

Освіта і здоров'я –
дві найважливіші інвестиції
у людський капітал, які можуть
зробити індивіди.



ВІМ ГРООТ

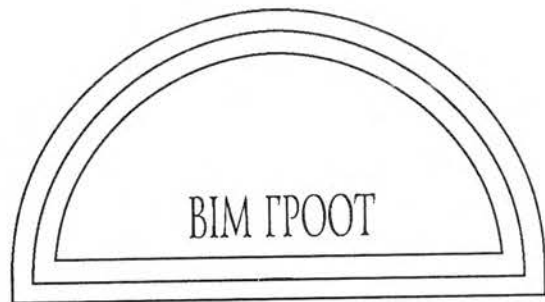
ІНВЕСТУВАННЯ
В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я



*За традицією навчальний рік
для всієї університетської громади
в НаУКМА починається
відкритою лекцією
Почесного професора Університету,
відомого в світі вченого.
Починаючи з 1992 року,
могилянці мали можливість почути:
мовознавця Юрія Шевельова,
географа-кліматолога Лоуренса Майсека,
філософа Поля Рікера,
історика Романа Шпорлюка,
філософа, релігієзнавця Роланда Піча,
філологів Івана Фізера,
Ярослава Розумного,
політолога Богдана Кравченка,
філософа Сергія Аверінцева,
поета Ліну Костенко,
літературознавця Миколу Жулинського,
фахівця з питань стратегії
та розвитку бізнесу Адріяна Сливоцького,
поета й державного діяча Дмитра Павличка,
фахівця з оптимізації бізнес-процесів
та управління технологіями
Карла Цайнінгера*



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wim Groot'.



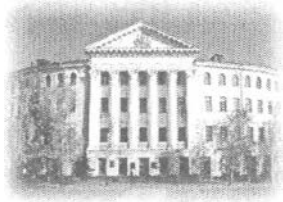
ІНВЕСТУВАННЯ
В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я



Видавничий дім
«Києво-Могилянська академія»
2004

ББК 65.495-56
Г87

Інавгураційна лекція
Почесного професора Національного університету
«Києво-Могилянська академія».
1 вересня 2004 року



- © Вім Гроот, 2004
- © Міжнародний благодійний фонд відродження Києво-Могилянської академії, 2004
- © Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», художнє оформлення, оригінал-макет, 2004

ІЗВИ 966-518-297-8

Вступ

Вельмишановний пане президенте, викладачі, пані та панове!

Насамперед дозвольте сказати, наскільки великою є для мене честь отримати статус почесного професора у цьому славетному університеті, який має міжнародне визнання. Усвідомлення того, скільки видатних людей стояло тут до мене й отримало цю нагороду, теж змушує мене пишатися. Я хотів би подякувати пану президентові В'ячеславу Брюховецькому і членам Вченої ради університету за виявлену до мене довіру. Також я хочу скористатися нагодою та висловити подяку пані Ірені Гризи за її дружнє ставлення, приємну та продуктивну співпрацю впродовж останніх років. Ірено, це справжнє задоволення — мати можливість працювати разом з Вами, а також з усіма, хто долучився до створення тут, в Україні, першої програми з охорони громадського здоров'я зі спеціалізацією у менеджменті.

У контексті розвитку нової освітньої програми з менеджменту в охороні здоров'я мою сьогоднішню лекцію присвячено двом головним аспектам: здоров'ю та освіті.

Освіта й здоров'я — дві найважливіші інвестиції у людський капітал, які можуть зробити індивіди. Бо ж і освіта, й здоров'я підвищують продуктивність праці людини. В цьому й полягає їхня економічна цінність. Крім того, і освіта, й здоров'я мають значний вплив на особисте благополуччя. Можна сміливо стверджувати, що багатство нації значною мірою зумовлено досягненнями у галузі освіти й станом здоров'я населення.

Більшість часу з майже 20 років моєї професійної діяльності присвячено аналізу проблем, дотичних до освіти й охорони здоров'я. У сьогоднішній інавгураційній лекції буде розглянуто деякі результати цих досліджень. Вони доповнюватимуться науковими даними та висновками інших спеціалістів у цих галузях. У сукупності це дасть змогу зробити широкий огляд зв'язків між освітою і здоров'ям.

