	10,6
Туреччина	1,0
США	12,1
Росія	0,7
Україна	0,6

В основі зростання витрат на охорону здоров'я в передових країнах світу лежать два ключових фактори: природа охорони здоров'я як товару й концепція охорони здоров'я як права. Доктор економіки Аарон застерігав: «Сучасний процес невпинної технічної революції у медицині знецінив вартість цього права. Якщо всі охороноздоровчі послуги, що дають користь пацієнтові, надаватимуться безплатно, виходячи з того, що є громадським правом, масштаби збитків дедалі зростатимуть». І далі: «Досі... простіша технологія дозволяла розглядати відносно недорого охорону здоров'я як право, а не як звичайний економічний товар». Виходячи з цього мусимо припустити, що взагалі охорону здоров'я можна розглядати і як «звичайний» товар.

«Система охорони здоров'я заохочує пацієнтів до максимізації прибутків незалежно від вартості її виробників (лікарів), до максимізації прибутків, незважаючи на вартість. Ані споживачів, ані постачальників ніщо не спонукує до зіставлення вартості й корисності охорони здоров'я і здійснення граничного вибору» (проф. Джон Гіндерсон).

Це порушує ряд важливих проблем, що стосуються, зокрема, спра-

ведливості розподілу прав власності під час вирішення питання розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я.

Розглядаючи табл. 1.3, ми ще раз впевнюємось у низьких показниках витрат державного бюджету на охорону здоров'я в Україні.

1.16. Стан охорони здоров'я в Україні

Сьогодні, коли процес державотворення й демократизації торкається всіх сфер життя українського суспільства — політичної, економічної, соціальної, культурної, духовної та ін., досить актуальним є питання про те, на якій підставі вони розвиватимуться.

Воно не оминає такої сфери, як охорона здоров'я. Без сумніву, вітчизняна охорона здоров'я розвиватиметься передусім на підставі набутого історичного досвіду і конкретних умов, що існують в Україні. Але орієнтиром у цьому розвитку повинні стати найкращий досвід та принципи побудови

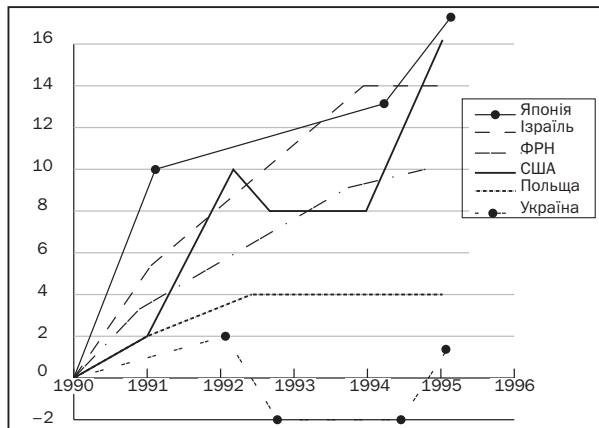


Рисунок 1.29. Динаміка росту темпів виробництва протиракових лікарських засобів у країнах світу за 1991–1996 рр.

й розвитку охорони здоров'я, відображені в «Європейській політиці досягнення здоров'я до 2000 року».

За останні роки в Україні значно погіршився стан здоров'я населення. До цього призвели економічна й політична нестабільність, Чорнобильська катастрофа, інші економічні негаразди. Особливо непокоїть стан здоров'я дітей і людей працездатного віку. Значно поширилися всі захворювання, зокрема гіпертонічна та ішемічна хвороби серця, хвороби органів травлення і дихання, онкологічні захворювання. Після сумнозвісної аварії дуже ускладнилася ситуація з хворобами щитоподібної залози, опорно-рухового апарату. Прогресує рак щитоподібної залози у дітей.

Дуже високою є захворюваність серед дітей. Так, лише 40 % випускників шкіл можна вважати здоровими, решта мають ті чи інші

захворювання. Такий стан повинен викликати стурбованість державної влади.

Особливо ж тривожить те, що зростає не тільки захворюваність, а й смертність дітей. Причини смертності, так би мовити, помінялися місцями, змінилася і їх структура. На перше місце вийшли побутові травми, нещасні випадки, зокрема дорожньо-транспортні пригоди. Другою причиною смертності серед дітей є онкологічні захворювання. Це те, що дали нам Чорнобиль, екологічне неблагополуччя, все наше неспокійне життя.

Хочу зупинитись ще на одному питанні, що свідчить про стан здоров'я наших людей, — це народжуваність та смертність. Україна перебуває на межі демографічного краху.

Середня тривалість життя скоротилася в чоловіків до 64,9 року, жінок — до 72,2. Водночас у США середня тривалість життя становить 76, у Європі — 78, у Японії — 79 років. Смертність чоловіків у 20-річному віці у 5 разів вища, ніж жінок, у 6-річному — у 3 рази. Тобто з життя дуже швидко йдуть чоловіки у найбільш продуктивному віці.

Турбує й те, що різко зросла кількість інфекційних захворювань. Значно знизився імунітет населення, особливо в людей, які мешкають у більш забруднених радіонуклідами районах. Причому дорослі стали частіше хворіти на дитячі хвороби, зокрема почастишали випадки захворювань на дифтерію серед дорослого населення.

Інфекції стали частіше вражати дітей, зокрема першого року життя. Діти цього віку взагалі не повинні хворіти на інфекційні хвороби, бо з кров'ю матері отримують антитіла, імунний захист. Проте коли мати не має достатнього імунного захисту, то як вона забезпечить ним дитину?

Значну небезпеку в Україні становить туберкульоз, хвороба, яку, як вважалося, ми побороли раз і назавжди. Вона повернулася з погіршенням умов життя. Ситуацію ускладнює те, що нерідко її виявляють пізно, уже з розпадом легеневих тканин.

Держава повинна компенсувати медичним установам, підприємствам медичної промисловості затрати на утримання й лікування людей похилого віку, котрі в деяких лікарнях становлять до 40 % пацієнтів. У багатьох немає ні дітей, ні родичів, їх утримують медичні установи, відриваючи засоби від лікування працездатного населення.

Кероване мною підприємство «НІР» також надає благодійницькі послуги самотнім людям похилого віку, які неспроможні самі себе утримувати, доглядати й обслуговувати.

Я вважаю, що в Україні в перехідний період повинно бути дві форми медичного обслуговування: безкоштовно для більшості населення і плат-

на — для матеріально забезпечених людей. У нас є клас заможних людей, які мають платити за це і тим самим підтримувати галузь, працювати на розвиток ринку охорони здоров'я як товару. Щодо впровадження страхової медицини автор висловив свої загальні думки вище. Тут потрібна поміркована, глибоко зважена соціально-економічна політика держави. До речі, у такій багатій країні, як Швеція, страхова медицина загальмувала. Там розглядається перспектива переходу на бюджетну медицину.

Над цим працюють і в США. У Японії існує три системи — платна, страхова й бюджетна. Тепер думають над тим, щоб залишити дві — платну для багатих і безплатну для решти населення. Отож, нам не варто кида-тися на пошуки форм, від яких люди вже відмовляються. Бо потім важко буде повертатися до свого, випробуваного. Якби до напрацьованої в Україні системи охорони здоров'я додати нормальне фінансування, то не треба було б нічого шукати. Адже і без того вже було багато необгрунтованих, не підкріплених науково наскоків на галузь, спроби різних реорганізацій як системи охорони здоров'я, так і її складових частин, зокрема відомства з виробництва лікарських засобів.

На здоров'ї людей не можна наживатися. Головне — забезпечити потреби населення в здоров'ї, а не проводити реформи заради реформ.

1.17. Економічна ефективність системи медичної допомоги в Україні

Як же все-таки вивести українську охорону здоров'я з кризи?

Якщо ми орієнтуємось на державний характер системи охорони здоров'я (а іншого й не дано), то мусимо визначити й міру її економічної рентабельності: досягнення найвищої якості за найменших витрат. «Найменші витрати» не означають «найдешевших» витрат.

Під найменшими витратами маються на увазі найменші з усіх можливих. Кінцева мета медицини — максимальне задоволення потреб споживача в медичній допомозі, поліпшення здоров'я людей. Звісно, що для досягнення цієї мети допомога має бути якісною та ефективною. А що таке якість та ефективність? Це — синонім вартості. Чим вартість вища, тим за інших рівних умов допомога якісніша й ефективніша, і навпаки. Отже, намагаючись досягти найвищої якості та ефективності, слід забезпечити належну вартість медичної допомоги.

А чи не суперечить це вимозі «найменших витрат»?

Ні, не суперечить. Максимальне задоволення потреб споживача в товарах (у тому числі в послугах охорони здоров'я) підлягає чинності так званого закону граничного задоволення.

Витрати слід зменшувати не через штучне здешевлення медичних послуг, а через зменшення витрат виробництва (приклад підприємства «НІР»). Витрати виробництва економічна наука поділяє на постійні та змінні. До постійних витрат у системі медичної допомоги належать приміщення, їхня амортизація, страхові внески тощо. До змінних — працівники, апаратура, обладнання, медикаменти, комунальне господарство, транспорт, зв'язок, банківські послуги, інформатика, маркетинг тощо.

Основні принципи визначення й обчислення змінних витрат ґрунтуються на концепції граничної продуктивності факторів виробництва й законів її поступового зменшення, унаслідок чого відбувається поступове збільшення граничних витрат. Закон зменшення граничної продуктивності змінних факторів виробництва економічна наука формулює так: введення додаткових одиниць змінного фактора виробництва призводить до поступового зниження граничної продуктивності, якщо значення хоча б одного фактора залишається постійним протягом певного періоду виробничого процесу. Для прикладу: ставши на шлях невпинної спеціалізації і не забезпечивши її відповідними коштами, радянська система невпинно зменшувала свою продуктивність, здешевлювала пересічну медичну послугу, а отже, знижувала її якість та ефективність, маючи вдвічі-втричі більше лікарів, ніж розвинуті країни світу, система відчуває зростаючий їхній дефіцит, а якість та ефективність допомоги продовжують знижуватися.

Забезпечення економічної ефективності системи охорони здоров'я на різних рівнях її організації має свої конкретні завдання: на рівні медичного працівника — це пошук оптимального мінімуму медичних послуг для кожного пацієнта та його відповідність науково обґрунтованим стандартам; на рівні медичного закладу — досягнення раціонального співвідношення змінних факторів медичної допомоги, передовсім медпрацівників і медикаментів, забезпечення обґрунтованої тактики та стратегії менеджменту, організація процесу надання медичних послуг; на рівні регіональної медичної допомоги — її раціональна організація, зокрема забезпечення економічно доцільного співвідношення первинної, вторинної та третинної ланок. Усі ці питання потребують наукового обґрунтування.

Трагедія полягає в тому, що з 250 тисяч лікарів, які є в Україні, займається вивченням саме цих життєво необхідних питань сьогодні практично нема кому. Це автор стверджує на підставі власного практичного досвіду як керівник підприємства з виробництва медикаментів, який щоденно має справу з усіма сферами системи охорони здоров'я України, а також державними органами управління цією системою.

Медичні заклади вторинного рівня в Україні перебрали на себе найбільший обсяг допомоги. Нехтування економічними законами призвело до вкрай незадовільної роботи цього рівня. Наведемо окремі приклади нормативної завантаженості лікарів у міських лікарнях. У поліклініках: травматологи — 69,1 %, отоларингологи — 53,4 %, невропатологи — 42,7 %, окулісти — 30,4 %, у стаціонарах: хірурги — 22 %, акушери-гінекологи — 28,1 %, кардіологи — 35,8 %, ревматологи — 41,1 %, пульмонологи — 41,2 %, гастроентерологи — 52,2 %.

Найбільше дивує деградація третинного рівня. Цей рівень, що уособлює сучасні найвищі досягнення медичної науки, ніби має для того необхідну передумову — клініки медичних вузів. Що сьогодні репрезентує найвищі медичні досягнення? Пересадка органів, систем, операції на коронарних судинах серця, штучний гемодіаліз, лікування лейкозів тощо. Нічого з цього у нас на третинному рівні роботи не можуть, 95 % хворих, які лежать в обласних лікарнях, можуть і повинні лікуватись у центральних районних, міських і навіть дільничних лікарнях.

Парадоксально, але помітну роль у деградації третинного рівня зіграли клініки медичних вузів. Річ у тому, що Україна готує неймовірну кількість лікарів, у відносному обчисленні — найбільшу у світі. Маємо 45 лікарів на 10 тисяч населення (Великобританія — 18). Щоб підтримувати забезпеченість на такому неймовірному рівні (45), нам досить готувати щорічно 2,5 тис. лікарів. Готуємо близько 10 тис., і це число щорічно зростає.

Мусимо зробити рішучі кроки до структурної перебудови системи охорони здоров'я. Відновити фундамент — підготувати лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, відповідно його оснастити з тим, щоб він забезпечив до 90 % обсягу всієї медичної допомоги. Первинний рівень має отримати адміністративну і фінансову незалежність від вторинного рівня. Тоді спеціалізована допомога на вторинному і третинному рівнях стане справжньою, а не ефемерною. Спеціалізація із фактора руйнівного перетвориться на фактор стабілізуючий, що справлятиме позитивний вплив на основний рівень допомоги — первинний.

1.18. Як змінити механізм фінансування охорони здоров'я. Системи управління

Досі в Україні медичні заклади фінансуються, як у колишньому Радянському Союзі. Тоді кошти виділялися на кадри і ліжка, отож, чим більше їх було, тим більше грошей діставалось. Говорити про якусь економічну ефективність такої системи немає підстав.

Період, що тепер переживає Україна, не є типовим. Ледве фінансуються витрати на зарплату, харчування, медикаменти. Але вже й над останніми двома статтями нависла загроза повної ліквідації.

Ще раз наголошую, що наша ставка повинна бути зроблена на державну медицину. Фінансування приватних і громадських медичних закладів — то справа їхніх власників.

У країнах з нормальною ринковою економікою держава формує свій бюджет знизу догори. Виробники товарів і послуг платять податок; основна його частка залишається на місцевому, або муніципальному, рівні; частка надходить на регіональний рівень, де вирішуються регіональні проблеми, а ще частка — на державний рівень.

Основні витрати на охорону здоров'я і життя людей повинні здійснюватися на місцевому рівні, адже тут вирішується понад 95 % усіх проблем медичного обслуговування.

Передовсім має бути забезпечена фінансова самостійність первинної ланки. Родинні дільниці мають фінансуватися безпосередньо з місцевого бюджету, а не через посередництво медичних закладів вторинного рівня. Робити це треба разом з організацією родинних дільниць. Фінансування здійснюється із розрахунку на одного жителя.

Деякі медичні заклади вторинного та третинного рівнів (онкологічні, протитуберкульозні, венерологічні) мають залишатися на цільовому фінансовому забезпеченні згідно з потребою, нормами та стандартами обслуговування хворих.

Що стосується фінансування інших медичних закладів вторинного і третинного рівнів, то тут можна вчинити по-різному. Варіант перший і найоптимальніший, що забезпечує додатковий економічний важіль удосконалення галузі: вторинний і третинний рівні заробляють гроші у первинного, отримуючи винагороду за обслуговування тих хворих, які сюди направляються з первинного рівня. Варіант другий: оплата послуг вторинного і третинного рівнів відбувається згідно з потребою, нормами та стандартами обслуговування. Звісно, нам треба починати з другого варіанта, гіркий досвід впровадження нового господарчого механізму мусить нас учити.

Як розрахуватися за медичні послуги? І тут є два варіанти: через лікарняні каси або через некомерційні страхові компанії. Через страхові компанії краще, але дорожче. Масова організація страхових компаній поряд з інертністю і небажанням буде гальмуватись браком відповідних фахівців — юристів і економістів. Тому починати треба з лікарняних кас.

Усі рівні управління охороною здоров'я забезпечують медичну ефективність охорони здоров'я. Різниця полягає лише в обсягах роботи.

Охорона здоров'я — поняття, що охоплює увесь комплекс заходів та заходів, що мають відношення до здоров'я людини, іншими словами, воно враховує весь комплекс факторів, що впливають на здоров'я людини.

Суттєвим недоліком сучасної системи управління охороною здоров'я є те, що власне охороною здоров'я ніхто не займається, усі рівні займаються, по суті, медичною допомогою.

Має відбутися зміна функцій управління. На базовому рівні має забезпечуватись передовісім медична й економічна ефективність, на регіональному і державному — соціальна й економічна. Соціальна обумовленість здоров'я — явище надзвичайно об'ємне. На одному полюсі його — закони держави, на другому — поведінка самої людини, яка навіть у сприятливих соціально-економічних умовах може вести такий спосіб життя, який неминуче призведе до патології і передчасної смерті.

