

Рингач Н.О.,

*доктор наук з державного управління, головний науковий співробітник
Інституту демографії та соціальних досліджень
імені М.В. Птухи НАН України*

РИЗИКИ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ, СПРИЧИНЕНІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЮ І ПОЛІТИЧНОЮ КРИЗОЮ

В статті визначено основні чинники ризику для здоров'я населення і функціонування системи охорони здоров'я, зумовлені сучасною соціально-економічною і політичною кризою в Україні (фінансові, функціонально-організаційні, поведінкові, середовищні тощо), що може стати основою для встановлення пріоритетних шляхів мінімізації негативного впливу кризи і заходів антикризової політики.

Ключові слова: *ризики, соціально-економічна і політична криза, державне управління охороною здоров'я, фактори, пов'язані зі здоров'ям.*

THE RISKS FOR THE PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE CAUSED BY THE SOCIAL - ECONOMIC AND POLITICAL CRISIS

The article shows the major risk factors resulted from modern social-economic and political crisis in Ukraine (financial, functional-organisational, behavioral, environmental, etc.). It might become the basis for identifying the priority ways for minimising the negative effect of the crisis and for the development of the anticrisis policy measures.

Key words: *risks, social-economic and political crisis, national security, public administration of health care, factors affecting public health.*

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Сьогодні Україна перебуває під поєднаним впливом наслідків світової економічної кризи минулого десятиріччя та проявів сучасної економічної і політичної кризи, яка триває з кінця 2013 року і негативно впливає, серед іншого, на стан здоров'я населення і функціонування системи охорони здоров'я (ОЗ). Погіршення громадського здоров'я є передумовою глибоких незворотних наслідків в соціально-економічному та духовному розвитку української нації, реальною загрозою національним інтересам України. Очікується також, що криза негативно відіб'ється на досягненні сформульованих в Декларації тисячоліття цілей розвитку (зазначимо, що серед цілей, вибраних Україною в якості ключових, дві безпосередньо пов'язані зі здоров'ям (боротьба з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та туберкульозом і зменшення материнської і дитячої смертності), кілька стосуються його опосередковано) [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У світі і в Україні з'явилася низка публікацій, присвячених впливу глобальної кризи на охорони здоров'я. 1-2 квітня 2009 р. Європейське регіональне бюро ВООЗ провело в м. Осло (Норвегія) нараду "Охорона здоров'я в умовах глобальної економічної кризи: задачі, що стоять перед Європейським регіоном ВООЗ" [2], на якому було

наголошено, що сучасна глобальна світова криза триває на тлі глибоких демографічних зрушень та глобальних екологічних і енергетичних проблем і тому є серйозною загрозою як для здоров'я населення, так і для систем охорони здоров'я і соціального захисту. В Україні В. М. Лехан із співавторами підкреслювали нагальність визначення конкретних обсягів державних гарантій надання медичної допомоги населенню [3], А. Ю. Набоков відзначав потенційне зростання попиту на медичні послуги в умовах кризи [4]. Наголошувалось на таких проблемах, як нераціональне витрачання коштів і ресурсів (до третини хворих госпіталізується необґрунтовано, а понад 40% пацієнтів отримує допомогу на більш високих рівнях, ніж це необхідно); зношеність основних фондів, заміна та модернізація яких в умовах кризи його малоїмовірна (за різними оцінками, частка фізично та морально застарілої медичної техніки в країні становить, від 2/3 до 3/4) [3,5].

Наприкінці 2013 і протягом 2014 року ситуація загострилась через політичну кризу і пов'язані з цим соціально-економічні зрушення. Негативні наслідки для здоров'я людей і систем охорони здоров'я (в загальному сенсі зрозумілі), дія кризи на окремих людей, вразливі групи і систему ОЗ в цілому має різний характер і потребує осмислення і поглибленого дослідження. Однак наявні системи інформації і моніторингу, цільові наукові дослідження не відповідають потребам керівників різного рівня, які мають вирішувати важливу проблему послаблення впливу кризи на стан громадського здоров'я.

Тому важливою є **поставлена мета** – оцінка наявних і потенційних ризиків для здоров'я населення і системи охорони здоров'я в Україні, спричинених політичною та соціально-економічною кризою, визначення пріоритетних напрямів зменшення негативного впливу на громадське здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогодні більшість країн практично подолали або поступово долають кризу 2008-2009 рр., в Україні вихід з кризи відбувався більш повільно і менш ефективно (за висновками експертів, через невміле керування та високий рівень корупції). Загальновідомо, що соціально-економічна ситуація в державі є потужною детермінантою громадського здоров'я. Зниження доходів значної частини населення під час кризи, відчуття невпевненості у майбутньому неминуче призводить до негативних змін у стані здоров'я нації і збільшенні потреб населення у медичній допомозі на тлі неспроможності держави ці потреби задовольнити у достатньому обсязі. З іншого боку, нездорова нація не може в повну силу протистояти негативним зовнішнім чинникам, вирішувати складні задачі, що постають перед країною на шляху виходу з кризи. Коротко зупинимось на головних проблемах.