Друга тема інавгураційної лекції — огляд даних щодо віддачі з інвестування в освіту та здоров'я. Економіка охорони здоров'я та економіка освіти можуть розглядатися як окремі галузі прикладної мікроекономіки. Впродовж двох останніх десятиліть економіка освіти та економіка охорони здоров'я утворили дві незалежні галузі із власного науковою проблематикою, власними журналами тощо. На думку Hunt-McCool & Bishop [1], економіка охорони здоров'я та економіка освіти розділилися через труднощі в оцінюванні витрат та вигод. Досить легко вимірювати прибутковість освіти, а саме, через отримувані випускниками заробітки, тоді як дотепер не створено методики грошового вимірювання прибутковості здо-

ров'я. Тому мета нашої лекції, окрім іншого, й заповнення цього пробілу шляхом аналізу кількісних показників прибутковості здоров'я та освіти.

Будуть обговорюватися питання взаємного позитивного впливу освіти й здоров'я. Адже не тільки освіта впливає на здоров'я — ей зворотний вплив, коли здоров'я немовлят впливає на розвиток дитини і подальші досягнення у навчанні. Перш ніж вдатися до аналізу взаємозв'язку між освітою та здоров'ям, варто навести дані про вигоди, пов'язані з рівнем освіти й станом здоров'я. Проведено безліч досліджень, які свідчать про те, що освіта забезпечує значну норму віддачі, має вагомий вплив на продуктивність та підвищує темп економічного зростання.

Порівняно з кількістю досліджень, присвячених вивченню прибутковості освіти, дослідницькі зусилля щодо вивчення прибутковості інвестицій у здоров'я були відносно нечисельними. Однак наявні дані свідчать про вагому віддачу інвестування в здоров'я. При цьому інвестиції в освіту та охорону здоров'я здійснюються головним чином за рахунок державного бюджету. Суспільний характер інвестицій породжує запитання, як забезпечити фінансування державних програм і які ресурси є оптимальними для цього. Думаю, що знання та розуміння соціальної прибутковості освіти й здоров'я дозволить відповісти на ці запитання.

У заключній частині інавгураційної лекції йтиметься про проблеми фінансування охорони здоров'я. При цьому особливу увагу буде звернено на (потенційні) реформи механізмів фінансування системи охорони

здоров'я України. Український уряд має намір обрати європейську модель реформування сектору охорони здоров'я. Згідно з рішенням Президента України від 5 січня 2004 року український уряд впродовж 2004 року мусить здійснити заходи з реформування системи охорони здоров'я та поступового досягнення загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення [2]. Прагнення такого рівня соціального захисту, який забезпечено у більшості європейських країн, — гідна пошани мета. Однак досягнення цієї мети не обов'язково означає копіювання західноєвропейської системи соціального забезпечення та інституційної системи охорони здоров'я. На мою думку, Україна могла б мати більшу користь з досвіду таких країн, як Чилі або Сінгапур, аніж Європейського Союзу.

Прибутковість освіти

Чимало досліджень засвідчили прибутковість освіти. Час лекції не дозволяє розглянути окремо результати кожного з них. Тому обмежимося обговоренням двох оглядових досліджень, проведених нами разом з Henriette Maassen van den Brink. У першому з них [3] здійснено метааналіз досліджень стосовно частоти та прибутковості освіти й надмірної освіти. Вважається, що працівники мають надмірну освіту, якщо їхня кваліфікація переважає кваліфікаційні вимоги до певних посад. З надмірною освітою відповідність кваліфікації щодо вимог є нижчою за опти-

мальну. Надмірна освіта може бути спричинена зростанням підготовки високоосвічених фахівців, що випереджає потребу в висококваліфікованих кадрах.

Результати метааналізу показують, що «дійсна» норма прибутковості на рік освіти, яка потрібна для виконання певного виду роботи, становила у 1970-х та 1980-х роках близько 8 %. У 1990-х норма прибутковості від потрібної освіти підвищилася до 12 %. Спостерігається невелике систематичне відхилення норми прибутковості внаслідок надмірної освіти. Результати метааналізу показують, що «дійсна» норма прибутковості на рік надмірної освіти становить 2,6 %.

Друге оглядове дослідження [4] мало на меті всебічний перегляд індивідуальних та соціальних матеріальних і нематеріальних вигод, пов'язаних з освітою. Проведений нами аналіз результатів численних досліджень щодо прибутковості освіти показав, що реальна прибутковість на рік освіти з урахуванням інфляції становить від 6 до 7 %. Це — високий показник прибутковості порівняно з прибутковістю інвестувань в інші сфери людського капіталу. Висока норма прибутковості загалом свідчить про недостатнє інвестування: обсяг інвестицій не забезпечує врівноваження прибутковості.