Починати треба зі створення інформаційної системи, яка б давала дані стосовно здоров'я людей не загалом, а в розрізі соціальних прошарків. Очолити і скерувати цю роботу повинні науково-інформаційні центри у складі обласних управлінь охорони здоров'я та на державному рівні. Вони повинні забезпечити інформацію стосовно здоров'я соціальних прошарків суспільства й диференціювати її за рівнями обслуговування — базовим і регіональним.

На підставі інформації мають бути розроблені й реалізовані цільові комплексні програми, спрямовані на поліпшення здоров'я тих соціальних прошарків суспільства, де воно найгірше.

Конкретні результати, на досягнення яких потрібно спрямувати зусилля системи охорони здоров'я:

- забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я шляхом зменшення розриву й відмінностей у стані здоров'я між окремими регіонами й окремими групами населення;

- забезпечення повнокровного життя протягом багатьох років шляхом сприяння людям у тому, щоб повністю розвивати й використовувати їх фізичний, інтелектуальний та соціальний потенціал;

- забезпечення здорового способу життя шляхом скорочення масштабів захворюваності й інвалідності;

- подовження повноцінного життя за допомогою заходів, спрямованих на збільшення очікуваної тривалості життя.

Багато секторів суспільства повинні співпрацювати в досягненні здоров'я для всіх. Міжсекторальна участь необхідна, щоб забезпечити доступ до тих можливостей, які є передумовами здоров'я, і досягти захисту від різноманітних видів ризику в фізичному, економічному та соціальному середовищі. Такі дії передбачають співробітництво між урядовими установами на національному, регіональному й місцевому рівнях, спільну діяльність з іншими секторами, наприклад діловими та промисловими колами, профспілками й професійними групами. Це означає також необхідність вести постійний пошук із метою поліпшення якості та ефективності медичних послуг і забезпечення ефективності затрат.

РОЗДІЛ ДРУГИЙ

Проблеми і здобутки фармацевтичної галузі

2.1. Медикаментозне забезпечення населення України. Проблеми економіки і фінансів

В Україні здійснюються пошуки шляхів виходу з кризового становища в медикаментозному постачанні населення та лікувально-профілактичних закладів, у розвитку та становленні власної вітчизняної бази медичної та мікробіологічної промисловості. Мета заходів — максимально наростити виробництво вітчизняних ліків і зменшити надходження у країну медпрепаратів зарубіжного виробництва, особливо тих, які можуть з успіхом виготовлятися на вітчизняних підприємствах, як державних, так і приватних.

На даному етапі найбільш раціональною є структура, яка б змогла самостійно проводити політику в медикаментозному постачанні, забезпеченні рівня фармацевтичної діяльності. Це підприємство «Фармація» з подвійним підпорядкуванням місцевим адміністраціям і «Укрфармації», що дає можливість використовувати єдині підходи при визначенні ціноутворення, одержання від уряду відповідних пільг тощо.

Поряд з «Укрфармацією» постачанням та реалізацією медикаментів на підставі ліцензії МОЗ України займаються понад 1000 комерційних підприємницьких структур. Для впорядкування взаємодії з комерційними структурами видано наказ, яким зумовлюється порядок закупівлі в них лікарських засобів аптечними закладами.

Для проведення єдиної державної політики у фармацевтичній діяльності об'єднанню «Укрфармація» надано право здійснювати контроль за фармацевтичною діяльністю комерційних структур.

Однією з вимог для отримання ліцензії на право займатися реалізацією лікарських засобів є укладення договору з контрольно-аналітичною лабораторією.

За сучасних умов з появою недержавних структур виробників і постачальників медикаментів назріла гостра потреба в надійних бар'єрах на шляху випуску та реалізації недоброякісних ліків. У зв'язку з цим зна-

чно зросла роль Державної інспекції з контролю якості ліків Міністерства охорони здоров'я України, якій, до речі, необхідно докорінно поліпшити свою роботу.

У 1998 році рівень забезпечення населення та лікувально-профілактичних закладів медикаментами становив 30 %, у тому числі протипухлинними засобами — 9,6 %, протидіабетичними — 18 %, інсулінами — 38 %, наркотичними — 34 %, гормональними — 31 %, антибіотиками — 17 %, протизапальними засобами й анальгетиками — 25,5 %, протиастматичними аерозолями — 73 %.

Закупівля імпортованих лікарських препаратів здійснювалась об'єднанням «Укрфармація» переважно за рахунок кредитів, наданих Україні іншими державами.

«Укрфармацією» були також використані можливості закупівлі медикаментів за рахунок експорту електроенергії та залізничної сировини.

На жаль, на сьогодні в Україні відсутня достатня випереджуюча інформація про нові лікарські засоби, що виробляються підприємствами Держкоммедбіопрому.

У цьому питанні саме ТОВ «НІР» виступає надійним гарантом в інформаційному забезпеченні всіх структур охорони здоров'я України щодо номенклатури, кількості та постачання ліків, які ним виробляються.

Окремо слід порушити питання про відпуск медикаментів лікувально-профілактичним закладам, аптекам безпосередньо із заводів. Звичайно, здебільшого це дозволяє оперативніше вирішувати питання забезпечення ліками, але в ряді випадків на закупівлю препаратів загальної групи відволікаються значні кошти, призначені для закупівлі необхідних лікарських

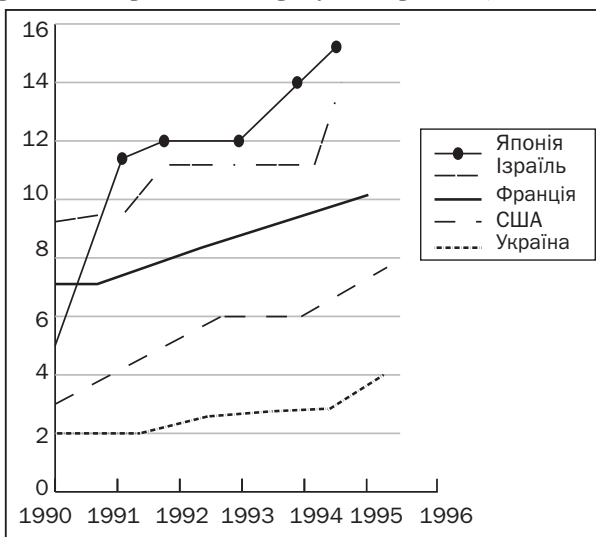


Рисунок 2.1. Питова вага виробництва протираккових медичних препаратів у загальному обсязі випуску фармацевтичних засобів у ряді розвинутих країн та в Україні

засобів, у тому числі і для своєчасних розрахунків з гарантованими постачальниками.

Спільні зусилля об'єднання «Укрфармація» і підприємств — виробників медичних препаратів повинні бути спрямовані:

— на виконання комплексної програми розвитку медичної та мікробіологічної промисловості, затвердженої урядом; її складовою частиною є діяльність ТОВ «НІР»;

— фінансування державного контракту на лікарські засоби;

— відпуск продукції у першу чергу замовникам державного контракту;

— постійний і своєчасний обмін інформацією про перспективи сировини і виробництва з неї готових лікарських форм та впровадження у виробництво нових лікарських засобів (приклад — ТОВ «НІР», інформація в наступних розділах);

— налагодження виробництва протипухлинних лікарських засобів (препарати Пропес, Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов)).

У нас накопичено значний досвід спільної роботи, що уможливило збільшення виробництва ліків, поліпшення медикаментозного забезпечення населення, становлення національної фармацевтичної промисловості.

Розширюється виробництво ліків на підприємствах, що не входять до системи Державного комітету з медичної та мікробіологічної промисловості. Це чітко видно на прикладі діяльності підприємства «НІР». Зокрема, задіяно виробництво Гемостимуліну та Ампівіту на Конотопському і збільшується виробництво Тималіну на Львівському м'ясокомбінаті.

Значну роль у поповненні асортименту найпростіших широковживаних ліків відіграють фармацевтичні фабрики. Прикладом є робота фармацевтичної фабрики у Луганській області, де за останні роки збільшено випуск галенових препаратів.

Включення лікарських засобів у номенклатуру імпорту надає певні можливості конвертації валюти за курсом Національного банку України.

Уряд повинен визначитись у питаннях державної політики щодо медикаментозного забезпечення населення в сільській місцевості, компенсувати збитки сільських аптек, що значною мірою повинно знизити розмір торговельних надбавок аптечної мережі.

З метою стимулювання цін на лікарські засоби та виробництва медичного призначення слід переглянути систему ціноутворення. На мою думку, необхідно перейти до застосування єдиної торговельної надбавки (націнки) на оптові ціни на медикаменти, скоригованої на коефіцієнт, визначений з урахуванням особливостей фармацевтичної діяльності із завезення, зберігання, виготовлення та реалізації ліків.

За відсутності державного регулювання цін на імпорт, що надходить в Україну через комерційні структури, застосування пільгової конвертації валюти по закупівлі ліків централізовано не відіграє суттєвої ролі у соціальному захисті населення.

Вивільнені кошти Державного бюджету необхідно спрямувати на додаткове фінансування лікувально-профілактичних закладів, поповнення оборотних коштів аптечної мережі та адресну допомогу соціально незахищеним верствам населення.

З метою забезпечення оперативності в реалізації державної політики виробництва лікарських засобів Кабінет Міністрів України Постановою від листопада 1997 року № 1233 передав фармакопейний комітет до сфери управління Державного комітету з медичної та мікробіологічної промисловості.

Згідно з Постановою уряду від 17 листопада 1997 року № 1276 утворена Українська акціонерна компанія медичної промисловості. Засновником компанії з боку держави виступив Фонд державного майна.

Створення вітчизняної фармацевтичної промисловості є гострою соціально-політичною проблемою, вирішувати яку треба негайно.

Пріоритетним завданням Держкоммедбіопрому, керівників підприємств, що виробляють лікарські засоби, є стабілізація та збільшення виробництва ліків. Потрібно проявляти більше ініціативи в пошуках фінансових коштів. Для заощадження валюти слід закуповувати за кордоном більше субстанцій для виготовлення з них лікарських препаратів в Україні.

Слід визнати, що забезпечення ліками в Україні завжди було нелегким завданням. У цій галузі робиться значно менше, ніж того вимагають інтереси країни. Адже тільки 20 % продукції медичного призначення виробляється вітчизняною фармацевтичною промисловістю. При цьому призупинено будівництво нових фармацевтичних заводів, а матеріально-технічна база функціонуючих не оновлюється.

На більшості вітчизняних заводів продовжується спад виробництва лікарських засобів. Водночас відсутність у держави достатньої кількості валютних коштів не дозволяє забезпечити закупівлю необхідних ліків, що традиційно надходили із зарубіжжя. Усе це дійсно призвело до критичного дефіциту лікарських засобів та незадовільного забезпечення ними населення.

Необхідно активізувати спільно з науковцями та спеціалістами роботу щодо перегляду асортименту лікарських препаратів, що виробляються вітчизняними підприємствами, щоб виключити з виробництва морально застарілі та малоефективні й одночасно налагодити випуск нових, конкурентоспроможних ліків.

Слід переглянути Перелік важливих і життєво необхідних лікарських засобів і домогтися максимального впровадження їх у виробництво. Це повинно стати одним із найважливіших завдань наукових працівників фармацевції (у тому числі і творчих колективів ТОВ «НІР»).

Разом із тим необхідно звернути увагу на високі ціни на ліки, унаслідок чого вони стають для багатьох недоступними. Так, вартість антибіотиків цефалоспоринового ряду, що виробляються на вітчизняних підприємствах, у півтора раза перевищують ціни аналогічних препаратів, які пропонують закордонні фірми. Над зниженням ціни на власну продукцію постійно й цілеспрямовано працюють трудовий колектив і вчені ТОВ «НІР».

Відсутність належного впливу на формування роздрібних цін на місцях призводить до необґрунтовано завишених націнок на лікарські засоби.

Керівникам об'єднань, підприємств, фірм необхідно посилювати контроль за використанням наявних ресурсів лікарських засобів з метою раціонального використання коштів. Діяльність лікувально-профілактичних закладів фармацевтичної галузь структури слід привести у відповідність із чинним законодавством України.

2.2. Короткий огляд світового ринку лікарських засобів та місце, яке на ньому займають нові лікарські препарати

Проблеми охорони здоров'я, боротьба за продовження людського життя посідають у цивілізованому суспільстві одне з провідних місць.

Цілком зрозуміло, що одним із головних важелів розвитку медицини є виробництво лікарських засобів, пошуки нових препаратів, здатних запобігати тяжким хворобам, у першу чергу серцево-судинним, онкологічним, неврологічним та ін.

Попит на послуги охорони здоров'я постійно зростає і, за оцінками різних міжнародних організацій, бізнес, пов'язаний з виробництвом ліків та медичного обладнання, за рентабельністю посідає друге місце після продажу зброї.

Ясна річ, що ці обставини не пройшли поза увагою великого фінансового капіталу, який вкладає у фармацевтичну галузь колосальні кошти. Так, наприклад, у Франції у 1992 році на фармакологічні дослідження було витрачено 11 млрд євро, що складає 12 % торгівельного обігу всієї фармацевтичної промисловості країни. В найбільш могутніх корпораціях ці витрати сягають 15 % їх власного торгівельного обігу. Корпорації практично фінансують всі наукові дослідження. Витрати на наукові розробки з синтезу й виробничого освоєння нового за молекулярною структурою сполучення з принципово новим механізмом терапевтичної дії складають по-

над 1 млрд євро, а самі розробки займають від 8 до 15 років, за свідченням Всесвітньої організації охорони здоров'я (газета «Аптека»).

Конкуренція за ринок збуту, як правило, проходить двома звичайними для будь-якої галузі промисловості шляхами.

Перший шлях передбачає нарощування обсягів виробництва вже відомих і таких, що добре зарекомендували себе, лікарських засобів при одночасному зниженні їх собівартості. При цьому допускаються також нові комбінації цих же ліків, унаслідок чого можливе отримання нового чи посилення вже відомого терапевтичного ефекту.

Переваги цього шляху всім відомі: це високоефективні виробництва, що відносно легко контролюються та здебільшого не потребують високо-професійних (а отже, високооплачуваних) фахівців, унікального, дорогого обладнання.

Ризик у таких виробництвах пов'язаний лише з реалізацією готової продукції, що пов'язано з обмеженістю попиту на неї, а також з її перевиробництвом як наслідком можливих помилок у програмуванні маркетингових служб та нестабільності ринкового попиту.

Другий шлях передбачає створення нових лікарських засобів, якісно відмінних від відомих аналогів за методами отримання, терапевтичним ефектом, з меншою токсичністю, а також, що не менш важливо, екологічною чистотою виробництва.

Такий шлях є більш ризикованим, оскільки вимагає значніших витрат, при цьому з дуже низькою вірогідністю успіху, що обумовлено як свободою наукового пошуку, так і невизначеністю поставлених цілей, тривалістю й великою кількістю можливих експериментальних досліджень, що знижують фактор ризику при проведенні клінічних випробувань на людях. Необхідно зазначити, що в даному випадку витрата часу та коштів на ці дослідження повністю виправдані, бо, пропонуючи ринку нові лікарські засоби, необхідно бути якомога більше застрахованим від можливої негативної дії даного препарату на хворих у майбутньому. Нині бажаючих іти цим шляхом стає все менше і менше.

Звернемось до статистичних даних, що підтверджують цю думку.

За період з 1975 по 1989 рік на світовий ринок було випущено 775 препаратів, у тому числі принципово нових, що являють собою ноу-хау, і створено 77.

Розробки нових лікарських засобів за вказаний період по окремих країнах розподіляються так:

- Франція — 9;
- США — 43;

- Японія — 3;
- Німеччина — 4;
- Італія — 1;
- Швейцарія — 5;
- Великобританія — 6;
- східноєвропейські країни, у тому числі СРСР — 0.

На жаль, історія світової медицини має багато прикладів, коли деякі компанії випускали на ринок недостатньо перевірені або з фальсифікованими даними ліки. Мова не йде про явні афери, до яких вдаються сучасні авантюристи. Розглядаються лише справжні ліки, які створюються в спеціалізованих лабораторіях з використанням найсучасніших технологій та останніх досягнень світової науки.

Підсумовуючи висловлене, можна зробити висновок, що поява на світовому ринку нового лікарського засобу є подією, важливість якої важко переоцінити.