Дефіцит бюджету. Під час кризи зміни обсягів ресурсів системи ОЗ (фінансові і кадрові ресурси, ліки і медобладнання, поточні видатки і інфраструктура), зміни у способі життя і споживацької поведінки, а також зміни соціальних норм і цінностей зможуть вплинути на здоров'я населення та спричинювати виникнення у людей фінансових труднощів через порушення здоров'я. Зниження валового внутрішнього продукту неминуче призведе до зменшення обсягу державних коштів на ОЗ. Одночасне скорочення доходних

статей і купівельної спроможності може змушувати керівників до зменшення бюджетів, введення оплати раніше безоплатних послуг, співплатежів та інших форм приватного фінансування, скоротити надання послуг або накопичувати чергу тих, хто потребує обслуговування.

Якщо розглянути проект, а пізніше відповідні статті Закону України від 16.01.2014 № 719-VII “Про Державний бюджет України на 2014 рік”, то першоначально на охорону здоров'я у зведеному бюджеті на 2014 рік було передбачено видатки обсягом 9 873 900,7 тис. грн.[6]. Однак 27 березня 2014 р. парламент ухвалив Закон України від 27.03.2014 р. № 1165-VII “Про внесення змін до Закону України “Про Державний бюджет України на 2014 рік”. Зміни до Держбюджету 2014 р., які враховують реалії економічної ситуації та динаміку її розвитку, внесено з метою забезпечення відновлення економіки України та невідкладної стабілізації фінансової ситуації з урахуванням оновленого макроекономічного прогнозу розвитку країни на поточний рік. Зокрема, в ухвалених змінах до Держбюджету на 2014 рік передбачено економію видатків бюджету, які максимально скорочено та оптимізовано. Законом України № 1165-VII зменшено видатки для МОЗ України (на 14,1%, або до 8,66 млрд грн.) порівняно з попередньою редакцією Держбюджету–2014.

Видатки, передбачені для профільного міністерства, включають, у тому числі, витрати Державної служби України з лікарських засобів у сумі 56,9 млн грн. (зменшено порівняно з попередньою редакцією Держбюджету на 10,8%); Державної санітарно-епідеміологічної служби в сумі 1,2 млрд грн. (на 8,2% менше).

Неспроможність держави забезпечувати реалізацію прийнятих соціальних програм і заходів. Наявний дефіцит бюджету обмежує як можливості державного фінансування соціальних програм, так і ймовірність отримання кредитів міжнародних організацій. Зокрема, тривогу викликає організація протидії епідемії ВІЛ/СНІДу – одна із сфер, в якій підтримка міжнародних донорських організацій нашої країні є найбільш ваговою. Питання було обговорено на Національному форумі по подоланню епідемії ВІЛ/СНІД в умовах економічної кризи (2.04.2009), на якому підкреслено, що подальше поширення епідемії одночасно скорочуватиме надходження до бюджету і вимагатиме зростання соціальних видатків. В 2014 р., наприклад, скасовано фінансування бюджетної програми “Розвиток служби екстреної медичної допомоги (придбання медичного автотранспорту) для закладів охорони здоров'я України” (тоді як в попередній редакції Державного бюджету–2014 передбачалися видатки на рівні 625 млн грн. на закупівлю близько 1000 автомобілів швидкої медичної допомоги). Було зменшено розмір субвенції з Держбюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. Так, якщо в попередній редакції він становив 191636,3 тис. грн., то згідно з внесеними змінами (Закон України від 27.03.2014 р. № 1165-VII “Про внесення змін до Закону України “Про Державний бюджет України на 2014 рік” це 138890,1 млн грн., що на 27,5% менше згаданої вище суми [7]. Треба відзначити, що у липні 2014 р. за інформацією офіційного сайту МОЗ,

подовжено реалізацію Пілотного проекту щодо впровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, державою було виділено на проект майже 139 млн грн. (*проте ще до кінця року вони були вже розподілені між регіонами, і пацієнти перестали отримувати рецепти*).