Існують також докази того, що норма прибутковості зростає за останні десятиліття. У багатьох західних країнах у 1990-х рр. поглибилася різниця в заробітній платні кваліфікованих і некваліфікованих працівників. Головним поясненням такого підвищення норми прибутковості освіти можна вважати те, що попит на висококваліфікованих працівників

випереджає пропозицію. Технологічні зміни, зміни у структурі зайнятості й загальне зростання зайнятості підвищують потреби у кваліфікованих працівниках, а демографічні зміни та підвищення вартості вищої освіти уповільнюють збільшення кількості молодих людей, котрі прагнуть здобути вищу освіту. Тому в більшості країн світу спостерігають підвищення нерівності в оплаті праці.

Наше дослідження також демонструє вагомі позитивні зовнішні наслідки освіти; це означає, що соціальна прибутковість є вищою за індивідуальну, як це зазначалося раніше. Проведене у США дослідження показало, що соціальна норма прибутковості становить від 14 до 26 % індивідуальної прибутковості. Освіта має позитивні наслідки для здоров'я та кримінальної поведінки. Таким чином, інвестування в освіту знижує (соціальну) вартість охорони здоров'я та правової системи. Високоосвічені працівники також ймовірніше мають оплачувану роботу, що зменшує витрати на соціальні виплати, такі як допомога у разі безробіття та пенсія по інвалідності.

Порівняно з численними емпіричними дослідженнями, які документують індивідуальну норму прибутковості освіти, дослідження, присвячені вивченню нематеріальної прибутковості освіти, доволі малочисельні. Нижче обговорюватимуться дані, які детальніше демонструють зв'язки між освітою та здоров'ям. Кілька місяців тому ми завершили унікальне емпіричне дослідження впливу освіти на кримінальну поведінку [5]. Аналіз показав, що у Нідерландах для високоосвічених людей скоєння насильницьких

злочинів, як-от пограбування, напад, нанесення тілесних ушкоджень, є менш імовірним. Вища освіта знижує також ймовірність залучення до крадіжок. Однак високоосвічені частіше вдаються до податкових махінацій, частіше ухиляються від сплати за проїзд та перебувають у нетверезому стані за кермом.

Важливим зовнішнім наслідком вищої освіти є те, що вона підвищує продуктивність менш освічених працівників. Існують переконливі дані, які свідчать, що у містах та регіонах з більшою кількістю високоосвічених людей продуктивність та прибутки працівників з нижчою освітою вищі, аніж у регіонах з меншою кількістю високоосвічених працівників.

Найважливіший висновок, який можна зробити за різними опублікованими даними, стосується очевидних свідчень впливу освіти на підвищення рівня економічного зростання. Порівняльні дослідження та дослідження, проведені в різні часові періоди у різних країнах, демонструють, що збільшення середньої тривалості освіти населення на один рік приводить до структурного підвищення темпу економічного розвитку майже на 0,3 відсотки.

Освіта й охорона здоров'я

Як зазначалося раніше, існує чимало доказів позитивного зв'язку освіти й здоров'я. Якщо освіта впливає на здоров'я, постає щонайменше два запитання: як саме вона впливає на здоров'я і як можна покращити

здоров'я через освіту. Feinstein [6] вирізняє шість каналів впливу освіти на здоров'я:

- вплив за допомогою вироблення певних навичок: навчальні курси щодо формування здорового способу життя або безпеки здоров'я можуть мати безпосередній вплив на здоров'я;
- загальний пізнавальний розвиток: пізнавальні вміння, як-от мислення, здатність збирати й обробляти дані, можуть стати у пригоді в опануванні, інтерпретації та застосуванні інформації щодо здорової поведінки;
- власний розвиток: розвиток психологічної стійкості, самоефективності та психологічного благополуччя за допомогою освіти може покращити здатність до ініціювання й підтримки здорової поведінки; також інші індивідуальні особливості, що є наслідками освіти, приміром самооцінка, позитивне сприйняття світу та мотивація, можуть впливати на здорову поведінку;
- вплив референтної групи: внаслідок спілкування з тими, хто застосовує названі вище вміння, пізнавальний та особистісний розвиток людини зазнає впливу підтримуючого середовища, де особисті настанови та соціальні норми заохочують здорову поведінку;
- позиційні ефекти: освіта підвищує статус, а вищий статус може змусити людей приймати настанови, норми та поведінку, що сприяють зміцненню здоров'я;
- економічні ефекти: освіта збільшує особистий капітал, який у свою чергу збільшує позитивне

вий потенціал заробітків, при цьому вищий потенціал заробітків підвищує можливі витрати на нездорову поведінку і підвищує вигоди від інвестування у здорову поведінку, таким чином, інвестиції в освіту доповнюють інвестиції у здоров'я.