Величезні капіталовкладення повертаються, як правило, за 3–4 роки, а потім дають прибуток приблизно 1 : 1 протягом наступних 5–7 років. Надалі внаслідок збігу сприятливих обставин виробництво забезпечує стабільний прибуток у розмірі близько 10–15 %, що, звичайно, є більш рентабельним, ніж виробництво давно та широко відомих лікарських засобів.

З вищесказаного нібито випливає, що розробка нових лікарських засобів під силу лише могутнім фармацевтичним формуванням. Такий висновок буде великою помилкою. Більше того, великі фармацевтичні компанії не зацікавлені в докорінних змінах номенклатури виробництва, оскільки будь-які зміни в технологічному процесі на виробництві несуть прямі збитки тим більші, чим більші й кардинальніші ці зміни.

При досягненні певних обсягів виробництва та реалізації не вигідно змінювати структуру ринку, як і впроваджувати нові науковомісткі розробки, тим більше що економічний ефект може бути віддаленим на кілька років і досить ризикованим. Відомо багато випадків, коли яка-небудь корпорація повністю закупувала авторські права на нові розробки з метою покласти їх «під сукно» і тим самим уповільнити процес їх впровадження (бувало і на десятки років), при цьому права споживачів у даній ситуації (а в нашій галузі це буквально право на життя) взагалі не враховуються.

Так складаються справи у великих фармацевтичних корпораціях. Чи є вихід із цього зачарованого кола? Безсумнівно! Саме це буде доведено в даній науковій праці.

Як свідчить досвід, невеликі творчі колективи, створені на базі незалежних від корпорацій лабораторій та фінансуються з різних джерел, вільні у своїх наукових пошуках від зовнішнього тиску, мають великі шанси реалі-

зації у своїй практичній діяльності фундаментальних досліджень в усіх наукових сферах.

Подальші дослідження з прикладного застосування нових фундаментальних відкриттів, переосмислення нових горизонтів, що відкриваються перед нами, дають можливість для створення нових технологій, які рано чи пізно неодмінно провокують новий виток у спіралі розвитку людської цивілізації.

2.3. Загальнодержавні проблеми із забезпечення населення України медичними препаратами, у тому числі для лікування онкологічних хворих (з погляду автора наукової роботи)

Рівень медичного обслуговування в Україні значно залежить від забезпеченості внутрішнього ринку засобами лікування, у тому числі власного вітчизняного виробництва. За останні роки значно знизились темпи виробництва медичних препаратів на фармацевтичних підприємствах нашої держави. Головна причина цього — поглиблення економічної кризи, безсистемність виробничої діяльності, криза неплатежів, надвисокий податковий прес, відсутність належної уваги до товаровиробників з боку держави.

Різко скоротилась номенклатура вироблюваних лікарських препаратів. Спад виробництва їх у номенклатурі 1998 року порівняно з 1992 становить 57 %.

Закупівля лікарських засобів за кордоном пов'язана з витратами великих валютних коштів, яких в Україні практично немає.

Придбани за кордоном лікарські препарати майже недоступні для більшості наших людей, які знаходяться за межею малозабезпеченості.

Проте ці проблеми треба вирішувати, і вирішувати на високому державному рівні. Одна з проблем сучасної медицини пов'язана з лікуванням онкологічних хворих, кількість яких постійно зростає. Щоб чіткіше уявити дану соціальну проблему, необхідно знати концепцію лікування таких хворих, яка на сьогодні домінує у всіх високорозвинутих країнах світу і в нашій країні також.

Практично у всіх цивілізованих країнах земної кулі використовується концепція медичного страхування, а саме: профілактика, рання діагностика захворювань та обов'язкове використання протокольного лікування у спеціалізованих клініках. На превеликий жаль, у нашій країні впровадження страхової, а значить, і платної медицини дотепер не знаходить відповідної страхової підтримки і пов'язане з великими негараздами в економіці і соціальній сфері.

До чого це призводить? Відсутність профілактичних засобів та ранньої діагностики серед населення, як правило, неминуче веде до того, що хворий звертається до лікаря, коли хвороба вже знаходиться на III і частіше на IV стадії розвитку, що практично виключає надію на вилужання.

Мабуть, із цих же міркувань чи завдяки цьому кращі фахівці-онкологи України у співпраці з хіміками, фізіологами, фармакологами та іншими спеціалістами розробили унікальні методи діагностики, проведення складних онкологічних операцій, поліхіміотерапії та радіопроменової терапії, супроводу цитостатичної терапії, профілактики онкологічних захворювань. Особливого значення це питання набуває у зв'язку з Чорнобильською катастрофою та ліквідацією її наслідків. Сьогодні смертність через онкологічні захворювання посідає друге місце після серцево-судинних хвороб.

Порівняємо нинішній рівень онкозахворювань в Україні з попередніми роками (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

1990 рік, кількість хворих	1995 рік, кількість хворих	Ріст захворюваності в 1995 році порівняно з 1990, %
312 086	316 999	3,5

Фармацевтична промисловість України розвивається в основному згідно з першим шляхом. Великі промислові підприємства випускають здебільшого добре відомі медичні препарати у великій кількості, що з огляду на відсутність генерального замовника в особі МОЗ часом призводить до кризи перевиробництва та перекосу ринку по окремих видах лікарських препаратів. Внаслідок цього штучно створюється їх дефіцит, що покривається імпортованими засобами. Останнє економічно не вигідно для держави.

Цілком вірогідно, що за таких умов поява на ринку дрібного виробника, який не має своєї потужної виробничої бази, приречена на невдачу.

Саме в такій ситуації у жовтні 1992 року було створене та зареєстроване мале підприємство «НІР», нині ТОВ «НІР», на підставі приватної форми власності.

2.4. Цілі та завдання товариства з обмеженою відповідальністю «НІР»

Стратегічні цілі — створення в Україні нового підходу в лікуванні захворювань, які дотепер вважались невиліковними, а саме: рак, дитячий церебральний параліч, амнезія, епілепсія, вегетосудинна дистонія, жіноча безплідність та ін.

Тактичні цілі — розробка, впровадження та виробництво нових лікарських засобів, докорінно відмінних від існуючої номенклатури препаратів за терапевтичною ефективністю, новизною технології, екологічною чистотою виробництва, нешкідливістю для хворого та патентною захищеністю.

Сьогодні наше підприємство є провідним у галузі створення біогенних препаратів в Україні і займається науковими дослідженнями, розробкою, виробництвом та впровадженням нових лікарських форм у сфері фармакології і ветеринарії.

Ми розробили цілий ряд фармакологічних препаратів, які з успіхом застосовуються для лікування онкологічних захворювань, порушень функцій центральної нервової системи, функціональної жіночої безплідності та інших тяжких захворювань. Окрім того, наше підприємство веде пошук препаратів, які б зняли гостроту проблеми боротьби зі СНІДом. У цьому напрямку ми вже маємо певні успіхи.

Над розробкою препаратів працює творчий колектив відомих в Україні та за її межами науковців, лікарів-онкологів, хірургів, радіологів, технологів, програмістів, економістів та багато інших висококваліфікованих робітників.

Кожен із них багато років віддав відчайдушній боротьбі з тяжкими невиліковними хворобами, працюючи в лабораторіях, науково-дослідних інститутах, онкологічних центрах та клініках, на вузівських кафедрах, у хірургічних відділеннях різних лікарень.

Підприємство «НІР», об'єднавши ці невтомні зусилля, створило дієздатний науково-творчий колектив ентузіастів та сподвижників у великій та святій справі — боротьбі з тяжкими хворобами в ім'я захисту життя та здоров'я українського народу.

Лікарські засоби, створені нашим творчим науковим колективом, та їх питома вага в загальному обсязі виробництва підприємства «НІР» у валових показниках має такий вигляд. Найбільша кількість, і це зрозуміло, виробляється препарату Пропес для ін'єкцій — 55 %, на другому місці Цереброкурин — 20 %.

Одне з чільних місць серед створених нашим підприємством лікарських засобів посідає препарат Пропес. Цей препарат широкого спектра дії використовується для лікування злоякісних пухлин із різними локалізаціями, найчастіше — при раку легенів, нирок, шлунково-кишкового тракту, печінки, саркомах м'яких тканин, кісток, а також при меланомях.

Перелік медичних установ, що застосовують Пропес для ін'єкцій у лікуванні онкологічних хворих

1. Український інститут онкології та радіології.
2. Український інститут проблем онкології та радіобіології.
3. Центральна клінічна лікарня м. Києва.
4. Дарницьке РМО м. Києва.
5. Міський урологічний центр м. Києва.

Таблиця 2.2. Географія застосування препарату Пропес для ін'єкцій у лікуванні онкологічних захворювань

Регіони України	1993 рік	1994 рік	1995 рік	1996 рік	1997 рік
м. Київ	+	+	+	+	+
Вінницька область			+	+	+
Волинська область				+	+
Дніпропетровська область	+	+	+	+	+
Донецька область			+	+	+
Житомирська область				+	+
Закарпатська область			+	+	+
Запорізька область				+	+
Івано-Франківська область				+	+
Київська область		+	+	+	+
Кіровоградська область			+	+	+
Луганська область				+	+
Львівська область			+	+	+
Миколаївська область			+	+	+
Одеська область		+	+	+	+
Полтавська область		+	+	+	+
Рівненська область				+	+
Сумська область			+	+	+
Тернопільська область				+	+
Харківська область				+	+
Херсонська область		+	+	+	+
Хмельницька область		+	+	+	+
Черкаська область		+	+	+	+
Чернігівська область				+	+
Чернівецька область			+	+	+
м. Севастополь		+	+		+
Кримська АР			+	+	+

6. Український НДІ урології та нефрології.
7. Білозерське ТМО Херсонської області.
8. Український інститут пульмонології та фтизіатрії.
9. Київський міський онкологічний центр.
10. Міжнародний протираковий фонд Св. Володимира.
11. Лікарня Мінського РМО м. Києва № 30.
12. Одеський обласний онкологічний диспансер.
13. Хмельницький обласний онкологічний диспансер.
14. Хмельницька обласна клінічна лікарня.
15. Харківський обласний онкологічний диспансер.
16. Львівська обласна лікарня.

На основі Пропесу створено препарат для профілактики й лікування пухлин головного мозку під назвою Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов). Клінічні випробування цього препарату закінчені. Препарат пройшов державну реєстрацію в 1999 році.

Застосування препарату Пропес для ін'єкцій у різних регіонах нашої країни та за кордоном під час клінічних випробувань мало місце як у скринінгових дослідженнях, так і при допомозі безнадійним хворим.

Окремої уваги заслуговує препарат для лікування порушень діяльності центральної нервової системи під назвою Цереброкурин. Його клінічні випробування успішно завершені. Він знаходиться в серійному виробництві.

Налагоджено промисловий випуск для ветеринарних цілей унікального природного біостимулятора Біофонд (тимчасово не виробляється за технічних умов). Його реалізація здійснюється на підставі Державного контракту з міністерствами сільського господарства України та Російської Федерації. Проводиться робота з реєстрації даного препарату і в інших країнах світу.

Практичне застосування препарату Пропес у лікуванні онкологічних хворих за останні п'ять років дало позитивні результати, зокрема при таких захворюваннях, як лімфоцитарна лейкемія, лимфоїдна лейкемія, меланома, саркома, лімфосаркома, аденокарцинома молочної залози у жінок.

Пропес являє собою унікальний комплекс пептидів і вільних амінокислот, отриманих унаслідок специфічного протеолізу білків із ембріональних тканин великої рогатої худоби. Як визначив професор Л.П. Киндзельський, препарат є ефективним допоміжним засобом у цитостатичній терапії пухлин та профілактиці гіпоплазії кровотеч.

У I і II фазах клінічних випробувань, виконаних у ряді провідних клінік Києва за пропозицією фармакологічного Комітету МОЗ України, препарат проявив чіткі й цінні для лікування онкологічних хворих якості.

2.5. Нові розробки. Нові медпрепарати

Підприємство «НІР» наполегливо працює над пошуками нових видів медпрепаратів, зокрема біогенних стимуляторів речовин, що утворюються при певних умовах в ізольованих тканинах тваринного й рослинного походження, здатних при введенні в організм стимулювати та прискорювати процеси регенерації.

Всі експериментальні дослідження проводилися за постановою Фармкомітету МОЗ України за узгодженою програмою на базі кафедри психіатрії Української академії післядипломної підготовки лікарів та НДІ геронтології АМН України.

Таблиця 2.3. Географія застосування препарату Цереброкурин у лікуванні порушень центральної нервової системи

Регіони України	1995 рік	1996 рік	1997 рік
м. Київ	+	+	+
Вінницька область	+	+	+
Волинська область			+
Дніпропетровська область	+	+	+
Донецька область			+
Закарпатська область			+
Запорізька область			+
Київська область			+
Кіровоградська область			+
Луганська область			+
Львівська область			+
Миколаївська область			+
Одеська область		+	+
Полтавська область			+
Рівненська область		+	+
Сумська область		+	+
Тернопільська область		+	+
Харківська область		+	+
Херсонська область		+	+
Хмельницька область		+	+
Черкаська область		+	+
Чернівецька область		+	+
м. Севастополь		+	+
Кримська АР		+	+

Поява нових напрямів медичної науки, що продиктовані конкретними умовами життя, вимагає від науково-творчого колективу «НІР» постійно знаходитись в авангарді нових відкриттів, пошуків прогресивних шляхів і новітніх рішень, розробок передових технологій із виробництва сучасних ліків, у тому числі із розряду біогенних стимуляторів. Підприємство відповідно до плану наукових робіт здійснило розробку і виробництво медпрепарату з групи біостимуляторів Інфламафертин. Препарат успішно пройшов клінічні випробування й державну реєстрацію.

Інфламафертин — препарат, що отримують із плаценти великої рогатої худоби. Він призначається для профілактики й лікування безплідності, причиною якої є запалення статевих органів, для лікування хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, пов'язаних з абортами, ускладненнями після пологів, перенесеної інфекції, запалення очеревини малого тазу й тазової клітковини, для профілактики та терапії ускладненого процесу після операції на органах малого тазу.

Застосування даного препарату в медичній практиці має велике соціальне значення, адже він сприяє зміцненню здоров'я жінки-матері, відновленню

Таблиця 2.4. Ефективність застосування препарату Цереброкурин у лікуванні порушень центральної нервової системи, за даними експериментальних досліджень, виконаних у 1994–1997 рр. провідними лікарями-експертами МОЗ України

Віковий ценз, роки	Стать	Ефективність застосування, %
5–10	Чоловіки	74,0
	Жінки	74,1
11–20	Чоловіки	65,2
	Жінки	64,0
21–30	Чоловіки	59,0
	Жінки	57,0
31-40 років	Чоловіки	55,0
	Жінки	56,5
41–50	Чоловіки	54,0
	Жінки	54,0
51–60	Чоловіки	50,2
	Жінки	49,0
Понад 60	Чоловіки	43,0
	Жінки	45,5

материнських функцій у жінок, які страждають від безплідності. Існує незаперечний закон природи і суспільства: здорові матері — здорові діти. Здоров'я матері займає домінуюче місце в демографічних процесах, особливо впливаючи на показник народжуваності. У зв'язку з цим забезпечення нормальної репродуктивної функції жінки з народженням здорового потомства не тільки не втрачає свого значення, але й набуває особливої актуальності серед найважливіших проблем економічного й соціального розвитку будь-якої країни. Для України це має особливе значення, оскільки за останні сім років у державі відбулися негативні демографічні зміни, різко знижується народжуваність,

катастрофічно зростає смертність серед усіх груп населення, що призводить до зменшення населення країни. Тобто профілактика та лікування безплідності є актуальним завданням державного значення. В Україні безплідні шлюби складають 20 % (безплідний кожний п'ятий шлюб). У сім'ях, де немає дітей, у 55 % випадків причиною тому є жінка.

Таблиця 2.5. Ефективність застосування препарату Пропес для ін'єкцій у лікуванні онкологічних хворих III–IV стадій, за даними експериментальних досліджень 1992–1997 рр., у різних медичних установах міста Києва, що були означені постановою Фармакологічного комітету МОЗ України як базові

Види онкологічних захворювань	Стать	Ефективність застосування, %
Захворювання легенів	Чоловіки	87,0
	Жінки	88,0
Захворювання нирок	Чоловіки	83,0
	Жінки	83,0
Захворювання шлунково-кишкового тракту	Чоловіки	76,5
	Жінки	79,0
Захворювання печінки	Чоловіки	70,2
	Жінки	72,0
Саркоми м'яких тканин	Чоловіки	55,0
	Жінки	55,1
Саркоми кісток	Чоловіки	53,0
	Жінки	56,4
Меланоми	Чоловіки	74,1
	Жінки	73,0
Гінекологічні захворювання	Жінки	69,5

У 1986 році коефіцієнт народжуваності становив 4,4 на 1000 осіб, а сьогодні став негативним. Кількість пологів у 1998 році порівняно з 1985 знизилась до 200 тисяч. Багаторічні клінічні спостереження показали, що безплідність у жінок переважно пов'язана з перенесеними ускладненнями, при цьому у 26,6 % жінок, які страждають від хронічних захворювань репродуктивних органів, виявлено зміни в імунній системі.