Хоча представники різних фракцій парламенту України пропонували збільшити видатки державного бюджету на охорону здоров'я в 2014 році на 522,86 млн грн (відповідний законопроект №4919 “Про внесення змін до закону про державний бюджет України на 2014 рік щодо збільшення видатків у сфері охорони здоров'я” зареєстровано у Верховній Раді), вбачаючи вишукання цього зростання за рахунок частини коштів, які надійдуть до бюджету від введення ПДВ на ліки, за рахунок збільшення акцизів на алкоголь, тютюн, алкоенергетики з кофеїном, можливість такого зростання видається в теперішніх умовах малореальною.

Девальвація гривні. Навіть за умови повного виконання бюджетних зобов'язань на рівні минулого року, кількість закуплених медикаментів, обладнання, послуг тощо прогресивно зменшуватиметься зі зростанням цін на них через зниження реальної вартості виділених коштів. Як свідчить досвід кризи 2008-2009 років, в Україні ціни на деякі препарати зросли вдвічі-втричі, причому подорожчали як імпорتنі ліки, прив'язані до коливань курсу долара, так і вітчизняні, значна частина яких виробляється з імпоротної сировини.

Весною 2014 р. в Україні ліки в середньому подорожчали приблизно на 50%, що стало наслідком різких валютних коливань, нестабільної політичної ситуації і введення 7% ПДВ на імпорт ліків. На думку тодішнього міністра охорони здоров'я України О. Мусія, подорожчання ліків на 40% було зумовлено ростом курсу валют.

Введення ПДВ 7% на імпорт ліків у 2014 р. (згідно з законом від 27 березня 2014 р. “Про запобігання фінансової катастрофи та створення передумов для економічного зростання України”, ліки, а також деякі вироби медичного призначення як імпортного, так і вітчизняного виробництва в Україні обкладаються податком на додану вартість 7% на всіх етапах поставок (від якої раніше вони були звільнені) стало не єдиним поштовхом до подорожчання. З тексту закону випало слово “ввезення”, тому до ліків з 1 квітня стали застосовуватися загальні норми оподаткування (тобто 20% НДС замість задекларованих 7%). На це катастрофічним чином наклалося і помилкове інформування про ці зміни через оприлюднене Міністерством доходів і зборів роз'яснення, згідно з яким оподаткування ПДВ на лікарські засоби при ввезенні їх на митну територію України здійснюється на загальних підставах за ставкою 20%, а не 7%, як передбачено законом, в результаті чого дистриб'ютори призупинили ввезення та митне оформлення медикаментів. Це призвело до невинувато високого сплеску підвищення вартості лікувальних засобів, що стало потрясінням як для державної системи ОЗ, так і для аптечного сектору і пересічного споживача. Останні, окрім “удару по кишені”, отримали значний психологічний стрес через страх залишитися без потрібного лікування

у найближчому майбутньому, що стало додатковою детермінантою погіршення здоров'я.

На думку експерта [8] (директора компанії SMD Analytics and Country Survey Є. Живодернікова), якщо провести паралель з кризою 2008-2009 рр., коли девальвація національної валюти становила 62%, відповідне підвищення цін на ліки досягло 50%. При цьому воно відбувалося поступово і досягло максимуму через шість місяців після початку зміни курсу. У 2008-2009 рр. курс долара США зріс з 4,85 UAH/\$ у вересні 2008 року до 7,86 UAH/\$ в січні 2009 року, тобто на 62%, за цей же період імпорتنі ліки подорожчали на 51%, а вітчизняні – на 23%. Маючи певний запас сировини, яка закуповується за іноземну валюту, українські виробники змогли дещо відтермінувати подорожчання своєї продукції. Але вже у вересні 2009 року, порівняно з вереснем 2008 року, ціни на ліки іноземного та українського виробництва зросли практично однаково: на 56% і 54% відповідно. Цього року, на міркування експерта, максимальної позначки ціни мали досягнути у червні-липні. На червень 2014 р. девальвація гривні досягла 50%. Наприкінці ж 2014 року очільниця Національного банку України В. Гонтарева, виступаючи на П'ятому “Українському інвестиційному форумі: еволюція після революції” (20.11.2014) констатувала триваюче падіння економіки і розмір девальвації у 100%!

Як вважав міністр фінансів О. Шлапак, сьогодні ринок ліків і медичних засобів став одним із основних тіньових ринків у державі, враховуючи пільгове оподаткування, адже “нерідко ціни на ліки, які ввозяться в Україну, завищуються навіть на 400% з метою вивезення капіталу за кордон” [9]. Однак оптимістичний прогноз міністра, що введення семивідсоткової ставки ПДВ на ліки “вирівнює нас, і таким чином, нарешті, можливо, розпочнеться більш масштабне виробництво ліків в Україні”, в нинішніх умовах навряд чи може справдитися у найближчому майбутньому.