Можна виділити кілька механізмів, за допомогою яких освіта приводить до кращого здоров'я. Модель інвестицій у здоров'я Grossman [7] пропонує одне з пояснень взаємозв'язку між освітою і здоров'ям. Згідно з цією моделлю, освіта знижує приховану вартість капіталу здоров'я (освіченіші люди більше цінують якість і тривалість життя). Однак автор довів, що попит на засоби виробництва капіталу здоров'я — такі як профілактика та здорова поведінка — зростає у сфері освіти в разі, коли цінова еластичність попиту на капітал здоров'я перевищує одиницю. Крім того, освіченіші люди здатні більше заробити на ринку праці. Вищі заробітки підвищують приховані витрати, пов'язані з нездоровою поведінкою.

Третій механізм, за допомогою якого освіта впливає на здоров'я, полягає в тому, що освіченіші люди мають більше інформації про здоров'я та здорову поведінку.

Освіта впливає на здоров'я, але інвестиції в освіту й охорону здоров'я також мають спільні ознаки, як визначив Theodore Schultz [8] у своїй конструктивній праці «Інвестування у людський капітал»:

- витрати на освіту, так само як і на охорону здоров'я, — це одночасно споживання й інвестиція;

- прибутковість інвестицій в охорону здоров'я та в освіту неможливо визначити достеменно;
- існують сторонні ефекти, які впливають на охорону здоров'я та освіту;
- вагому роль у забезпеченні охорони здоров'я та освіти відіграє державний сектор.

Зв'язок освітніх досягнень, смертності та очікуваної тривалості життя добре підтверджений. Наразі можна виділити два напрями досліджень. Перший напрям використовує дані різних країн, пов'язуючи середній рівень освіти з показниками очікуваної тривалості життя та смертності. Дані ряду таких досліджень проаналізовані McMahon. Він зробив висновок, що «...більш високий рівень початкової та середньої освіти жінок (з урахуванням рівня доходів на душу населення) є причиною суттєвого зниження смертності новонароджених, а також суттєвого підвищення тривалості життя в усьому світі» [9]. Це дослідження переконливо доводить найбільший вплив на зниження дитячої смертності саме рівня освіти матерів. Освіта впливає також і на тривалість життя, але масштаб цього впливу є набагато меншим порівняно зі зменшенням дитячої смертності. Таким чином, вплив освіти на тривалість життя спостерігається переважно завдяки зниженню дитячої смертності.

Другий напрям досліджень ґрунтується на порівняльному аналізі змін, що відбуваються в певній країні за певний період, та відмінностей у показниках смертності між людьми з різним рівнем освіти з тим, аби ідентифікувати впливи освіти на тривалість

життя. Згідно з Van Oers [10], у Нідерландах тривалість життя чоловіків з найнижчим рівнем освіти на 5 років менша, ніж чоловіків з університетською освітою. Для жінок ця різниця становить 2,6 років. Elo & Preston [11] також встановили вагомий вплив освіти на тривалість життя у США. Відношення показників смертності між чоловіками працездатного віку з найнижчим та найвищим рівнями освіти становить у цій країні 2,22. У жінок освіта має дещо менший вплив: відношення показників смертності серед жінок з найнижчим та найвищим рівнями освіти дорівнює 1,79. Це дослідження доводить не тільки більший вплив освіти на смертність чоловіків, ніж жінок, але й те, що ці впливи є більшими у працездатному віці, ніж у 65 років і пізніше. Третій висновок дослідження полягає в тому, що скорочення смертності на один додатковий рік освіти в США можна порівняти з показниками деяких європейських країн (див. також [12]). Так, Vosma [13], використовуючи нідерландські дані, доводить, що ризик смерті для людей, які мають тільки початкову освіту, в 2,64 рази перевищував цей ризик для людей з найвищим рівнем освіти. Тому можна припустити відсутність зв'язку між впливами освіти та відмінностями у доступності медичної допомоги й організації системи охорони здоров'я в різних країнах.