У зв'язку з цим розробка нових лікарських засобів для профілактики та лікування безплідності, а також для зміцнення здоров'я жінки-матері є актуальною і збігається з головним завданням державної програми «Охматдит».

Інфламафертин для ін'єкцій, згідно з класифікацією, прийнятою Фармкомітетом (Положення про реєстрацію вітчизняних лікарських за-

собів в Україні 1996 р.), належить до першої групи препаратів — «Препарати з новими фармакологічними субстанціями». Препарат оригінальний, аналогів у зарубіжній фармакології немає.

У рамках доклінічного дослідження вивчено специфічну фармакологічну активність, гостру токсичність, загальнотоксичну, подразнюючу, алергізуючу, кумулятивну дію, імунотоксичність, ембріотоксичність та гонадотоксичність препарату.

В Україні комплексні препарати поліпептидної природи (до них належить і наш препарат), у тому числі з плаценти, практично не виробляються, у зв'язку з чим актуальним є завдання їх розробки, вивчення й застосування. При цьому пріоритетним напрямком таких досліджень є забезпечення оптимальних умов функціонування репродуктивної системи у жінок дітородного віку, особливо з урахуванням того, що в Україні за останні роки склалася досить несприятлива демографічна ситуація — падає показник народжуваності, число жінок дітородного віку з хронічними захворюваннями внутрішніх і особливо генеративних органів збільшується; понад 60 % вагітних жінок становлять групу ризику, причому чисельний показник цієї групи постійно зростає. Це негативно відбивається на показниках невиношуваності, мертвонароджуваності, частоти ускладнень при пологах тощо, які катастрофічно зростають щороку.

Наслідки проведених досліджень дозволяють зробити висновок про відсутність імунотоксичності препарату Інфламафертин. Ін'єкції препарату стимулюють функціональну активність гуморального імуногенезу, а також деяких факторів природної резистентності. Клітинна форма реагування при цьому не зазнає змін.

У всіх пацієнток відмічається хороша переносимість препарату. У 95 % випадків спостерігається виражена ефективність проведеного лікування.

У сучасній онкологічній практиці використовується декілька кардинальних методів лікування злоякісних новоутворень. Кожний із них має

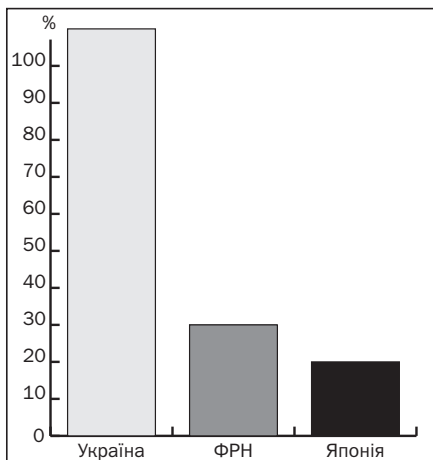


Рисунок 2.2. Співвідношення ефективності застосування препарату Пропес для ін'єкцій у лікуванні онкологічних захворювань із закордонними аналогами

свої особливості. Проте за групами вони можуть бути поділені на радикальні, хіміотерапевтичні й поєднані.

Вибір того чи іншого методу лікування злоякісних новоутворень є питанням складним і таким, що вимагає врахування багатьох попередніх факторів. Існуючий довгий час у медичному середовищі терапевтичний нігілізм щодо медикаментозних методів впливу на пухлину поступово змінюється оптимістичними нотами. Причина цього — поява на фармакологічному ринку Заходу та СНД ряду нових лікарських засобів.

Найбільш вживана нині класифікація засобів лікування злоякісних новоутворень така:

- хіміотерапевтичні препарати;
- гормональні препарати, інгібітори гормонів;
- ферментативні засоби.

Застосування кожного препарату є питанням вибору. Особливе місце серед онкостатиків займають препарати групи імунomodляторів; саме до

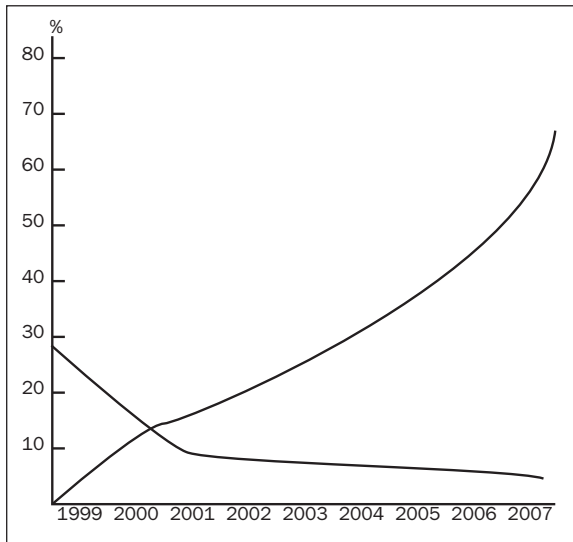


Рисунок 2.3. Динаміка росту виробництва препарату Інфламафертин на підприємстві «НІР» та перспектива зниження його собівартості у 2001–2007 рр.

Пропес для профілактики й лікування пухлин головного мозку.

Виконане відповідно до існуючих вимог дослідження нешкідливості Біпексу (тимчасово не виробляється за технічних умов) показало, що «го-

цього ряду препаратів належить Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов) — аналог Пропесу, що добре зарекомендував себе останніми роками у лікуванні онкологічних захворювань.

ТОВ «НІР» освоїло виробництво препарату Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов) і отримало дозвіл на його серійний випуск та застосування в лікувальних цілях.

Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов) створено на основі препарату

стра» і «токсична» дія цього препарату не викликає розвитку маніфестуючих клінічних змін.

Аналіз проведених досліджень дозволяє стверджувати, що препарат не має шкіро-резорбтивної чи інгаляційно-токсичної дії і кумулятивних ультроерогенних властивостей.

Отримані на першому етапі клінічних досліджень дані показали, що Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов) добре переноситься і значно поліпшує загальний стан хворих.

Міністерство охорони здоров'я України наказом від 12 січня 1999 року № 6 внесло зміни до Переліку, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 05.09.96 № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету». До Переліку згідно з цим наказом включено медичні препарати виробництва ТОВ «НІР» Церebroкурин як засіб, що покращує мозковий кровообіг, і Пропес як препарат, що застосовується для лікування онкологічних захворювань.

Це стверджує визнання прогресивної, високопрофесійної, перспективної і важливої діяльності колективу підприємства «НІР», що має перспективне майбутнє і спроможне виконувати найважливіші державні завдання, спрямовані на розвиток і зміцнення системи охорони здоров'я в Україні.

На порядку денному науково-виробничої діяльності нашого колективу стоїть питання розробок, освоєння і впровадження в лікувальну практику нових медичних препаратів, ноу-хау — прообразу ХХІ століття і третього тисячоліття, яке стане благодатним для українського народу.

2.6. Виробнича база підприємства «НІР»

Виникає цілком слушне запитання: як наш колектив спромігся створити виробничу базу для реалізації унікальних новітніх технологій?

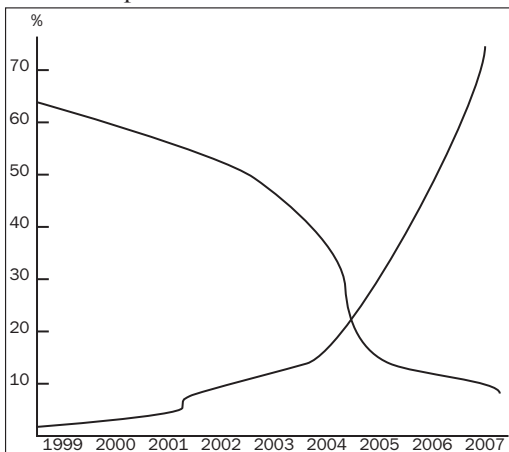


Рисунок 2.4. Динаміка виробництва препарату Біпекс ТОВ «НІР» та перспектива зниження його собівартості у 2000–2007 рр.

Відповідь банально проста і зрозуміла: потрібно було відмовитись від гігантоманії й використати наявне лабораторне обладнання, здійснивши незначну його реконструкцію. Колектив підприємства при цьому тісно співпрацював з Національною академією наук України. Таке співробітництво виявилось досить плідним і взаємовигідним.

Здійснюючи фінансування необхідних для створення нових лікарських форм досліджень у лабораторіях ІБОНХ НАНУ, наш колектив фактично зберіг від розвалу цілий відділ в академічному інституті. Це, у свою чергу, дозволило колективу інституту паралельно виконати власний план державних досліджень, не підкріплений відповідним бюджетним фінансуванням.

Таким чином, на першому етапі була створена невелика дослідно-експериментальна база для виробництва й відпрацювання технології отримання нових препаратів, що задовольняла потреби дослідних медич-

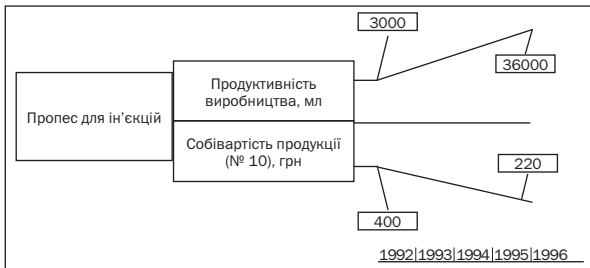


Рисунок 2.5

них баз у тій кількості субстанцій, яка була необхідна для їх вивчення.

П а р а л е л ь н о відпрацьовувалась більш технологічна схема виробництва, що сприяло підвищенню продуктивності устаткування при одночасному зниженні собівартості вироблюваної продукції. Пошуки в цьому напрямку здійснюються постійно.

Прослідкуємо за динамікою змін продуктивності виробництва й собівартості продукції на прикладі препарату Пропес для ін'єкцій (рис. 2.5).

За цей період середня заробітна плата працівників, зайнятих безпосередньо на виробництві, зросла в 7–8 разів і становила за мінусом податків близько 700 грн.

Розміщення філії підприємства «НІР» має відбуватися на сприятливих до існуючих діючих клінічних центрів лікування засадах. Наприклад, для лікування очних захворювань маємо два великих центри у Києві та Одесі, тому виробництво ліків для очних хвороб доцільно розмішувати поряд з цими лікувальними центрами, щоб зменшити витрати на транспорт та дуже дорогі умови зберігання цих субстанцій.

Таблиця 2.6. Перспектива розвитку виробничої бази ТОВ «НІР» щодо випуску медичних біогенних препаратів з використанням нових технологій у різних регіонах України

Місцезнаходження виробничої бази	1996 рік	1997 рік	1998 рік	1999 рік	2000 рік	2001 рік	2002 рік
Київ	1,0	1,2	1,3	1,5	1,6	1,7	1,9
Харків	–	–	0,2	0,3	0,4	0,7	1,0
Дніпропетровськ	–	–	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9
Львів	–	–	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
Одеса	–	–	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
Сімферополь	–	–	–	0,5	0,5	0,5	0,5
Суми	–	–	–	0,2	0,2	0,3	0,3
Миколаїв	–	0,3	0,4	0,6	0,8	1,0	1,3

2.7. Фінансово-економічні та організаційні основи діяльності підприємства «НІР»

За час, що минув з моменту реєстрації нашого підприємства, ми не отримали жодної інвестиції чи спонсорської допомоги ні від державних, ні від приватних структур. Всі витрати, пов'язані з науковими дослідженнями, виробництвом препаратів, а також з їх реєстрацією, фінансувались виключно за власні кошти підприємства та його засновників.

Практично неможливо визначити точну суму витрат на створення препаратів. У середньому протягом щонайменше трьох років витрачено близько 200 тисяч американських доларів, що, безумовно, дешевше, ніж за кордоном.

Підприємство «НІР» розпочинало свою роботу в лабораторії у складі п'яти висококваліфікованих фахівців і трьох осіб в офісі, включаючи директора. А вже через рік у наукових дослідженнях та на виробництві було зайнято в різних програмах більше двохсот фахівців.

Нині в науково-виробничому секторі, включаючи базові клініки, зайнято близько трьохсот високопрофесійних фахівців, а в офісі працює п'ять осіб з одним директором. Як бачимо, співвідношення між адміністрацією й чисельністю персоналу, безпосередньо зайнятого на виробництві, дещо відмінне від звичайного радянського соціалістичного — один за плугом і семеро з ложкою. Відсутність непотрібних служб, сумісництво професій при високому фаховому рівні і добрій заробітній платі, залежній від кінцевого результату, у поєднанні з чіткою технологічною й виробничою дисципліною сприяє досягненню високих економічних результатів. Так, лише за 1998 рік обсяг реалізації, а відповідно й

виробництва виріс у десять разів (у натуральних показниках), що дозволило провести державну реєстрацію препаратів Церebroкурин, Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов) та Інфламафертин.

Відрядно, що невеликий колектив підприємства «НІР» протягом 4–5 років, не користуючись інвестиціями, здійснив державну реєстрацію нових медичних препаратів, що мають ноу-хау.

До речі, за останні 20 років в Україні сотні потужних науково-дослідних інститутів не спромоглися здійснити державну реєстрацію бодай одного такого препарату.

2.8. Структура собівартості продукції

Питома вага витрат у собівартості продукції в середньому наведена в табл. 2.7. Собівартість медичних препаратів на 1 січня 1999 року у гривнях наведена в табл. 2.8.

Рентабельність виробництва складає 20 %. Ми постійно працюємо над зниженням собівартості продукції. Це буде досягатись за рахунок зниження внутрішніх витрат та витрат на послуги суміжних організацій.

Таблиця 2.7

Сировина та матеріали, %	25–27
Заробітна плата, %	9–10
Непродуктивні витрати, %	5–6
Послуги суміжних організацій, %	40
Внутрішні витрати виробництва, %	15–17

Таблиця 2.8

Пропес для ін'єкцій № 10, по 2 мл	520.00
Цереброкурин для ін'єкцій № 10, по 2 мл	416.00

Зменшення цих витрат має відбуватися з розвитком своєї виробничої бази. Але нестабільність законодавчої бази, великі розбіжності між законами та підзаконними актами різних відомств не дають більш-менш точно спрогнозувати потреби та витратну частину бюджету виробництва, а тим більше витрати на наукові дослідження.

На мою думку, виробництво зараз менше потерпає від недолугого законодавства, ніж від його стихійної зміни. Цей безлад у «правилах гри» дає змогу почувати себе в абсолютній безпеці чиновникам і створює всі умови для процвітання різних кланових, або мафіозних (як забажаєте), угруповань.

2.9. Джерела сировини

Для виробництва медичних препаратів підприємство «НІР» використовує як сировину технічні відходи Київського м'ясокомбінату, що на даний час повністю задовольняє потребам виробництва.

Надалі планується використання послуг м'ясокомбінатів в інших регіонах України, де будуть відкриватися філії нашого підприємства з метою первинної переробки сировини. На жаль, витратні матеріали та хімікати в Україні поки що не виробляються, а ті, що виробляються, мають дуже низьку якість. Тому доводиться здійснювати їх придбання невеликими партіями на бартерній основі за кордоном, використовуючи при цьому допомогу зацікавлених підприємств.

2.10. Кон'юнктура попиту

Кон'юнктура попиту нині визначається, на жаль, рівнем кваліфікації та зацікавленості практикуючих лікарів. Вони звикли до вказівок і рекомендацій високого керівництва. До того ж вони не володіють достатньою інформацією (особливо в провінції), схильні до консерватизму, безініціативні, з низькою заробітною платою, яку не отримують по кілька місяців, тому далеко не завжди готові надати хворому висококваліфіковану допомогу. Дехто з них просто стурбований високими цінами на ліки й не позбавився звички отримувати їх безкоштовно.

Всі ці питання мають здебільшого характер соціальної проблематики і менш за все пов'язані з якістю чи ефективністю лікарських засобів.

До речі, порівняно з закордонними аналогами наші вітчизняні медичні препарати значно дешевші.