На сьогодні лікарські засоби, включені до переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів, та вироби медичного призначення підлягають декларуванню, а зазначені заклади і установи охорони здоров'я закуповують їх за цінами, які не перевищують рівня задекларованих змін оптово-відпускних цін⁸[10].

За повідомленням на засіданні уряду прем'єр-міністра України А. Яценюка, Україна має намір вивести систему держзакупівель зі сфери відповідальності Міністерства охорони здоров'я, закуповувати ліки через систему ООН і низки міжнародних організацій. Як частина коаліційної угоди і позиція уряду щодо закупівель за держкошти лікарських засобів - виведення з МОЗ ряду функцій із закупівлі лікарських засобів і медпрепаратів і передання їх в систему ООН.

⁸ з урахуванням мита, податку на додану вартість та граничних постачальницько-збутових і торговельних (роздрібних) надбавок, установлених постановою Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2008 р. № 955

Зокрема, ряд вакцин і спеціальних медпрепаратів, у тому числі для лікування ВІЛ/СНІДу, будуть закуповуватися через систему ООН, ЮНІСЕФ, ВООЗ та інші міжнародні організації". Повідомлялося, що в робочому варіанті коаліційної угоди пропонувалося реорганізувати структуру МОЗ відповідно до європейських норм і принципів і позбавити відомство невластивих йому функцій (закупівлі, утримання медичних та освітніх закладів тощо). Про необхідність виведення держзакупівель зі сфери відповідальності МОЗ заявляли також новопризначений міністр охорони здоров'я О. Квіташвілі і його попередник і перший заступник В. Лазоришинець [11].

Створити рівні умови для всіх учасників фармацевтичного ринку пообіцяв чинний Міністр охорони здоров'я О. Квіташвілі під час зустрічі з представниками Європейської федерації фармацевтичних виробників і асоціацій та Асоціації виробників інноваційних ліків "АПРАД". Він наголосив, що відкритість, кооперація та чесні правила для всіх фармацевтичних компаній – це принципи нової системи їхніх взаємовідносин з державою, адже, на думку міністра, фармацевтична промисловість повинна бути союзником у реформуванні національної системи охорони здоров'я. Найважливішою умовою для цього є виключення корупційної складової з системи відносин держава–фармацевти [12].

Україна намагається використовувати зарубіжний доступ, щоб подолати кризу забезпечення медикаментами. На сьогодні в Україні фахівцями міжнародної організації "Management Sciences for Health, Inc" виконується проект "Системи покращеного доступу до лікарських засобів і фармацевтичних послуг" (Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services Program (SIAPS)), що фінансується USAID. Проект отримав мандат і засоби для надання технічної допомоги Уряду України та спрямований на забезпечення доступності якісних лікарських засобів та ефективних фармацевтичних послуг.

Зростання рівнів безробіття та бідності. Збільшення чисельності груп ризику. До кінця 2014 р. рівень безробіття в світі, як вважають у своєму щорічному прогнозі зайнятості (2013) аналітики ОЕСР, досягне 12,3% працездатного населення. В Україні, за статистичними даними, рівень безробіття працездатного населення становить близько 8,0% (за методологією МОП). Однак за незалежними експертними оцінками показник безробіття в Україні може бути і вищим (від 18 до 20%)[13]. Зниження доходів значної частини населення відчутно відіб'ється на кількості і якості харчування.

Неминуче частина з вивільнених кризою із сфери зайнятості буде переходити до груп ризику: до вживання алкоголю і наркотиків як способу реагування на життєві негаразди (що сприяє ризикованій поведінці), частина – до комерційного сексу, частина – до протизаконної діяльності, що може привести до потрапляння в заклади пенітенціарної системи. Відповідно зростатиме кількість осіб без постійного місця проживання та дітей, позбавлених батьківського піклування (т. зв. дітей вулиці). Все це сприятиме поширенню туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та хвороб, які передаються статевим шляхом, що, в свою чергу, вестиме до втрати роботи через проблеми зі здоров'ям.

Виникнення нової групи ризику – постраждалих внаслідок соціальних конфліктів та біженців. Ризики для здоров'я вимушених переселенців/біженців можуть бути як нагальними, так і відстроченими на перспективу. Будь-яка зміна місця проживання викликає стрес (особливо для соціально незахищених та осіб похилого віку) – через ламку звичних умов і режиму життєдіяльності, необхідність пристосування до нових, а також вирішення низки пов'язаних з цим проблем. У випадках вимушеного, незапланованого і непідготованого переселення відбувається посилення стресу у рази, що викликає негативну реакцію організму і розлади здоров'я. Нагадаємо, як свідчить досвід аварії на ЧАЕС, за масштабами погіршення здоров'я населення, чинник раптового переселення можна порівняти з впливом радіації.