У кількох дослідженнях вивчався прямий вплив освіти на здоров'я. Майже всі вони демонструють вагомість внеску освіти у покращення стану здоров'я. Groot & Maassen van den Brink [14] встановили позитивний вплив освіти на суб'єктивно оцінювану

якість здоров'я. Гіпотезу стосовно каузальності такого зв'язку не варто відхиляти. Оцінювання показало, що зважений показник QALY (роки життя з поправкою на якість життя) на рік освіти становить 0,006 для чоловіків та 0,003 для жінок, тобто рік освіти підвищує зважений QALY на 0,3 — 0,6 %. Подібні свідчення позитивного впливу тривалості освіти на суб'єктивний стан здоров'я продемонстрували й інші дослідження [15 — 21]. За єдиним винятком [21], всі ці дослідження здійснювали в США. Grundy & Sloggett [22] довели сталість впливу освіти впродовж тривалого періоду. У цьому дослідженні використано різноманітні вимірювання, які дали змогу з'ясувати, що досягнення в освіті, здобуті в молодому віці, мають вплив на стан здоров'я людей у віці 65 — 84 років. Крім того, освіта зменшує ймовірність психічних захворювань, передбачаючи зв'язок між обставинами життя і розвитком, а також психологічним благополуччям у пізніший період життя.

Освіта може мати не тільки безпосередній, а й опосередкований вплив на здоров'я. Antonucci [23] намагався встановити, чи виконують функцію медіації чи посередництва між освітою та здоров'ям соціальні стосунки, особливо з дітьми, у батьків середнього та старшого віку. Виявилось, що у чоловіків з нижчим рівнем освіти, на відміну від жінок, спостерігалось менше проблем зі здоров'ям, якщо вони мали більшу мережу соціальних зв'язків або якщо відчували наявність емоційної, фінансової та медичної підтримки з боку дитини. В освіченіших чоловіків соціальні стосунки мають набагато менший вплив на

зв'язок між освітою та станом здоров'я. Оскільки освіта робить свій внесок у розмір соціальної мережі та соціальний капітал [24], це підсилює зв'язок між освітою та здоров'ям.

Освіта прямо та опосередковано може впливати на здоров'я не лише самої людини, а й на здоров'я її дітей. Чимало робіт присвячено вивченню впливу батьківської освіти на стан здоров'я їхніх дітей. При цьому спостерігається відмінність між впливом батьківської освіти на здоров'я немовляти й дитини у дорослому віці.

Чинник, що може зумовити одночасно і рівень освіченості, і рівень здоров'я, — це рівень освіченості батьків. Діти освіченіших батьків імовірно здобудуть вищу освіту самі. Батьки з вищою освітою ліпше поінформовані, що краще для здоров'я їхньої дитини. Також вони надають більшого значення здоров'ю власної дитини. Мало що відомо стосовно впливу освіти батьків на стан здоров'я їхніх дітей. Виняток становить робота Leigh [19]. З його дослідження очевидно, що, якщо не враховувати рівень освіти самого респондента, то рівень здоров'я дитини визначається рівнем освіти матері, а не рівнем освіти батька. Якщо ж узяти до уваги рівень освіти респондента, то статистично значущий зв'язок між батьківською освітою та здоров'ям дитини більше не спостерігається. Про такі самі результати повідомляють Groot & Maassen van den Brink [14]. Ці дані демонструють, що освітній рівень батьків має непрямий вплив на здоров'я — через освітній рівень респондента, але не прямим шляхом.

Отже, якщо не враховувати рівень освіти дитини, то здається, ніби рівень освіти матері позитивно впливає на рівень здоров'я дитини у дорослому віці. Освіта батька не має настільки вагомого ефекту. Пізніші дослідження з'ясували, що освіта батьків не відображає спадковий фактор. Якби справа була у спадковості, то освіта обох батьків мала би вплив на здоров'я дитини. Попередні ж дослідження показують, що батьківська освіта, якщо й впливає на дитину, то лише завдяки тому, що діти більш освічених людей намагаються здобути вищу освіту самі, а більш освічені люди, як правило, мають краще здоров'я.