Наприклад, препарат неотумарин виробництва Німеччини, який дещо нагадує Пропес (за ефективністю на порядок нижчий), коштує 3800 DM за десять ампул, тобто приблизно в шість разів дорожчий за наші ліки.

Експериментальний препарат китайського виробництва, запропонований для лікування тих же захворювань, що і наш Цереброкурин (даних про його ефективність немає, мабуть, немає чим пишатися), коштує 20 000 \$ за курсо-

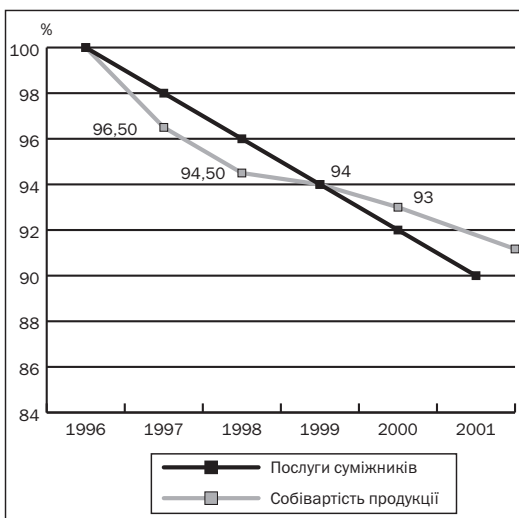


Рисунок 2.6. Динаміка зниження собівартості продукції ТОВ «НІР» за рахунок зменшення затрат на послуги суміжників та зниження вартості сировини



Рисунок 2.7. Показники прогнозованого зростання продуктивності праці і зниження собівартості виробництва лікарських засобів ТОВ «НІР» у 1997–2001 рр.

ву дозу, що перевищує вартість Цереброкуруину майже в 100 разів!

Тепер що стосується світових цін на ліки. Згідно з прийнятими в усьому світі канонами витрати на препарат супроводу поліхіміотерапії чи радіопроменевої терапії перевищує витрати на цитостатики утричі і, таким чином, становить десь 3000–3500 \$ на курс.

Безперечно, ціни на вітчизняні ліки порівняно з наведеними прикладами за кордоном вважаються сміховинними. Але, розуміючи небезпеку, яку можуть скласти українські товари (зокрема ліки) для ринку західних країн, вони здійснюють захист свого фармацевтичного ринку від наших досить конкурентоспроможних та якісних товарів. Мало того, вони створюють експансію на

наш ринок своїх далеко не якісних товарів, що призводить до знецінення нашого виробника та порушення прав нашого споживача. Мені здається, що відкривати наш ринок для іноземних товарів треба з великою обережністю, весь час контролюючи їх якість та механізм ціноутворення.

Без сумніву, треба розвивати сферу медичних послуг такого рівня, якого не мають західні країни. Їх ефективність повинна бути сенсаційною. Лише тоді ми повернемо до себе лицем споживачів, тобто хворих на невиліковні хвороби людей з усього світу. Відсутність альтернативи може створити монополію на використання нових технологій в усіх галузях медицини, що, врешті-решт, може стати підвалинами українського «економічного дива», дати насагу для розвитку інших важливих галузей науки та виробництва. Все це має відбуватися за умов законодавчої стабільності на теренах незалежної держави.

2.11. Український ринок.

Попит. Проблеми та перспективи

Сьогодні в Україні зареєстровано понад 800 000 онкологічних хворих, для лікування яких необхідно щонайменше по дві упаковки № 10 препарату Пропес для ін'єкцій, що становить річну потребу близько 1 600 000 упаковок.

2.12. Крок назустріч страховій медицині

Автор порушує питання про те, як, чим і чому так лікують наших людей, якими лікарськими засобами. Вважає, що все можна викласти в програмних принципах, для реалізації яких необхідно дещо змінити існуюче законодавство. А саме:

— створити національні стандарти лікування, що базуються на національних, географічних, екологічних, соціальних та інших особливостях наших людей;

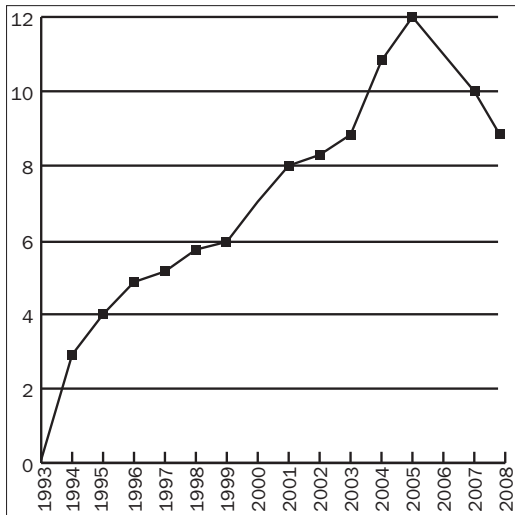


Рисунок 2.8. Питома вага виробництва протиракових лікарських засобів підприємством «НІР» у загальному обсязі випуску цих препаратів фармацевтичною промисловістю України за 1994–1996 рр. та перспектива виробництва їх на період до 2008 року

рити нові, оригінальні методи лікування багатьох захворювань.

Чому весь синтетичний бізнес живе за законами, що притаманні звичайному гастроному, супер- і гіпермаркету?

Чому на прилавках аптек засилля імпорту, який продається за астрономічними цінами, що в декілька разів перевищують вітчизняні аналоги?

Уряд України оголосив про створення програми «Ліки України». Буде добре, якщо в її створенні візьмуть участь досвідчені, висококваліфіковані спеціалісти-практики. Перш за все економісти, управлінці, юристи.

— прив'язати ці стандарти до ліків, перш за все вітчизняного виробництва, реалізуючи при цьому в буквальному розумінні лозунг «Купуйте українське».

Причина проста.

По-перше, наші лікарські засоби набагато дешевші й не менш якісні за імпортні.

По-друге, розвиваючи вітчизняну промисловість, ми створюємо нові висококваліфіковані робочі місця, збільшуємо надходження до бюджету, реінвестуємо отримані доходи знову таки у вітчизняну науку й виробництво.

По-третє, ми разом — учені, лікарі, промисловці і підприємці — можемо створи-

Головне при цьому — забезпечити стабільне фінансування фармацевтичної галузі. Як кажуть, займатись винаходом велосипеда тут не потрібно. В усьому світі продуктивно працює медичне страхування. Причому в різних країнах воно побудоване по-різному. На думку автора, враховуючи український менталітет, для України більше підходить французька модель медичного страхування. Ми маємо деякі думки стосовно джерел фінансування.

Державне фінансування системи медичного страхування може бути реалізоване таким чином:

— Відрахування від податків і зборів; тут передбачається надходження від податків на соціальне страхування, прибуткового податку з фізичних осіб, частини податків на прибутки страхових компаній і компаній — державних монополістів, що мають природні ресурси, штрафів за порушення екологічних стандартів і природоохоронного законодавства.

— Добровільне медичне страхування — внески як фізичних осіб, так і роботодавців для забезпечення цільових програм медичного страхування своїх робітників, благодійні внески для реалізації певних медичних програм чи допомоги окремим групам людей.

Необхідно частково визначити мінімальний перелік медичних послуг, на які має право розраховувати будь-який громадянин України.

Все, що можуть запропонувати лікарні, поліклініки, медичні центри, повинне відобразитися в індивідуальних полісах медичного страхування. Кожний поліс повинен надавати застрахованому право на певне грошове покриття, яке він може використати на свій розсуд для лікування в тому чи іншому медичному закладі, за більшою чи меншою ціною схеми лікування, самостійно компенсуючи різницю між страховою премією та реально витраченими на лікування грошима або, навпаки, отримуючи різницю

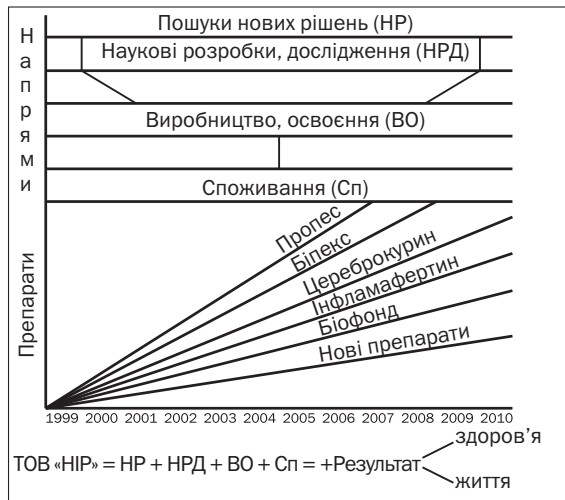


Рисунок 2.9. Головні напрями (вектори) виробничої й економічної діяльності ТОВ «НІР» у 2000–2005 рр.

«на руки». При цьому хворий повинен мати право і можливість отримати всю повну інформацію про діагноз, прогнози й можливості лікування в тому чи іншому медичному закладі.

2.13. Фармацевтичний ринок в Україні

Переходимо до характеристики стану фармацевтичного ринку в Україні, його оптимізації, ціни вступу України до ВТО і ЄС для української фармацевтичної промисловості, розумної достатності у питаннях реєстрації ліків, заповнення українського ринку високоефективними ліками.

Про ринок ліків у нашій країні написано немало економічних трактатів. Їх зазвичай презентують представники іноземних компаній з однією лише метою — переконати нас у тому, що їх присутність на внутрішньому ринку лікарських засобів вкрай необхідна і результативна для лікування людей.

Обсяг українського фармацевтичного ринку (без урахування контрабанди й фальсифікатів) становить понад 1 мільярд доларів США: 70 % — це імпорт, 30 % — вітчизняне виробництво.

Якщо ж звернути увагу на валові показники (умовні упаковки), то ситуація виглядає діаметрально протилежно: 70 % — вітчизняні, 30 % — імпорт. Тобто упаковка імпортованих ліків втричі дорожча від наших.

Із вищенаведених фактів можна зробити такі висновки:

— понад 700 мільйонів американських доларів щорічно залишають межі нашої країни, підтримуючи (інвестуючи) американську, німецьку, австрійську, індійську, ізраїльську, французьку, китайську, японську тощо економіки;

— понад 60 % цієї суми є безпідставними;

— розвиваючи вітчизняну фарміндустрію (науку і виробництво), ми обов'язково підвищуємо добробут і поліпшимо здоров'я наших громадян.

Різкий підйом цін на імпортовані ліки за останні два роки, відсутність державного фінансування й контролю за ціноутворенням на фармринку боляче ударило по кишені українців, погіршило результати їхнього лікування, дало поштовх для різкого збільшення захворювань онкологічного характеру, на цукровий діабет, туберкульоз, серцево-судинні захворювання (інфаркти, інсульти), СНІД та інше.

Зробимо екскурс у минуле. На момент розпаду СРСР в Україні було сконцентровано понад 80 % усього промислового виробництва ліків і практично вся наука їх створення і виробництва.

Після 1991 року фарміндустрія пережила велику депресію. Але вижила, реорганізувалась і почала швидко розвиватись, дедалі більше витісняючи

імпорт із прилавків аптек. Можна навести багато прикладів. Це і фірма «Дарниця», КМП, завод «Фармак», Борщагівський ХФЗ, «Стірол», інсуліновий завод «Біофарма», «Юрія-фарм» та інші.

Дуже б хотілось, щоб державна влада непродуманими кроками не нашкодила вітчизняній фармпромисловості, бо це ляже великим тягарем на плечі хворих людей і їх родин.

З іншого боку, правильно розставлені акценти в програмі «Ліки України», її пріоритетний розвиток сприятиме зростанню ВВП і, відповідно, доходної частини бюджету, збільшенню кількості робочих місць, а це — достойна заробітна плата для десятків тисяч людей, відрахування до Пенсійного Фонду, соціальний захист наших громадян.

Бачення автором реалізації «Ліки України»:

— Державна інвестиційна програма з реконструкції діючих і будівництво нових виробничих потужностей на підставі існуючих міжнародних стандартів (ОМР, ISO9000 і т.д.).

— Інвестування, створення нових лікувальних закладів, перш за все у життєво важливих напрямках — СНІД, гепатит, рак, церебральні, кардіологічні порушення, туберкульоз, рання дитяча смертність, автоімунні захворювання — під відповідальністю й управлінням ДНЦЛС МОЗ України.

— Створення промоутерського центру для здійснення виходу української оригінальної і високоякісної генеричної продукції на ринки інших країн (аж до реєстрації FDA і ЕМЕА).

— Стандартизація методик лікування для створення страхових протоколів — основи страхової медицини.

— Організація держзамовлення і держзакупівель засобів відповідно з переліком лікарських засобів, що входять до забезпечення державного мінімального медичного страхування громадян, забезпечення потреб Міністерства оборони, МНС, МВС та інших прирівняних організацій.

— Збереження податкових пільг для виробників, засновників і розробників оригінальних лікарських засобів.

Необхідно для реалізації цієї мети використати весь наявний у країні інтелектуальний потенціал.

2.14. Розумна достатність у питаннях реєстрації лікарських засобів

Добрі ліки коштують дорого. Прості в технології народні засоби, відносно дешевші і доступні, давно вивчені і виробляються. На жаль, їх для нашого виживання вочевидь недостатньо. Потрібно створювати нові ліки (нові речовини, нові комбінації відомих речовин, нові методи застосуван-

ня перших і других). Ці нові речовини, навіть створені внаслідок нових досягнень науки і техніки, що мають усі теоретичні передумови для того, щоб у майбутньому стати ліками, — ще не ліки!

Від лабораторії вченого до аптечного прилавка в цих препаратів пролягає велика дистанція. Це можуть бути роки і роки безперечно дорогої роботи під назвою «Експериментальні та клінічні дослідження ліків».

Необхідно відмітити, що далеко не кожний, навіть найгеніальніший, учений у змозі пройти цей шлях, який вимагає великих фінансових витрат і займає декілька років. У різних джерелах наводяться різні дані, але середні — це 10 років і понад 1 000 000 000 американських доларів.

Нині стає зрозумілим, чому дійсно нові ліки, виготовлені на основі ноу-хау, з'являються на фармацевтичному горизонті досить рідко. Основна група ліків була створена ще до Другої Світової війни (йод, зеленка, аспірин і т.ін.) або ж відразу після неї — антибіотики, перші цитостатики тощо.

З тих пір, незважаючи на постійно зростаючий показник обсягів продажу, поява нових ліків — рідкісне свято, та й, між іншим, вона не завжди виправдана.

Здавалося б, контролюючі органи розробили чудову систему — фільтр, що відгороджує нас, споживачів пігулок, від намагань появи на прилавках аптек неякісної, маловивченої, а тому, можливо, шкідливої й небезпечної продукції. Саме для цього служать усі ці безкінечні й дедалі більш дорогі сертифікації, а експериментальне вивчення даної речовини не все, що тільки можливо вигадати, — ще є клінічні дослідження, рандомізовані, мультицентрові, міжнародні, сліпі, подвійні сліпі, потрійні сліпі. Сліпі — це коли хворий не знає, чим його лікують, подвійні сліпі — коли не знають хворий і лікар, який лікує, потрійні сліпі — коли не знає ні хворий, не лікар, не організатор дослідження. І, врешті, логічне продовження — четверні сліпі дослідження — це коли взагалі ніхто нічого не знає, включаючи виробника та винахідника!

Нескладно зрозуміти, що роздуті в об'ємі і далеко не завжди обґрунтовані наукові дослідження закладаються в собівартість ліків. Вони збільшують обсяг прибутків корпорації, дають підстави для збільшення вартості медичного страхування, а найголовніше — захищають корпорації, що володіють ринком лікарських засобів, від проникнення на нього нових виробників, нових конкурентоспроможних ліків, нових високоефективних методик їхнього застосування. Це би знизило обсяг продажу, скоротило б обсяг виробництва, що в кінцевому результаті може призвести до скорочення робочих місць.

При цьому інтереси людей, які хворіють і лікують, а більше тих, які хочуть вилікуватись, практично ігноруються.

Чи варто говорити, що існуюча система реєстрації ліків мала би хоч захищати нас від неякісної продукції, шкідливої побічної дії вже зареєстрованих ліків?

Практично щодня ми одержуємо повідомлення ВООЗ, FDA та інших контролюючих служб про страшні наслідки застосування препаратів, які немов би пройшли всі випробування і багато років застосовуються, про масу бракованих ліків-фальсифікатів, вироблених як в країнах третього світу, так і в Європі чи США. Природно, що за цю корпоративну гру розплачуються хворі люди.