Можна очікувати підвищення рівня смертності, зумовлене як прямими втратами життів внаслідок ведення бойових дій, так і опосередкованими (смертями, пов'язаними з тривалим стресом, браком необхідних медикаментів і погіршенням функціонування системи медичної допомоги, низької якості харчування (або його обмеженості) та умов проживання тощо).

Найбільш актуальними (після безпосередньої загрози життю через можливе ураження під час конфліктів або бойових дій), є ризики погіршення санітарно-епідеміологічного становища. Зокрема, такі чинники, як незадовільне водопостачання, відсутність необхідних санітарних умов, неможливість забезпечувати адекватне опалення житла може призвести до спалаху інфекційних захворювань, переважно кишкових та застудних, а скупчення людей і перенаселеність сприяє розповсюдженню збудників хвороб, в тому числі туберкульозу. Неякісна їжа через порушення умов приготування або зберігання, особливо влітку, зумовлює високу ймовірність харчових отруєнь. Існує також вищий ризик ураження через неминуче ускладнення криміногенної ситуації.

Біженці можуть піддаватися більш інтенсивному впливу навколишнього середовища, ніж населення в цілому (спека, зливи, повінь і т.п.)

Брак необхідної медичної допомоги або відстрочення її отримання, відсутність необхідних лікарських засобів, вимушене порушення звичного лікування (при хронічних захворюваннях, таких як гіпертонія, діабет тощо) неминуче відбиватиметься на стані здоров'я та подорожчанні медичної допомоги, необхідної у подальшому.

Гострий і хронічний стрес стає детермінантою ускладнень наявних і розвитку нових захворювань, зниження опору організму шкідливим агентам. Ситуація сприяє поширенню ризикованої поведінки, укладнює можливість адекватного лікування наявних хвороб та дотримання здорового способу життя. Викликами для системи охорони здоров'я, пов'язаними з вимушеним переселенням, є передусім необхідність забезпечення належної медичної допомоги численним контингентам цієї групи ризику, зі змінами у її обсягах і спектрі. Окрім цього, спостерігається “відтягнення коштів” через появу нових потреб при загальному їх дефіциті.

Значна частина вимушених переселенців втрачає (на різні за тривалістю терміни) роботу, що також негативно відбивається на їх здоров'ї та здоров'ї непрацюючих членів родини.

Погіршення доступу до послуг з профілактики, лікування та догляду через неадекватність державного фінансування соціальним потребам. Чим більша частина населення наблизатиметься до межі бідності, тим більше хворих зможуть розраховувати виключно на державну допомогу, тобто навантаження на систему ОЗ зростатиме. Через нестачу фінансування можуть виникати затримки у поставках необхідних медикаментів, реактивів і обладнання. Наслідками стане поширення стійких до лікування випадків, які у подальшому вимагатимуть більш вартісного лікування, та втрати людських життів, яких за адекватного забезпечення можна було уникнути.

Для частини населення, які проживають у віддалених від закладів ОЗ пунктах, виникне і проблема територіальної доступності. Окрема проблема – зі зменшенням бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я проблематичним стає дотримання протиепідемічного режиму і захист від ризиків інфекційного ураження під час медичних маніпуляцій як пацієнтів, так і медичних працівників.

Існування значної частини населення у стані гострого і хронічного стресу. Постійний стрес сприяє істотному погіршенню здоров'я та активізації менш здорового способу життя або ризикованих форм поведінки. Можна очікувати на достовірне збільшення числа гострих коронарних смертей, смертей від інсультів і інфаркту, числа випадків гіпертонічних криз, стенокардії, нервових зривів, загострення наявних хронічних захворювань. Звичним засобом знімання стресу в нашій країні є вживання алкоголю, так що передбачається зростання кількості алкогольних отруєнь, травм (як самоушкоджень, так і нанесення шкоди іншим) та ДТП у стані алкогольного сп'яніння, гострих алкогольних психозів тощо. Окрім того, ймовірні спалахи агресивності і злочинності, а отже і кількості навмисних ушкоджень. Враховуючи ситуацію останніх місяців, практично все населення країни більшою або меншою мірою перебувають у стані не просто стресу, а дистресу. Дистрес (від грец. *Dys* - приставка, що означає розлад + англ. *Stress* - напруга) – негативний тип стресу, з яким організм не в силах впоратися, який підриває здоров'я людини і може призвести до важких захворювань. Дистрес можна розглядати як руйнівний процес, що погіршує перебіг психофізіологічних функцій, при якому відбуваються мобілізація і витрачання всіх адаптаційних резервів. Основними причинами дистресу є: тривала неможливість задовольнити фізіологічні потреби (відсутність води, повітря, їжі, тепла); несприятливі чи незвичні умови життя; пошкодження організму, хвороби, травми, тривалі біль та негативні емоції (переживання страху, гніву, люті).