Високий рівень освіти батьків зазвичай сприяє доброму здоров'ю при народженні (вага при народженні) та доброму стану здоров'я малюків. Це важливо, оскільки вага при народженні та здоров'я немовляти є передумовою подальших освітніх досягнень у дорослому віці. Richards et al. [25], провівши когортне дослідження британців, народжених 1946-го року, в ході якого бралися до уваги соціальний клас батька та освіта матері, визначили зв'язок ваги малюків з освітою: ті, хто мав більшу вагу при народженні, більш імовірно отримували вищу кваліфікацію. Подібні висновки зроблені й Corman & Chaikind [26]. Їхнє дослідження показало, що діти, які мали низьку вагу при народженні, частіше залишалися в школі на другий рік та відвідували спеціальні школи, навіть коли їхній стан здоров'я було стабілізовано. Behrman & Rosenzweig [27] вивчали гомозиготних близнюків у США та проаналізували вигоди, пов'я-

зані з вагою при народженні. Вони з'ясували позитивний і сильний зв'язок між внутрішньоутробним розвитком та подальшою успішністю дитини у навчанні. Зусилля матері щодо розвитку плода, завдяки яким вага при народженні підвищується на 1 фунт (підвищення зростання плоду на 0,4 унції за тиждень), спричиняють підвищення освіченості її дитини в шкільні роки майже на третину року. Схожі дані отримали Paz et al. [28] and Pharoah et al. [29]. Останнє дослідження показало, що 15-річні діти, які свого часу мали низьку вагу при народженні (<1500 г), демонстрували значно гірші результати під час складання британського іспиту на отримання загального сертифікату про середню освіту порівняно з контрольною групою. Paz et al. [28] порівнює освітні досягнення дорослих, вага яких при народженні не відповідала гестаційному віку, та тих, хто мав середню для гестаційного віку вагу. Чоловіки, що народилися маленькими для свого віку, мали нижчу освітню кваліфікацію. Ризик того, що їхній освітній рівень не сягне 12-річної шкільної або професійно-технічної освіти, був у 2,4 рази більшим, аніж у чоловіків, що мали середню для їхнього гестаційного віку вагу при народженні.

Значні відмінності у способі життя виникають, коли діти досягають підліткового віку. Це відповідає часу їхнього переходу від початкової до середньої освіти. Тоді можна спостерігати відмінності у здоровому та нездоровому способах життя між дітьми, які мають «нижчий» та «вищий» рівень середньої освіти. Наприклад, у Нідерландах серед 15-річних молодих

людей, що відвідують середні класи середньої школи, вдвічі більше курців, ніж серед їхніх однолітків, які вже навчаються у старших класах. Подібні дані отримані й щодо вживання алкоголю та легких наркотиків.

Grossman & Kaestner [30] представили огляд досліджень щодо зв'язку між освітою та здоров'ям. Цей огляд показує, що освіченіші люди менше курять, більше займаються фізичними вправами, частіше використовують ремені безпеки та частіше беруть участь у програмах з виявлення раку молочної залози та раку шийки матки. З цього огляду можна зробити висновок, що освіченіші люди у цілому ведуть більш здоровий спосіб життя. Єдиний виняток — це вживання алкоголю: в більшості країн люди з вищим рівнем освіти споживають більше алкоголю, ніж люди з нижчим рівнем освіти. Зазвичай, люди з нижчим рівнем освіти через свій нездоровий спосіб життя сповіщають про більшу кількість проблем зі здоров'ям і частіше користуються медичними послугами.

Позитивний зв'язок між освітою та здоровою поведінкою спостерігається також у багатьох інших дослідженнях (огляд подано у [31]). У роботі Nauga [32] знаходимо, що більша обізнаність про здоров'я зменшує ймовірність зайвої ваги. Вичерпна поінформованість про зв'язок харчування та здоров'я зменшує ймовірність зайвої ваги на 20 %. Якщо не враховувати навчання здорового способу життя, то навіть тривалість загальної освіти зменшує ймовірність зайвої ваги. Однак, якщо взяти до уваги таке спеціальне навчання, то рівень освіти не має статистично зна-

чущого впливу. Крім того, це дослідження показує вищий рівень знань про здоровий спосіб життя в освіченіших людей.

Feinstein [33] використав для оцінки зв'язків освіти з ожирінням та депресією дані британського національного когортного дослідження. Після врахування різних змінних це дослідження показало, що зі зростанням рівня освіти — від повної відсутності кваліфікації до наявності академічного рівня — ймовірність депресії зменшується на 6—10 відсотків. Менший вплив освіти спостерігається при ожирінні. Для чоловіків у континуумі від відсутності кваліфікації до академічного ступеня ймовірність ожиріння зменшується на 5 — 7 відсотків лише в деяких когортах, але не в усіх. У жінок такі ж зміни в освіті зменшують ймовірність ожиріння на 5 відсотків лише в одному когортному дослідженні.