Те, що відбувається сьогодні у світі фармації та медицини, за великим рахунком, є не що інше, як холодна війна, яку здійснюють транснаціональні корпорації проти всіх інших учасників медичного ринку.

Що очікує на українську фармпромисловість, якщо будуть прийняті пропозиції транснаціональних корпорацій через структури ЄС, СОТ та інші правила гри (ведення холодної війни)?

Колосальні вкладення в реконструкцію виробництва за системою GMP, яка з рекомендованої дедалі більше і більше стає обов'язковою, закономірно призведе до підвищення цін на ліки, а це означає, що вони стануть менш доступними, безумовно, така ситуація на ринку ліків змусить скоротити обсяги виробництва, зменшити доходи підприємств, втратити велику кількість робочих місць, знизити надходження коштів до бюджету.

Зрозуміло, що якщо українські фармпідприємства і будуть повністю відповідати вимогам GMP, вони все одно не зможуть постачати свою продукцію на ринки Європи й Америки. Жодні ліки українського виробництва не мають і, мабуть, не скоро матимуть реєстрації FDA і EMEA.

Можливо, є необхідність вчасно зупинитись і використати наявні ресурси на створення якісно нових технологій виробництва ліків, на створення нових оригінальних ліків і на цій основі нових медичних методів лікування соціально значущих хвороб, таких як рак, СНІД, ДЦП, автоімунні захворювання, на вирішення проблеми трансплантації і регенерації органів і, зрозуміло, омолодження організму, продовження життя при високому рівні його якості.

За наявності солідного поки що інтелектуального потенціалу, якщо в Україні вдалось би коли-небудь в одному-двох напрямках подолати тяжке захворювання, то країна здатна була б запропонувати лікування у своїх клініках для громадян будь-якої держави. Причому на платній основі.

За рахунок отримання додаткових коштів можна збільшити рівень соціальної (безкоштовної) медицини для всіх громадян України, підвищити життєвий рівень лікарів, вчених-фармацевтів, тобто підвищити добробут і якість життя для всього українського народу.

2.15. Від Гіппократа до сімейної медицини

У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я головним пріоритетом на подальший період визначена первинна медико-санітарна допомога. Цей орієнтир є універсальним і оптимальним незалежно від рівня витрат на охорону здоров'я в окремій країні. До того ж він передбачає досягнення рівності й соціальної справедливості, надання медичної допомоги в суспільствах, що модернізуються.

При належній організації на первинному рівні медичного обслуговування може бути забезпечено 90 % звернень по допомогу. Вартість такої послуги в 4–9 разів менша, ніж на вторинному рівні, і у 18–24 — аніж на третинному. В Україні лише 30 % пацієнтів у містах і до 50 % у сільській місцевості розпочинають і закінчують лікування на первинному рівні.

За експертними оцінками, фінансове забезпечення первинного рівня медико-санітарної допомоги в Україні становить від 5 до 10 % коштів, які виділяються на охорону здоров'я, незалежно від загальних і одноосібних показників фінансування галузі. Проведена у 2007 році інвентаризація підрозділів первинної допомоги показала незадовільний стан і розвиток мережі таких медичних установ, у тому числі кадрового й матеріально-технічного забезпечення.

Підготовлений законопроект «Про загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року». Модель первинної медико-санітарної допомоги, запропонована у проекті, базується на рекомендаціях ВООЗ, а також на досвіді окремих регіонів України. Колегія Національної ради з питань охорони здоров'я населення розглянула питання первинної медико-санітарної допомоги в аспекті розвитку сімейної медицини в Україні.

З іменем Гіппократа — старогрецького лікаря (460–370 рр. до н.е.) пов'язане уявлення про високе моральне обличчя і зразок етичної поведінки людини цієї професії. З вченням Гіппократа, що стало підставою для подальшого розвитку клінічної медицини, пов'язані уявлення про цілісність організму, лікування хворого, а не хвороби. Реформатор античної медицини розробив поняття про анамнез (сукупність даних про розвиток хвороби, умови життя, перенесені захворювання та ін., що збирається з метою використання їх для діагнозу). Існує клятва Гіппократа — текст, що коротко формулює моральні норми лікаря. Існують також ознаки тяжких захворювань, названих його іменем — гіппократові луночки, маска Гіппократа. Про цього дивовижного медика минулого можна багато розповідати. Але сьогодні в даній праці розмова піде про сімейну медицину — новинку, яку ось уже 4 роки намагаються ввести в нашій країні.

Здавалося б, сучасна медицина піднялася до таких висот, що скоро людина взагалі може стати безсмертною. На жаль, це абсолютно не «загрожує» українцям. Якщо у країнах Європейського Союзу коефіцієнт природного приросту населення — у межах від -1 до $+1$ (смертність дорівнює народжуваності), то в Україні цей коефіцієнт з 1991 року (з часу отримання суверенітету) став від'ємним і знизився до рівня $-5...-7$. Що найбільш прикро, виросла смертність людей середнього віку: серед чоловіків майже в 2 рази, серед жінок — у 1,5 рази. Тривалість життя, відповідно, дорівнює 62 і 73 рокам.

Історія людства, напевно, не знає випадків демографічної катастрофи, що спостерігається в Україні. В умовах нормального демографічного відтворення ми могли б уже стати стомільйонним народом. За переписом 1989 року чисельність населення нашої країни досягла 51,7 мільйона осіб. Але протягом 20 років воно зменшилося на 6 мільйонів. Нині в кількісному відношенні ми відстаємо не лише від Німеччини і Великобританії, а також від Італії і Франції.

Що стало причиною цього фатального явища? Відповідь одна: цинічна антинародна політика трьох президентів, їхнього оточення, безплідні потуги урядів наповнити державну казну, корумпованість влади по всій її вертикалі. У народі складається враження, що нинішній «народний» президент «десантований» до нас з іншої планети з метою «очистити» плодючі землі від аборигенів, підготувати майданчик для «моєї нації». Значення останнього словосполучення неважко розшифрувати. У міжнародному праві — це практичне знищення людей (зумисне створення умов для зменшення дітородіння і збільшення смертності називається геноцидом).

Світовий досвід переконує, що в демографії не існує загальних рецептів. Проте нерозумно заперечувати соціальний фактор. У країнах, де спостерігається політична й економічна стабільність, де люди живуть нормально, народжуваність дітей значно вища, а серед літніх людей багато довгожителів. Згідно з Конституцією, українська влада також проводить політику «соціально орієнтованої економіки». Але, вибачайте, що це за «економіка», якщо молода сім'я не має житла, постійного місця роботи? Чи не тому у країні на 1000 шлюбів припадає 700 розлучень? Але, навіть перебуваючи у шлюбах до 5 і більше років, не заводять дітей (37 %) через побутову невлаштованість, невпевненість, що зможуть прогодувати й виховати дитину. В українських сім'ях найнижчий показник народжуваності дітей — 1,1 дитини. 6 мільйонів українців у пошуках роботи виїжджають за кордон. Діти роками ростуть без батька й матері. Надзвичайно важко живеться самотнім матерям. Відсутність елементарних життєвих умов, злиденні заробітки, безробіття змушує матерів залишати своїх дітей у пологових будинках чи в дитячому притулку.

Україна перетворилась на найбільш «стару» на території пострадянсько-го простору республіку. Так, між переписом 1959 та 2001 років доля людей віком 60 років і більше виросла від 12,3 до 25,5 %. Збільшення осіб похилого віку призводить до підвищення державних витрат на їх соціальне забезпечення. Якщо ж одночасно не зростає кількість платників податків, якими є люди працездатного віку, неминуче підвищується податковий тиск. Високі податки знижують мотивацію до праці, а продуктивність її, відповідно, падає. Саме так утворюється замкнуте коло. Причину цього хотілось би бачити в нерозвинутості інститутів влади. Проте досвід указує на якусь деградацію всього суспільства. Частіше за все життя людини залежить тепер від товщини гаманця. Особливо це відбивається в галузі охорони здоров'я. Якщо вартість медичних послуг і ціни на ліки не по кишені, ніщо не врятує вас від накресленого долею. Але хто ж придумав у нашій країні таку медицину, коли життя людини залежить від матеріальної винагороди того, у чийх руках воно знаходиться? І як вийти з цього положення?

Брак впевненості в успіху справи штовхає багатьох спеціалістів на пошуки щастя за кордоном. Висококваліфіковані лікарі від'їжджають у Республіку Білорусь, сусідні Польщу та Росію, де вища оплата праці, налагоджена організація медичного обслуговування населення. Безумовно, найскладнішим питанням залишається кадрове. Дефіцит лікарів загальної медицини пояснюється тим, що в усіх університетах негативно ставляться до підготовки таких спеціалістів. «В Україні немає не тільки інституту, але й навіть факультету сімейної медицини, — заявив член Національної ради професор Геннадій Слабкий. — В інституті післядипломної практики готують лікарів поліклінічної допомоги, а не для амбулаторних центрів...»

Із багатьох проблем необхідно виділити головну — брак фінансування галузі. Підбиваючи підсумки засідання колегії Національної ради з питань охорони здоров'я громадян України, директор департаменту Мінохорони здоров'я Жданова повідомила: «Первинний проект реформування медичної галузі країни становить 3,5 млрд грн. Таких грошей уряд не виділив. Ми зупинилися на 1,6 млрд грн. Остаточо Мінфін пообіцяв нам 865 млн грн. У результаті витрати на реформу у 2009 році дорівнюють нулю...»

Оце, уважайте, найбільш вагомий аргумент, чому в нашій країні медицина залишається відсталою галуззю. Чудова ідея, що поруч із вами протягом усього життя буде знаходитися сімейний лікар, який застерігатиме й оберігатиме вас від зустрічей із небезпечними хворобами, залишається утопією. Намагання розмежувати первинну медичну допомогу із вторинною та подальшими етапами, можна сказати, провалилось. Пілотні проекти, що успішно стартували в декількох регіонах, про що говорилось вище,

як кажуть, погоди не роблять. А тим часом деякі райдержадміністрації успішно ліквідували відділ охорони здоров'я. У країні криза, необхідно економити державні кошти — таке резюме деяких горе-керівників.

Постулат про те, що «статистика знає все», можливо, і правильний. Скільки б та чи інша країна ні видобувала вугілля, нафти, газу, скільки б ні виплавляла металу на душу населення, об'єктивним показником її реального соціально-економічного стану буде залишатись тривалість людського життя, рівень дитячої смертності, захисту від хвороб. По них легко поставити діагноз суспільству. В усьому світі ці показники вважаються головними.

Чому саме тепер вирішили зайнятися сімейною медициною? Адже цей метод відомий із стародавніх часів. У тому ж Китаї, наприклад, сімейний лікар отримував поосібну платню від сім'ї, яку він обслуговував. Варто було комусь із сім'ї захворіти, зарплата лікаря зменшувалась. Чим більше хворих, тим менший дохід. Матеріальне положення лікаря залежало від кількості здорових!

А ось історичний приклад відповідальності лікаря за здоров'я пацієнта. «Лікарі, які лікували головним чином за допомогою цілющих трав, знаходились на державній службі, оскільки отримували постійну і тверду зарплату від держави». В обмін держава, зрозуміло, вимагала від своїх службовців, медиків, хорошої роботи. Хто не виправдовував надану довіру і внаслідок недостатньої кваліфікації або халатності позбавив життя державного підданого, розплачувався власним життям». Це цитата із книги чеського етнографа та природолюбця Милослава Стингла «Ті, хто поклоняються зорям», яка присвячена стародавнім мешканцям Перу.

А чи можемо ми, українці, використати метод, що існував у стародавньому Китаї? Платити лікарю в тому випадку, коли людина здорова. А відповідальність за здоров'я і життя громадян покладати на медиків, як у індіанців Перу?

У даному питанні, мабуть, потрібно покладатися на мудрість і здоровий глузд усього суспільства та управлінські здібності, хист, професіоналізм інститутів державної влади, що покликані вирішувати цю важливу соціальну справу.

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ

Концептуальні положення перспективного розвитку системи охорони здоров'я в Україні

3.1. Сучасні здобутки ТОВ «НІР»

Визначаючи головні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні на перспективу (2009–2020 рр.), автор вважає за доцільне зупинити увагу на досягненнях і завданнях ТОВ «НІР» при лікуванні тяжко хворих людей, у першу чергу з онкологічними захворюваннями. У попередніх розділах ґрунтовно охарактеризована діяльність підприємства з виробництва, зокрема, протиракового препарату Пропес, а також препаратів Біпекс (тимчасово не виробляється за технічних умов), Цереброкурин та ін., що нині користуються великим попитом на фармацевтичному ринку України і за її межами.

За минуле століття людство зробило великий крок вперед у лікуванні онкологічних захворювань. Якщо в 1900 році п'ятирічна виживаність хворих на рак не перевищувала 5 %, то сьогодні цей показник перевищує 60 %.

У 50-ті роки в арсеналі лікарів-онкологів були лише хірургічні втручання та променева терапія, а сьогодні, окрім цих методів, онкологи успішно застосовують гормоно-, хіміо- й імунотерапію. Проте і на сьогодні ця проблема дуже гостра, ризик захворіти раком для чоловіків — 26 %, а для жінок — 15 %. У даний час серед причин смерті жителів України злоякісні утворення посідають 2-ге місце, у Росії — 16-те місце у чоловіків і 28-ме — у жінок. На їх долю серед загального показника смертності осіб працездатного віку припадає понад 35 %. Число хворих зі злоякісними новоутвореннями в Україні щорічно збільшується — показник зростає на 2–2,5 %. Кожний хворий на рак втрачає 17–25 років життя, 50 % з них — у працездатному віці.

Таблиця 3.1

Найменування захворювань	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Злоякісні новоутворення печінки	4,7	4,8	4,9	5,0
Злоякісні новоутворення підшлункової залози	11,1	11,5	11,9	12,3
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів, легень	43,8	43,6	44,5	44,8
Злоякісні новоутворення нирок	7,9	8,1	8,2	7,9

Статистичні дані, що відображають поширення захворювань, для лікування яких використовується препарат Пропес, подані в табл. 3.1.

Тенденції зміни кількості хворих, які потребують для лікування препарат Пропес, подані в табл. 3.2.

Статистичні дані, що відображають поширення захворювань, для лікування яких використовується препарат Цереброкурин, подані в табл. 3.3.

Тенденції змін кількості хворих, які потребують для лікування препарат Цереброкурин, подані в табл. 3.4.

Таблиця 3.2

Кількість хворих на 100 000 населення							
2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
316,45	320,3	324,15	328	331,85	335,7	339,6	343,4

Таблиця 3.3

Найменування захворювання	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Психічні розлади	460,1	465,5	471,4
Цереброваскулярні захворювання (у т.ч. інсульти)	866	873,4	889,1

Таблиця 3.4

Кількість хворих на 100 000 населення							
2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
1375,32	1418,73	1462,15	1505,56	1548,98	1592,39	1635,81	1679,22

Таблиця 3.5

Найменування захворювання	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Сальпінгіт, оофорит та ін.	808,3	811,4	815,5

Багаторічні клінічні дослідження показали, що безплідність у жінок у більшості випадків пов'язана з перенесеними запальними захворюваннями, при цьому у 26,6 % жінок, які страждають від хронічних захворювань репродуктивних органів, виявлені зміни імунітету.

Статистичні дані, що відображають поширення захворювань, для лікування яких використовується препарат Інфламафертин, подані в табл. 3.5.

Тенденції змін кількості хворих, які потребують для лікування препарат Інфламафертин, подані в табл. 3.6.

Декілька висновків щодо вартості препаратів, які виробляються ТОВ «НІР».

Ціна препарату Пропес у роздрібному продажі становить 407 дол. США. В Україні такий дохід, що дозволяє придбати цей препарат, мають близько

0,5 млн осіб. Кількість хворих, які потребують цей препарат для лікування, становить 316,45 на кожні 100 000 осіб, виключаємо з цієї групи 3,6 % людей, які з

Таблиця 3.6

Кількість хворих на 100 000 населення							
2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
739,515	775,63	811,745	847,86	883,975	920,09	956,205	992,32

певних причин відмовляються від лікування. Решта людей і становить реальну групу потенційних покупців препарату Пропес. Тенденція зміни кількості таких хворих подана в табл. 3.7.

Вартість препарату Інфламафертин у роздрібному продажі становить 152 дол. США. В Україні (Росії) такий дохід, що дозволяє придбати цей препарат, має 1,8 (111,4) млн осіб. Кількість хворих, які потребують для лікування даний препарат, становить 316,45 на кожні 100 000 осіб, виключаємо з цієї групи 3,6 % людей, які з певних причин відмовляються від лікування. Решта людей і становить реальну групу потенційних покупців препарату Інфламафертин. Тенденція зміни кількості таких хворих подана в табл. 3.8.