Зниження доступності, якості та ефективності ліків. Це відбуватиметься як в результаті неспроможності їх придбання пацієнтами через матеріальні причини, так і через зменшення асортименту аптечних закладів і відсутність у торгівельній мережі необхідних препаратів. Одночасно зростатиме кількість контрабандних несертифікованих лікарських засобів,

фальсифікованих і прострочених препаратів. Існує висока ймовірність того, що частина виробників ліків для підтримання більш конкурентоспроможних цін на власну продукцію можуть піти на зниження якості і безпечності власної продукції. Враховуючи, що більша частина необхідних медикаментів і реактивів закуповується за кордоном, а в умовах кризи створення потужних вітчизняних виробництв є проблематичним, Україна приречена на поглиблення експортної залежності.

Зміни чисельності контингенту, який має потребу у державній медичній допомозі. До сьогоднішнього часу пересічними відвідувачами муніципальних амбулаторно-поліклінічних закладів (і більшості неургентних стаціонарних) були громадяни з відносно низькими рівнями доходів. Більш заможна частина населення вдавалася до приватного сектору або була захищена від фінансових ризиків в разі негараздів зі здоров'ям за місцем роботи в межах соціального пакету (приватне медичне страхування), або й зовсім вирішувала свої проблеми за рахунок медичного туризму. Однак в разі падіння доходів йде відмова від платних послуг або лікування за кордоном, частина населення стає неспроможна і надалі витратити гроші на медицину, одночасно з цим і роботодавці перестають страхувати своїх співробітників (або ж мінімізують пакет у полісах). В цих умовах неминуче збільшиться звернення за медичним обслуговуванням в державні установи, а пацієнти, які раніше роками не знали імені власного дільничного лікаря, придуть по гарантовану безкоштовну допомогу. Виникає закономірне питання, чи буде готова державна система їх прийняти?

Зміни спектру потреб у медичній допомозі. Можна очікувати, що зростатиме потреба у медико-соціальной допомозі. Збільшиться число викликів швидкої допомоги і кількість занедбаних випадків і наслідків самолікування через зволікання населення зі звертанням до медичного закладу у зв'язку з відсутністю коштів або виснажливу працю, страхом втрати роботи (незадоволення роботодавця в разі відсутності через хворобу, частина працює "по-чорному" і т.п.). Зросте число професійних травм і професійних захворювань через економію або нехтування контролем безпеки умов праці як на офіційних виробництвах, так і (більшою мірою) на тих, хто здійснює нелегальну діяльність.

Підвищення соціальної напруги. Зазвичай в межах однієї країни люди відчують кризу по-різному. Українці "при владі" (або наближені до неї), втрачають менше ніж прості громадяни, що значно загострює соціальну напругу. Під час кризи багаті багатіють, бідні бідніють, а ті, що відносили себе до середнього класу, будуть наближатися до менш забезпечених прошарків. Загальновідомо, що найбільші проблеми (як соціальні, так і стану громадського здоров'я) – у країнах зі значною поляризацією населення за доходами. Частина заможного населення, яка раніше була застрахована роботодавцем або користувалася приватною медициною, звертатиметься до загальнодоступної мережі, що посилить її навантаження. Значна частка медичних працівників перейде до розряду бідних. Не виключено, що медичні працівники під загрозою злиднів вдаватимуться до страйків і відстоювання своїх прав, що загострить

проблеми надання медичної допомоги і стосунки з пацієнтами, чому сприяє хибна практика створення негативного іміджу вітчизняними ЗМІ.

Проблематичність дотримання здорового способу життя. Для значної кількості громадян в умовах кризи різко зменшуються як можливості, так і стимули дотримання здорових практик, та виховання власних дітей на цих засадах, що за умови подовження тривалості кризи призведе до неблагоприємних наслідків у майбутньому.

Кадрова криза. В Україні медичні працівники становлять чисельну групу близько 1 млн. осіб. Внаслідок погіршення умов роботи та оплати праці (затримки зарплати та зменшення її купівельної спроможності, відсутність коштів на адекватне санітарно-гігієнічне та матеріально-технічне забезпечення професійної діяльності та т.п.) збільшиться відтік медичних працівників, у першу чергу в ланках з найбільш напруженими умовами праці: швидка та невідкладна допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога (особливо у сільській місцевості), відділення невідкладної, інтенсивної та реанімаційної допомоги стаціонарів, інфекційні відділення, протитуберкульозні та психіатричні лікарні/диспансери. Значно збільшиться нестача медсестер, у т.ч. через недосконалий закон про вихід на дострокову “дольову” пенсію, який забороняє подальшу роботу за основним фахом.