Позитивний зв'язок між освітою та здоров'ям може бути частково пояснений різницею у прибутках громадян різних країн. Адже здоров'я та добробут тісно пов'язані. Наприклад, Behrman & Rosenzweig [27] демонструють наявність сильного негативного зв'язку між тим розміром ВВП з урахуванням його порівняльної купівельної спроможності (PPP), що припадає на одного працівника, та відсотком новонароджених з низькою вагою. Бідні країни мають менше ресурсів для витрат на фінансовані за рахунок бюджету освіту й охорону здоров'я. Більшість людей у бідних країнах також не мають можливості сплачувати за освіту та охорону здоров'я самостійно. З іншого боку, інвестиції в освіту й здоров'я забезпечують шлях подолання

бідності та необхідні умови для підвищення стандартів життя.

Насамкінець, може виникнути запитання, чи є зв'язок освіти та здоров'я причинним зв'язком? Becker & Mulligan [34] вважають, що освіта приводить до нижчої часової норми вподобання щодо споживання у теперішньому часі та вищої — у майбутньому. Освіта може змінювати часові норми вподобання. Це пояснює причинний зв'язок між освітою та здоров'ям. Однак відмінності у часових нормах вподобань між більш та менш освіченими людьми можуть також віддзеркалювати форму самостійного вибору. Люди, що самі обирають вищі рівні освіти, також імовірніше відкладуть інші негайні форми задоволення, які часто руйнують здоров'я. Люди з низькими часовими нормами вподобання більш імовірно відкладуть споживання та витратять час на інвестування в особистий капітал, який принесе віддачу пізніше. Так само ця нижча часова норма вподобання може спричинити те, що люди вкладають більше у здорову поведінку та здоровий спосіб життя, відмовляючись від куріння, зловживання алкоголем, споживання наркотиків та інших руйнівних звичок. Зв'язок між освітою та здоров'ям може пояснюватися спільними причинними факторами: низькою часовою нормою вподобання, яка спричиняє те, що людина вкладає більше в обидві форми особистого капіталу — освіту та здоров'я. Однак це не виключає, що освіта сама по собі може сприяти нижчій часовій нормі вподобання і (незалежно від цих спільних причинних факторів) спричиняє те, що люди ведуть здоровіший спосіб життя.

Прибутковість здоров'я

Щойно коротко було розглянуто докази прибутковості освіти. Освіта і здоров'я — два головні елементи людського капіталу. Цікаво, що маючи чимало доказів прибутковості інвестицій в освіту, ми знаємо так небагато стосовно прибутковості інвестицій у здоров'я. Дехто навіть піддає сумніву те, що витрати на охорону здоров'я мають позитивну прибутковість або що більші витрати на охорону здоров'я приводять до покращення здоров'я. Наприклад, Illich [35] доводить наявність зворотного зв'язку: краща система охорони здоров'я призводить до залежності й тягне за собою погіршення здоров'я.

Важко довести існування прямого причинного зв'язку між витратами на охорону здоров'я і рівнем здоров'я населення. Однак виникає запитання: чи підвищується рівень здоров'я населення у період, коли витрати на охорону здоров'я збільшуються? У нечисленних публікаціях розглянуто еволюцію здоров'я у західних країнах за останні двадцять років. Ця література не вказує однозначно на те, що здоров'я населення покращилося впродовж останніх десятиліть.

Burström, Johannesson та Diberichsen [36] оцінили якісні зміни здоров'я населення Швеції з 1980 по 1997 рік. У ході дослідження встановлено, що за цей період очікувана тривалість життя новонароджених зросла на 3,68 року для чоловічої статі та на 2,70 року для жіночої статі. Серед населення старшого віку в середньому стан здоров'я — як показує EuroQol

(EQ-5D) — покращився. Однак серед населення молодших вікових груп у середньому стан здоров'я погіршився. Показник очікуваних років життя з поправкою на якість для немовлят збільшився на 2,64 року для новонароджених чоловічої статі й на 0,54 року для жіночої. Це дослідження показує, що люди старшого віку у Швеції мають суттєві вигоди у здоров'ї, тоді як у молодих жінок переваги у стані здоров'я були незначними чи взагалі не спостерігалися.