Таблиця 3.7

Країни	Кількість населення (осіб)			
	2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік
Росія	79925,1	79925,1	79925,1	79925,1
Україна	1525,3	1525,3	1525,3	1525,3
Всього	81450,4	81450,4	81450,4	81450,4
Країни	Кількість населення (осіб)			
	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Росія	79925,1	79925,1	79925,1	79925,1
Україна	1525,3	1525,3	1525,3	1525,3
Всього	81450,4	81450,4	81450,4	81450,4

Вартість препарату Цереброкурин у роздрібному продажі становить 311 дол. США. В Україні (Росії) такий дохід, що дозволяє придбати цей препарат, мають 0,55 (52,7) млн осіб. Кількість хворих, які потребують для лікування даний препарат, становить 1375,3 на кожні 100 000 осіб, виключаємо з цієї групи 3,6 % людей, які з певних причин відмовляються від лікування. Решта людей і становить реальну групу потенційних покупців препарату Цереброкурин. Тенденція зміни кількості таких хворих подана в табл. 3.9.

Таблиця 3.8

Країни	Кількість населення (осіб)			
	2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік
Росія	794162,2	831450,5	866252,1	903157,4
Україна	12832,1	13458,7	14085,4	14712,1
Країни	Кількість населення (осіб)			
	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Росія	937367,1	933002,5	1008429,1	1043646,8
Україна	15338,7	15965,4	16592,1	17218,7

Решта людей і становить реальну групу потенційних покупців препарату Цереброкурин. Тенденція зміни кількості таких хворих подана в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Країни	Кількість населення (осіб)			
	2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік
Росія	698701,1	718019,3	737175,1	757609,8
Україна	7291,9	7522,1	7752,3	7982,5
Всього	705993	725541,4	744927,4	765592,3

Країни	Кількість населення (осіб)			
	2004 рік	2005 рік	2006 рік	2007 рік
Росія	776472,7	795163,1	815268,1	833665,6
Україна	8212,7	8442,9	8679,1	8741,3
Всього	784685,4	803606	823947,2	842406,9

Незважаючи на наведені вище дані та факти, ми можемо лише приблизно судити про даний сектор фармацевтичного ринку, оскільки правдива й повна статистика реального стану, речей не подає даних, особливо щодо доходів населення, які у зв'язку з нинішньою фінансовою

та економічною кризою катастрофічно знижуються, привносять бідноту до повного зубожіння, коли немає коштів на хліб, сіль, цукор і крупу, не кажучи вже про дорогі медичні препарати.

3.2. Цілі й завдання концептуальних положень програми розвитку медицини

Безлад, що існує в даний час в українській системі охорони здоров'я, виликає недоброзичливе ставлення електорату до парламенту, президента, уряду. Збільшує внутрішню напругу в суспільстві і буквально провокує корупцію на всіх рівнях державної влади, веде до тінізації і криміналізації доходів населення і, відповідно, до погіршення доходної частини бюджету України, що не може не позначитися на фінансуванні власне самої системи охорони здоров'я, тобто замикає фатальне коло.

Внаслідок невтручання уряду в цю справу виникає привід для всіляких інсинуацій з боку псевдобізнесу у фармацевтичній галузі. Всі оприлюднені на сьогодні пропозиції стосовно реформування медичної галузі мають містечковий характер.

Необдумане адаптування європейських чи американських стандартів до української дійсності призводить до колапсу галузі, що не може не відбитись на якості життя «середнього» українця, а тому дає привід для критики нинішньої влади. У той же час не можна не розуміти можливостей бюджетного фінансування і наявності плутанини у законодавчій базі.

Потрібно зробити висновок: косметичні разові фінансові «уколи» в ту чи іншу клініку, НД і/чи фонд приводять лише до розкрадання цих коштів, зростання безвідповідальності лікарів перед пацієнтами, зниження народжуваності, збільшення чисельності непрацездатних інвалідів і т.д., що, врешті-решт, веде до вродження населення України.

Який же вихід із цієї ситуації?

3.3. Головне завдання держави — охорона життя і здоров'я громадян України

Метою системи охорони здоров'я України, як і державної влади, є охорона життя і здоров'я людей, підвищення народжуваності, зменшення смертності, збільшення тривалості життя і т.д.

Для того щоб йти вперед, необхідно поглянути назад — чим ми ще володіємо. А володіли ми в часи СРСР, відверто кажучи, найкращою в світі, соціально захищеною, доступною абсолютній більшості населення системою охорони здоров'я! У зв'язку з цим хотілося б бачити відродження цієї системи на фоні повноцінного фінансування.

Автор пропонує своє бачення майбутньої структури охорони здоров'я в Україні.

Необхідно якомога швидше диференціювати медицину за способом фінансування, тобто державну, комунальну, страхову і благодійну.

Конкретно:

— державна — це та частина медичних послуг, що фінансується за рахунок державного бюджету (мінімальна гарантована медична допомога, медицина катастроф, профілактика й лікування інфекційних захворювань — туберкульоз, СНІД, віспа, чума, холера тощо);

— комунальна — фінансується за рахунок місцевих бюджетів: обласних, районних, міських, селищних, сільських;

— страхова медицина — фінансується за рахунок страхових внесків (обов'язкового та добровільного медичного страхування), також медичного страхування роботодавцями своїх робітників;

— благодійна — цільове фінансування за рахунок благодійних фондів, внесків підприємств і приватних осіб (юридичних і фізичних) для надання медичної допомоги виключно малозабезпеченим верствам населення і фінансування конкретних програм допомоги невиліковно хворим.

Вищенаведене диференціювання зовсім не визначає, що необхідно будувати різні за джерелами фінансування лікувальні установи. Не обов'язково. Все це прекрасно може вживатися в існуючих умовах. Для цього потрібно лише визнати існуючі лікарні незалежними суб'єктами господарювання, професійна діяльність яких контролюється МОЗ України і профільними асоціаціями спеціалістів-лікарів.

Фінансова дисципліна й відповідальність регулюються відповідними контролюючими органами на загальних підставах. Такі заклади переважно повинні мати акціонерних товариств або акціонерних товариств закритого типу. Засновниками можуть виступати як місцеві общини, так і держава в особі МОЗ, приватні інвестори, комерційні організації тощо.

Зрозуміло, що рівень обслуговування для різних верств населення буде різним, хоча мінімальна медична допомога буде максимально доступною.

Такий стан справ у суспільстві буде викликати здорові стимули для творчої праці, одухотворення соціального принципу «кожному по роботі».

При такому підході немає необхідності доводити, що клініки, шпиталі тощо будуть цілком рентабельні, а значить, знімається навантаження з витратної частини бюджету і збільшується надходження за рахунок податків. Зрозуміло, правильним кроком з боку уряду є видача певних преференцій для медичних закладів у вигляді податкових пільг.

3.4. Страхова медицина

Медицина в цілому — надто дорога справа. Вона принципово відмінна від інших галузей економіки. Ця відмінність виражається в такому: впровадження прогресивних технологій у будь-якій сфері, як правило, визначає здешевлення продукту й послуг, а в медицині, навпаки, подорожчання. Тобто в медицині прогрес приносить все нові й нові витрати. Для пацієнтів це означає, що їм допоможуть позбутися майже будь-якої хвороби, пересадять будь-який орган, — справи лише в тому, скільки це буде коштувати. Ось чому навіть найбагатші країни не можуть дозволити собі бюджетне утримання медицини.

Системи страхової медицини в різних країнах різні і існують не одне десятиліття, а тому є сенс розглянути кожен з них. Потрібно бачити всі плюси і мінуси, щоб вибрати для України більш-менш нормальний варіант.

3.5. Американська система медичного страхування

Достоїнство американської системи медичного страхування — високий рівень стандартизації як методів лікування, так і самої процедури. Разом із тим американська система охорони здоров'я знаходиться на шляху до катастрофи, як економічної, так і терапевтичної.

За даними на 2000 рік, внаслідок банкрутства 1997 року 25 страхових компаній понад 400 000 громадян залишилися без медичної підтримки за страховими полісами. У 1998 році збанкрутіли 11 страхових компаній і 4 фонди НМО. Серед компаній-банкрутів були досить великі: наприклад, активи National Consumer IC до банкрутства становили 170 млн дол., Classis Fire Marine IC — 127 млн дол., а Centennial Life IC — 118 млн. дол. Рейтингові агентства попереджували про тяжкий стан цих фірм. Сім із одинадцяти банкрутів входили в клас компаній із дуже низькою надійністю (E+, E, E-), а чотири — у клас з низькою надійністю (D+, D, D-) за класифікацією рейтингового агентства Weiss.

З'явилися незалежні дослідження, які засвідчують, що досягнення американської страхової медицини не такі вже й великі, як вважалося. Згідно з

офіційними даними, за рахунок роботодавців страхується понад 62 % населення США. А результати досліджень, проведених Колумбійським пресвітеріанським медичним центром, показали, що медичну страховку, оплачену роботодавцем, мають лише 43 % населення США. А ще понад 7 % страхуються самостійно, 34 % — за рахунок держбюджету, а 16 % населення взагалі не застраховані.

Альтернативна система ДМС державної охорони здоров'я Medicare має досить незavidні фінансові перспективи. Згідно з дослідженнями Національного центру страхових полісів, при збереженні нинішньої ситуації з програмою Medicare в подальші 75 років дефіцит у бюджеті охорони здоров'я становитиме 9,8 трильйона доларів. Це приблизно у 2,3 раза перевищує дефіцит у системі соціального забезпечення і в 2 рази — національний борг США. При цьому вже тепер безплатну державну медичну допомогу в США отримують 39 млн осіб. У найближчий час їх чисельність подвоїться.

У США сформувалася небезпечна терапевтична система цінностей, згідно з якою пацієнту краще померти відповідно до ортодоксальних уявлень, ніж вжити завдяки неортодоксальним методам лікування.

Унаслідок цього все більше і більше людей відмовляються від медичного страхування. У даний час понад 35 млн американців не охоплені цією системою. І ця кількість із кожним роком зростає.

3.6. Німецька система медичного страхування

Німецька система найбільш лояльна до всіх громадян Німеччини, але вона настільки витратна, що навіть економіка найбільшої європейської країни не в силах витримати це колосальне навантаження. Зарплати лікарів і медичного персоналу в Німеччині сьогодні майже вдвічі менші, аніж в інших розвинутих європейських країнах. Наслідком стали страйк лікарів, погіршення якості медичної допомоги.

3.7. Французька система медичного страхування

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) після тривалого аналізу національних систем медичного обслуговування віддала Франції лавровий вінок переможця.

Обов'язковим медичним страхуванням у Франції охоплено 80 % громадян.

Французи певну частину своєї заробітної плати відраховують на медичне страхування (вірніше, третя частина внеску покривається за рахунок громадян, дві третини — за рахунок роботодавців).

Медичне страхування у Франції існує не саме по собі, воно становить частину соціального страхування *Securite Sociale*.

Всі, хто працює, отримують соціальну страховку з обов'язковим її атрибутом — страховою карточкою Carte Vitale, що забезпечує застрахованому і членам його сім'ї доступ до медичного сервісу без додаткової оплати. Якщо в сім'ї працюють дві особи, то в кожного є своя страхова картка, на одну з них записуються діти.

Як «працює» медична страховка? Якщо трапився нещасний випадок на роботі, то медичне страхування покриває 100 % витрат на лікування, якщо причиною нездужання стала хвороба — 75 %.

За необхідності стаціонарного лікування лікарняна каса оплатить 33 дні перебування у лікарні, решту днів пацієнт оплачує самостійно.

Тривалість лікування понад два місяці є приводом для госпіталізації в безкоштовну лікарню. Якщо стан здоров'я пацієнта протягом трьох років не поліпшується, встановлюють інвалідність.

У Франції передбачені дві групи інвалідності:

- перша, коли пацієнт не в змозі сам себе обслужити;
- друга — інші причини стану здоров'я в зв'язку з хворобою.

Необхідно відмітити, що лікарняна каса оплачує 75 % вартості перебування в стаціонарі, решту суми вносить пацієнт. За таким принципом оплачуються візит лікаря, медикаменти, медичне обладнання.

Як діє система компенсації виплат? Наприклад, при купівлі лікарських препаратів в одних аптеках пацієнт оплачує їхню повну вартість. Протягом 5 днів на рахунок застрахованого буде переведена сума в розмірі 75 % вартості препарату. Інші аптеки реагують на це і створюють більш комфортні умови для працівників, а саме: застрахований оплачує не повну вартість, а лише «свої» 25 %. Після чого лікарняна каса перераховує аптеці суму, якої бракує. Пацієнти безпосередньо відчують турботу страхових компаній.

Дні відсутності на роботі, підтверджені лікарняними листками, оплачуються. У даному випадку не бухгалтерією за місцем роботи, а лікарняною касою. Саме лікарняна каса виплачує заробітну плату за весь період дії лікарняного листка, а не роботодавець.

У Франції в системі медичного страхування враховані деякі психологічні аспекти. Участь самого застрахованого в процесі відшкодування грошових коштів стримує від надмірного бажання лікуватися. Французи не зацікавлені зайвий раз платити з власної кишені. Своя доля у платежі — стримуючий фактор для пацієнтів.

Що стосується добровільного медичного страхування, то в даний час усе більше французьких роботодавців включають його в соціальний пакет. Якщо роботодавець турбується про здоров'я своїх підлеглих, то статус компанії вважається дуже високим. Добровільне медичне страхування — це не лише обслу-

говування в гарних клініках, але й рішення проблем грошових витрат за медичні послуги. За наявності приватної страховки пацієнту вже нічого не платять.

Частина вартості лікування чи ліків оплачується за рахунок обов'язкового медичного страхування (75%), решта (25%) — за рахунок добровільного. Пацієнту залишається лише скористатися послугами. Поряд з доброю якістю обслуговування медичне страхування пропонує додаткові медичні послуги. Жодна лікарняна каса не компенсує витрати на придбання лінз чи окулярів із пластиковими лінзами. Бажання пацієнта носити щось дорожче належить до категорії необгрунтованих витрат. Приватні страхові компанії можуть виплатити вартість лінз. Все залежить від плану страхування, якщо даний пункт включений у перелік медичних послуг.

3.8. Медичне страхування в Італії

Друге місце за якістю медичного страхування, згідно з даними ВООЗ, посідає Італія. Щоб не вдаватись у тонкощі її облаштування, автор зупинився лише на тих особливостях, які вважає за доцільне застосувати в Україні.

Систему охорони здоров'я Італії умовно можна поділити на три рівні:

- національний (міністерство охорони здоров'я);
- регіональний;
- місцевий.

Всі вони виконують різні функції.

Міністерство охорони здоров'я оплачує вартість медичних послуг, локальні структури здійснюють управління й контроль.

Без належного контролю державні витрати на охорону здоров'я можуть виявитися невиправдано великими.

Децентралізованість — відмітна риса охорони здоров'я Італії. Тим більше державна медицина займає стійкі позиції і працює цілком успішно.

Кожний громадянин Італії зареєстрований у лікаря загальної практики, діти до 6 років — у педіатра. Можливість вибору лікаря не обмежена. На випадок зміни місця проживання можна продовжити лікування у попереднього спеціаліста, навіть коли він працює в іншому районі.

За існуючою схемою надання медичної допомоги лікар оглядає пацієнта й направляє на обстеження чи на стаціонарне лікування. Невідкладна госпіталізація здійснюється негайно, планова — згідно з чергою, і ця черга може тривати дуже довго.

Італійські лікарі, що працюють у державних лікувальних установах, часто практикують ще й у приватних клініках.

Державна медицина безплатно забезпечує всіх громадян рецептурними лікарськими препаратами, і тим паче встановлена плата за виписку рецептів, що знімається з пацієнта. Але пацієнтів похилого віку, інвалідів і малозабезпечених

громадян це не стосується, — їм рецепти виписують безплатно. Ціни на ліки і розмір максимальних торговельних надбавок контролює Міжнародний комітет цін. Це положення вочевидь не ринкового характеру, проте має колосальний соціальний пріоритет для уряду як «турбота про простий народ».

В Італії приватна медицина надає широкий спектр послуг і в даний час залишається прерогативою громадян із високими доходами (як і в Україні). Також існують медичні фонди (страхові компанії), що надають добровільне медичне страхування.

Як бачимо, можливо скомбінувати найбільш притаманні для України риси в чітку систему медичного страхування в Україні, впровадження якої не буде дуже хворобливим для українського народу.