Зниження доступності офіційної бюджетної медичної допомоги неминуче призведе до активізації **цілителів і нелегального лікування поза медичним закладом**. Зросте число випадків **некваліфікованої медичної допомоги** внаслідок збільшення (особливо у сільській місцевості) звернень за медичною допомогою до осіб без відповідної кваліфікації та прав надання такої допомоги (медики, що не отримали певної підготовки, знахарі, “народні цілителі” і т.п.) Також слід очікувати зростання кількості “медичних” шарлатанів та поширення методів лікування, ефективність та безпечність яких не підтверджена.

Посилення корупції. У сучасній Україні значна частина коштів з державного бюджету, передбачених на охорону здоров'я, розкрадаються через корупційні схеми. Гостроту проблеми корупції підкреслено 15 травня 2014 р. на брифінгу заступника міністра охорони здоров'я України на тему “Шляхи та перспективи запобігання корупції в діяльності МОЗ України”. Відзначено декілька напрямків для галузі охорони здоров'я, де корупція була найтяжчою: сфера державних закупівель; дозвільна система у МОЗ України; кадрове забезпечення галузі (починаючи з медичної освіти і закінчуючи призначенням медичних працівників – лікарів, так і медичної адміністрації); система управління майном у галузі охорони здоров'я тощо.

Прикладом є оприлюднені факти: так, перевіркою Національного інституту раку, яка проходила в червні 2014 року, виявлено ряд недоліків та порушень у фінансово-господарській діяльності, в організації надання медичної допомоги хворим, санітарно-епідеміологічного забезпечення, в придбанні та використанні медичного обладнання, в дотриманні бюджетного та трудового законодавства. Зокрема, деяким хворим доводилось повторно купувати закуплені за бюджетні кошти дорогі ліки, які були в наявності. Міністерством охорони здоров'я було направлено лист до Слідчого управління

Головного управління Міністерства внутрішніх справ України у м. Києві з проханням вжити відповідних заходів реагування за результатами комплексної позапланової комісійної перевірки [14].

За влучним виразом голови координаційної ради Благодійної організації “Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВ)” В. Жовтяка, якщо в деяких сферах корупція вимірюється грошима, то в сфері медицини, зокрема лікуванні людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, вона має інший вимір – загублене людське життя. Нещодавно Всеукраїнська мережа ЛЖВ виявила корупцію при закупівлі Міністерством охорони здоров’я життєво необхідних препаратів, що суттєво обмежувало доступ людей, які живуть з ВІЛ/СНІД до лікування та зумовлювало велику смертність від СНІДу в країні. Аналіз постачання ліків для боротьби з епідеміями соціально небезпечних хвороб, здійснений громадськими організаціями, виявив: з 6,5 тис компаній, які мають ліцензію на продаж ліків в Україні, тендери на ліки проти ВІЛ/СНІДу виграло лише 6 компаній, розділивши між собою 152 млн. грн.; всі державні підряди на постачання протитуберкульозних препаратів дісталися 8 фірмам (на суму 109 млн. грн.). Аналіз Центру протидії корупції проілюстрував 4 ключові корупційні схеми заробляння коштів на здоров’ї українців:

- Розігрування тендерів між компаніями, які контролюються одним фактичним власником;
- Картельні змови кількох компаній, що належать різним власникам, але погоджують свої дії на торгах;
- Перетворення державного фармзаводу “Індар” на посередника, який купує ліки у офшорних посередників та постачає їх державі за завищеними цінами;
- Корупційна діра у вигляді Реєстру оптово-відпускних цін, який замість того, щоб регулювати ціну на ліки, існує для виправдання завищених цін на державних тендерах [15].

В таких складних умовах, наявності різноманітних ризиків для громадського здоров’я **зростання неефективності державного управління є найбільшим ризиком для системи охорони здоров’я**, що може мати катастрофічні наслідки. Внаслідок відносно невеликих зарплат та нестабільності ситуації через „правил гри” при управлінні галуззю високопрофесійні антикризові менеджери та спеціалісти з управління у галузі охорони здоров’я не зацікавлені у роботі в державній медицині. Часті зміни політичної верхівки країни призводять до змін у структурі та керівних кадрах МОЗ, обласних та міських управлінь охорони здоров’я, які мають суто політичні (або інші) мотиви і не обґрунтовані потребами керування галуззю. Тому росте як кількість некомпетентних керівників з охорони здоров’я на всіх рівнях, так і нецільове використання бюджетних та позабюджетних коштів (підтверджене звітами Рахункової Палати України та чисельних перевірок). Крім того, невідповідність задач, які ставляться керівництвом держави та чинним законодавством перед медичною галуззю, спроможності галузі їх виконувати, призводить до свідомого викривлення статистичної звітності та втрати достовірної інформації про реальне становище у медичній галузі, що у

свою чергу, унеможлиблює ефективне управління. Це поглиблюється і правовою недосконалістю, коли окремі положення законів та підзаконних актів про охорону здоров'я часто протирічать один одному; в умовах ринкової економіки законодавча база охорони здоров'я фактично залишається соціалістичною, що не відповідає економічним реаліям.