3.9. Проблеми фармацевтичної промисловості, шляхи розвитку — ще один важіль для зміцнення бюджету країни

Про ринок ліків у нашій країні написано немало економічних трактатів, що наповнені цифрами і графіками. Їх зазвичай презентують представники іноземних компаній з однією метою, а саме — довести нам, за їх думкою, «убогеньким», те, що наш багатостраждальний народ уже до осені не доживе.

Просто здійснюють вони свої аналітичні огляди грамотно і висококваліфіковано. Ось чому цифрам, які наведені в них, можна цілком довіряти. А звідси випливають висновки. Як вже було зазначено, обсяг українського фармацевтичного ринку становить трохи більше ніж 1 мільярд доларів США. З них 70 % — імпорт, а 30 % — вітчизняне виробництво. Якщо звернути увагу на валові показники (умовні упаковки), то ситуація виглядає діаметрально протилежно: 70 % — вітчизняні ліки, а 30 % — імпорт. Тобто упаковка імпортних ліків у середньому втричі дорожча за нашу.

Заспокоює тут лише одне — громадяни України все-таки в більшості своїй довіряють вітчизняному виробнику.

А звідси можна ще раз зробити такі висновки:

- валюта витікає за межі України й інвестує економіку десятків країн світу;
- більша частина цих коштів спливає безпідставно;
- за рахунок розвитку вітчизняної фарміндустрії суспільство матиме змогу підвищити добробут українського народу.

3.10. Проблеми регулювання фармацевтичного ринку

Враховуючи те, що левину долю у витратах на лікування становлять ліки, найбільшу вигоду від цього мають країни-виробники. Заслугує на увагу досвід Туреччини, яка стимулювала виробництво практично всіх генериків (ліки, з яких знятий патентний захист) та багатьох оригінальних препаратів за ліцен-

зією фірм-розробників, що мінімізувало імпорт ліків до країни, стимулювало розвиток наукомістких виробництв, збільшило надходження податків і сприяло створенню великої кількості робочих місць.

Потрібні дії державної влади в таких напрямках:

- створити Національні стандарти лікування захворювань на базі вироблених в Україні ліків;
- оцінити асортимент вироблених в Україні ліків із точки зору світових досягнень;
- стимулювати створення й виробництво в Україні асортименту ліків, якого бракує;
- розподілити між українськими заводами держзамовлення з метою зниження виробництва невиправданої продукції;
- особливу увагу приділити створенню нових ліків на підставі ноу-хау, забезпечити для них патентний захист і державну підтримку для просування на ринку як у нашій країні, так і за кордоном;
- творчо, з розумінням важливості справи й можливостей підходити до впровадження стандартів ЄС.

Великі вкладення в реконструкцію виробництва за системою GMP, яка з рекомендованих дедалі більше і більше стає обов'язковою, не можуть не призвести до підвищення цін на ліки, а це означає, що вони можуть стати менш доступними, а це, у свою чергу, веде до скорочення обсягів виробництва, доходів підприємств, зменшення робочих місць, зниження надходжень до бюджету.

Необхідно зважувати, що навіть коли українські підприємства повністю будуть відповідати GMP, то все одно вони не зможуть поставляти свою продукцію на ринки Європи й Америки.

На жаль, сьогодні не можна прогнозувати, що ліки, вироблені в Україні, матимуть реєстрацію FDA і EMEA.

Потрібно серйозно займатись виробництвом якісно нових ліків.

Порівнюючи витрати на охорону здоров'я в США і на Кубі, отримуємо досить цікаві результати. В Америці й на Кубі тривалість життя майже однакова — близько 77 років, а витрати на охорону здоров'я найнижчі у світі саме на Кубі.

Власне на Кубі, а не в США чи ЄС створені в останні роки вакцини проти гепатиту В і С, розроблено передові методи лікування церебрального паралічу, онкологічних захворювань, якими, до речі, абсолютно безплатно користуються українські діти.

Українській системі охорони здоров'я є чому повчитися у маленької Куби.

Без зарахування охорони життя та здоров'я народу до надпріоритетних напрямків соціально-економічної політики держави досягти радикальних успіхів у системі медичного обслуговування громадян України неможливо. Це істина.

Висновки

Завдання суспільства полягає в тому, щоб допомагати кожному, хто потрапив у біду; кожен має право на допомогу. Але і той, хто надає допомогу, і її одержувач мають керуватися почуттям відповідальності. Соціальне забезпечення повинно охопити всі періоди життя людини: від консультації з укладення шлюбів, допомоги вагітним і до останнього подиху людини. Важливою є ідея «гуманітарної цілісності», реалізація якої є практичною проблемою й водночас піднімає філософське питання: чи зможе вона в майбутньому стати предметом етичних роздумів, чи проблема соціального забезпечення скоріше полягає в питанні про ступінь реалізації. Якщо висловитися інакше, то можна сказати, що це — тема «Чарівної флейти», де любов стала обов'язком. Чи бере на себе цей обов'язок суспільство в рамках держави Україна — все це ми бачимо. У кожному разі політиці випало відіграти свою роль і в медицині.

У цілому в рамках наукової праці автор намагався розглянути різні системи охорони здоров'я, проблеми економіки охорони здоров'я, деякі ключові характеристики цих систем. Також окреслено деякі найхарактерніші тенденції останніх років у споживчому секторі охорони здоров'я, зокрема у виробництві ліків.

Мною використано економічний каркас у вивченні системи й характеристики розподілу коштів, схеми оплати та конкуренції. Конкретно цей економічний каркас використано у характеристиці підприємства «НІР», перспектив діяльності його у взаємозв'язку з виробничою та комерційною діяльністю державних, приватних і комерційних структур, які займаються виробництвом і реалізацією засобів лікування.

Як на мою думку, економісти повинні активніше втручатись у сферу охорони здоров'я, будучи ідеологічно нейтральними.

Споживачі зацікавлені у збереженні духу моральної відповідальності, який допомагає культивувати професіоналізм, але існує реальна небезпека того, що корпоративна економіка відсуне контроль і відповідальність у найдальші ряди управління. Вважаю, що передача медичної допомоги загальнонаціональним формуванням є антитезою того стану речей, який влаштував би фахівців або пацієнтів.

Справді, неважко зрозуміти, як конкуренція, а з нею неокласична економіка можуть перетворитися на цілі охорони здоров'я замість того, щоб бути засобами їх досягнення.

Переваги лімітування цін ґрунтуються на апіорній відповідності етичним принципам, визначеним щодо процесів асигнування; і хоч би якими

були результати — вони є найліпшими з можливих, а дані фактичних наслідків недоречні.

Урядове забезпечення соціально незахищеного населення неадекватне, а спроби контролю за цінами в Україні досі провалювалися. Урядова політика податкового стимулювання і заохочення вільної конкуренції також приречені на провал. Передові технології, наукові розробки, відкриття, ноу-хау в медичній галузі в останні роки недостатньо реалізуються. Натомість маємо тенденцію до зростання чисельності медперсоналу, і ця чисельність лягає нестерпним тягарем на економіку.

Цілком очевидно, що конструктивна реакція на ці проблеми має бути не з боку приватного сектора, а з боку уряду.

У ході дискусії навколо конкуренції стає дедалі очевиднішим, що це питання може мати вирішення в різних формах внаслідок різноманітності діючих систем цінностей та аргументів щодо благополуччя народу України, його здоров'я і життя.

Більше того, якщо у виробництві охорони здоров'я процес як такий означає не менше, ніж наслідки, непросто визначити спосіб вимірювання ефективності виробництва медичних засобів. Наприклад, визначення якості залишається нерозв'язною економічною надпроблемою. Над розв'язанням цієї проблеми наполегливо працює колектив ТОВ «НІР». Ми бачимо, як у відповідь на провал ринкових принципів постають різноманітні інституційні органи. А це не тільки переносить економіку у сферу державного вибору, звідки вона так часто випадала, а також означає, що різні системи охорони здоров'я слід розглядати у цивілізованому світі.

Ми ще раз впевнюємося, говорячи мовою традиційної економічної теорії, що найвиправданішим підходом до оцінювання життя є підхід з позицій готовності потенційних жертв платити за скорочення ризику смертності.

З приводу цього слід підкреслити необхідність спеціальних досліджень для вирішення окремих питань, зокрема з проблеми надання послуг населенню країни шляхом оптимального виробництва потрібних лікарських препаратів, медикаментів, медустаткування, медапаратури (викладено вище).

З вищесказаного випливають три можливі причини дотримання населенням позитивної часової преференції. Перша з них — короткозорість нетерпіння — видається самочинною як у сфері охорони здоров'я, так і в будь-якій іншій. Друга причина — побоювання не дочекатися прибутку за життя — передбачає зростання пропозицій часової преференції окремих осіб разом з їхнім віком, хоча на практиці різниця, обумовлена цією об-

ставиною, буває мізерною. Проте третя причина — зменшення граничної корисності — може призвести до негативної пропорції.

І останнє. Товариство з обмеженою відповідальністю «НІР» вийшло на досить високий рівень наукових розробок, виробництва та впровадження сучасних, унікальних медичних препаратів, здобуло заслужений авторитет у медичних колах, серед населення України і далеко за її межами. Його продукція користується великим попитом як у близькому, так і в далекому зарубіжжі.

Це стало можливим завдяки глибоко обґрунтованій науковій програмі виробничої й економічної діяльності підприємства, що базується на принципах максимальної корисності й задоволення потреб населення України перш за все.

Колектив підприємства розвиває ділове партнерство в Росії, Білорусі, Казахстані, Польщі, Словаччині, Німеччині, Австрії, Ізраїлі, Франції, США, Великобританії та інших країнах.

Ділові стосунки склалися і з фармацевтичними структурами, органами державної влади, науково-дослідними інститутами, медичними установами, промисловими підприємствами, підприємницькими організаціями України.

Програма перспективного розвитку підприємства «НІР» багатогранна, багатообіцяюча, спрямована на забезпечення вітчизняної медицини високоєфективними лікарськими засобами.

Нині у «портфелі» підприємства понад сорок піонерських наукових розробок бізнес-проектів, ноу-хау в галузі фармакології. І робота в цьому напрямі активно триває.

Колектив товариства впевнено дивиться в завтрашній день, коли наша вітчизняна фармацевтична промисловість буде спроможна задовольнити потреби нашої медицини в лікувальних засобах.

Ми зробимо свій вагомий внесок у цю важливу загальнодержавну та загальнонародну справу в ім'я продовження людського життя та зміцнення здоров'я народу України.

На підприємстві опрацьовано комплексний план розвитку виробництва на 2005–2015 роки, яким передбачено збільшення випуску нових видів медпрепаратів, розширення виробничої бази. Вирішено питання стабільного забезпечення виробництва сировиною. Ця програма узгоджується з державними органами влади, передбачає державне замовлення на окремі види продукції.

До участі в наукових розробках залучаються висококваліфіковані фахівці з різних галузей — медичної, біохімічної, фармацевтичної. У творчому колективі працюють економісти, соціологи, психологи, юристи.

Колектив підприємства безпосередньо спілкується з хворими, які захищені в придбанні нашої продукції. Підприємство отримує велику кількість заявок на ліки, а також багато позитивних відгуків, подяк від людей різного віку, які скористалися нашими медикаментами і мають добрі наслідки лікування.

Вивчаючи зарубіжний досвід організації охорони здоров'я, її економіки, виробництва ліків та діяльність фармацевтичних структур, я дійшов висновку, що в системі медичної допомоги України варто було б застосувати апробований у Канаді метод перспективного планування єдиним пакетом бюджетів лікарень. За умови належного використання ця система може сприяти підвищенню технічного забезпечення та раціональному розміщенню ресурсів, а також ефективному розподілу прав вибору рішення. Незалежно від загального рівня витрат на охорону здоров'я передача права на вибір рішення тим, хто спроможний здійснити цей вибір належним чином, є важливою характеристикою будь-якої системи.

Система перспективного бюджетного планування може сприяти також свободі клініциста як фахівця.

Підбиваючи підсумки, хочу висловити тверду впевненість у тому, що наше суспільство подолає економічну й соціальну кризу і з часом стане в один ряд з передовими країнами світу в питаннях медичного обслуговування народу України, чому підприємство «НІР» буде активно й цілеспрямовано сприяти. Суспільство зобов'язане зробити охорону життя і здоров'я народу надпріоритетною галуззю свого майбутнього розвитку. Це — стратегічне завдання української держави.

Література

1. Конституція України.
2. Закон України «Про охорону здоров'я».
3. Законодавчі акти про розвиток фармакології в Україні.
4. Програма діяльності ТОВ «НІР».
5. Висновки в публікаціях газети «Аптека».
6. Висновки публікацій журналу «Ліки України».
7. Наукові праці доктора медичних наук, заслуженого діяча науки, професора Кіндзельського Л.П.
8. Наукові праці доктора медичних наук, головного хіміотерапевта МОЗ України, професора Касьяненко І.В.
9. Спеціальна доповідь Управління за контролем та якістю лікарських препаратів США. — 2-ге вид. — 1995.
10. Журнал «FDA Consumer».
11. Постанови Уряду України з питань розвитку фармацевтичної промисловості країни.
12. Закон України «Про підприємництво».
13. Закон України «Про розвиток підприємництва».
14. Бурдак І.Г. Економічні проблеми розвитку України.
15. Щербак О.В. Стратегічні напрями розвитку медичної науки.
16. Авраменко О.І. Як же вивести українську здоровоохорону із кризи.
17. Велика медична енциклопедія.
18. Дятловицька Е.В. Біохімія.
19. Регістр лікарських рослин Росії.
20. Іванов В.Т. Питання медичної хімії.
21. Лоуренс Д.Р., Бенітт П.Н. Клінічна фармакологія.
22. Морозов В.Г., Хавінсон В.Х. Успіхи сучасної біології.
23. Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я.
24. Гросман М. Екскурс до страхової медицини.
25. Кернз Д. Ринки і ринкові неспроможності.
26. Олбан А. Функції лікарняних коштів.
27. Абалкін Л.І. Економіка перехідного періоду.
28. Абалкін Л.І. Держава і підприємництво.
29. Проданчук В.Г. Завдання щодо досягнення здоров'я для усіх до 2000 року.
30. Концепція розвитку охорони здоров'я і медичної науки в Росії // Збірник нормативних актів.

31. Солоненко І.П. Користування охороною здоров'я та добробут.
32. Олдройл Л. Основні принципи теорії сподіваної корисності.
33. Рекомендації Проекту реформи державної служби та місцевого самоврядування (Інститут відкритого суспільства, Будапешт).
34. Шилін Ю.І. Проблеми розвитку медичної науки.
35. Саблік К. Медицина в третьому тисячолітті.
36. Осадець С.С. Перспектива розвитку страхування в Україні.
37. Бобров О.Є., Бучнев В.І., Найштетик В.Я. Перспективи використання препарату Пропес.
38. Козаков Ф.В. Економічні процеси і проблеми фінансування в системі охорони здоров'я.
39. Дані статистичної звітності.

Наукове видання

Найштетік Володимир Якович

Економічні проблеми і концепція розвитку охорони здоров'я в Україні

(Українською мовою)

Книгу присвячено одному з важливих напрямків сучасної прикладної економіки — економіці охорони здоров'я, проблемам створення нових лікарських засобів із розряду *noу-hаu*. Уперше в Україні на високому науковому рівні розкрито проблеми медичної галузі, виробництва ліків у перехідний період, визначено шляхи виходу системи охорони здоров'я, фармацевтичної галузі на сучасний цивілізований рівень. Особливе значення монографії полягає в тому, що автор на власному досвіді розкриває можливості вітчизняного виробництва лікарських засобів на науково обгрунтованій, глибоко продуманій економічній підставі і подає концепцію розвитку охорони здоров'я в Україні на перспективу.

Технічний редактор *С. Сінельников*
Верстка *А. Сидельников*
Коректори *Т. Бережна, Л. Карбовська*

Підп. до друку 14.10.2009. Формат 60x84/16. Папір офсет.
Гарнітура «Newton». Друк офсет.
Ум. друк. арк. 9,3. Обл.-вид. арк. 10,6.
Тираж 100 пр. Зам. № 8530.

Видавець Заславський О.Ю.
пр. Ленінський, 25/126, м. Донецьк, 83102
www.mif-ua.com, тел.: 8 (062) 338-21-11
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2182 від 13.05.2005

Друкарня Приватне підприємство «Астро»
вул. Артема, 63а, м. Донецьк, 83000
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2047 від 24.12.2004