Таким чином, одним із основних завдань для державного управління ОЗ має стати наступне: оцінити наявні і потенційні ризики та визначити ті, на які реально може вплинути галузь для подальшого послідовного лобювання інтересів, спрямованих на виживання українського народу і системи охорони здоров'я в процесі розробки і реалізації антикризової політики держави.

Висновки:

Визначено основні чинники ризику для здоров'я населення і функціонування системи охорони здоров'я в умовах сучасної соціально-економічної і політичної кризи в Україні: фінансові, функціонально-організаційні, поведінкові, середовищні тощо. Так, дефіцит бюджету, девальвація гривні на тлі вираженої корупції призводить до зменшення спроможності держави забезпечувати реалізацію соціальних програм і заходів та функціонування національної системи охорони здоров'я. З іншого боку, зниження доходів більшості населення, поширення безробіття, зростання чисельності традиційних груп ризику та поява нових в умовах поглиблення санітарно-епідеміологічного неблагополуччя та хронічного стресу призводить до зростання соціальної напруги, робить проблематичним дотримання здорового способу життя. Зумовлена як економічними, організаційними та кадровими негараздами, так і неефективністю управління на всіх рівнях системна криза охорони здоров'я загострюється з неминучим зниженням якості, доступності і безпечності медичної допомоги та ліків. Наслідком дії комплексу чинників стає істотне погіршення громадського здоров'я з підвищенням рівня передчасної смертності, порушення функціонування системи охорони здоров'я (до настання її колапсу).

Перспективи подальших розвідок: оперативний моніторинг ситуації та дослідження подальшого впливу соціально-економічної та політичної кризи на громадське здоров'я, в т.ч. змін соціальних норм і способу життя, та обґрунтування відповідних управлінських заходів, а також розробка рекомендації щодо напрямів антикризових заходів у сфері охорони здоров'я.

Список використаної літератури

1. Цілі розвитку тисячоліття Україна – 2013 : національна доповідь. – К. : Міністерство економічного розвитку та торгівлі України, ПРООН. – 2013. – 178 с.
2. Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Обзор ситуации в Европейском регионе ВОЗ : справочно-аналитический документ. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. – 16 с.
3. *Лехан В. М.* Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-

економічної кризи / В. М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.В. Рудень, М.В. Шевченко // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1(33). – С. 18 – 20.

4. *Набоков А.Ю.* Переживет ли здравоохранение кризис? / А. Ю. Набоков // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 1–2(267–268). – С. 23.

5. *Лехан В.М.* Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44 – 52.

6. Закон України від 16.01.2014 № 719-VII “Про Державний бюджет України на 2014 рік” // Відомості Верховної Ради. – 2014. – № 9. – С. 93.

7. Секвестр Держбюджету – 2014: зменшено фінансування системи охорони здоров'я // Аптека. – 2014. – №937 (16) 21.04.2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/288024>

8. Експерт: Ціни на ліки досягнуть максимуму влітку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.for-ua.com/ukraine/2014/04/30/163541.html>

9. Інтерв'ю з Міністром фінансів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pic.com.ua/ministr-finansiv-vyznav-vlasnyj-vnesok-u-podorozhchannya-likiv.html#sthash.w2F5Ps6W.dpuf>

10. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.07.2014 № 240 “Про референтне ціноутворення на лікарські засоби та вироби медичного призначення, що закуповуються за кошти державного та місцевих бюджетів” [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/240-2014-%D0%BF/paran30#n30>

11. Матеріали сайта “Информационное агентство “Интерфакс-Украина” 09.12.2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://interfax.com.ua/news/pharmacy/238847.html>

12. Матеріали офіційного сайту МОЗ України : Олександр Квіташвілі домовився з фармацевтами про відкритість, кооперацію і чесні правила // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20141210_j.html

13. *Нордвік М.* Безробіття: як влада маніпулює цифрами / Микола Нордвік // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://real-economy.com.ua/publication/22/42761.html>

14. Система, побудована Ігорем Щепотіним в Інституті раку, повинна піти в небуття 01.07.2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20140701_a.html

15. Аналітичний звіт “Хто заробляє на епідеміях ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні”. – К., 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://docs.com/УТРН>