Cutler & Richardson [37, 38] оцінили якісні зміни капіталу здоров'я в США між 1970 та 1990 роками. Дослідження продемонструвало, що за цей період QALY, тобто роки життя з поправкою на якість, зросли більш ніж на 30 %. Значною мірою причиною цього є зниження смертності. З поправкою в 3 % здоров'я покращилося найбільше у людей похилого віку і найменше — у дітей. Рівень здоров'я у чоловіків і жінок у цей період залишався незмінним. При народженні жінки та чоловіки мають майже однаковий рівень здоров'я, тоді як у 65 років жінки мають більший капітал здоров'я, аніж чоловіки.

У нашому нещодавньому дослідженні [40] ми проаналізували еволюцію здоров'я у Великобританії в 1990-х рр. Ми використовували очікувану тривалість життя з поправкою на здоров'я як сукупний показник здоров'я (HALE). Дослідження показало, що для чоловіків очікувана при народженні тривалість життя зросла на 1,5 року — з 73,2 у 1991 р. до 74,7 року в 1998 р. Для жінок цей показник зріс на один рік — з 78,7 до 79,7 року. Тим не менше впродовж того самого періоду якість здоров'я погіршилася, Як у

чоловіків, так і у жінок спостерігалось збільшення частоти проблем із суглобами, слухом, шкірою, алергічних проявів, захворювань серцево-судинної системи, шлунку, печінки, нирок, діабету, неврологічних розладів, тривожних та депресивних станів. До того ж, у 1990-х скоріше погіршилася аніж покращилася очікувана тривалість життя з поправкою на якість здоров'я.

Таким чином, докази щодо еволюції здоров'я за останні десятиріччя є неоднозначними. Це змушує порушити питання стосовно правильності використання ресурсів, інвестованих у здоров'я та його охорону. Чи переважають вигоди для здоров'я над витратами на нього?

На жаль, є дуже мало доказів щодо вигод та витрат в охороні здоров'я. Звісно, відомо, скільки коштів витрачається на медицину, але мало що відомо про ті вигоди, які дають такі витрати. У двох пов'язаних дослідженнях ми з Henriette Maassen van den Brink намагалися встановити у кількісному вираженні вигоди для здоров'я від медичних втручань.

Вигоди від медичних втручань можуть визначитися шляхом підрахування того, скільки люди готові сплатити за певне покращення здоров'я у результаті втручання. Лише якщо вартість покращення здоров'я є меншою за суму, яку людина готова сплатити задля отримання цього результату для якості свого життя, втручання і справді слугує покращенню добробуту. В останні роки вивчення ефективності витрат медичних втручань стало перспективним напрямом досліджень в економіці охорони здоров'я. Досі приділялося

мало уваги або й зовсім не приділялося проблемі готовності платити за вигоди для здоров'я, які є наслідком медичних втручань.

У першій статті [40] ми представили новий метод, який дозволяє підрахувати компенсацію різниці у прибутках, що виникає через розлади здоров'я. Цей метод для визначення готовності сплатити за лікування для позбавлення від хвороби чи інвалідності використовує інформацію із загальної вибірки. Таким чином ми уникаємо проблем самостійного вибору й узагальнення, які обмежують застосування та корисність існуючих моделей для реальності. На відміну від прямого підходу до вимірювання «готовності сплатити», наш метод не потребує оцінки гіпотетичних та концептуально важких ситуацій.

Вимоги до даних, потрібних для застосування цього методу, досить невисокі. Підхід ґрунтується на оцінюванні респондентами їхньої задоволеності життям або якості життя, наданні інформації про інвалідність та захворювання, а також про доходи домогосподарства. Цю інформацію використовують для прямого оцінювання рівня задоволеності життям, виходячи з припущення, що вона залежить, крім інших факторів, від рівня доходів домогосподарства та стану здоров'я. Результати оцінювання використовуються для підрахунку показника прибуток-здоров'я, що підтримує задоволеність життям. Цей показник прибуток-здоров'я (компенсація різниці у прибутках) являє собою грошове вираження переваг здоров'я і може бути інтерпретований як готовність платити за позбавлення від хвороби чи інвалідності.

Ми [40] застосували цей метод для підрахунку переваг від позбавлення головного болю при мігрені. Результати показали, що тяжкий головний біль і мігрень знижують якість життя на 4 — 7 %. Якщо ми припустимо, що QALY складає 85 тис. євро, то грошовий еквівалент зниження благополуччя через тяжкий головний біль дорівнює 270 — 555 євро на місяць. Компенсація підвищується до 640— 1135 євро, якщо ми оцінюємо рік життя у 195 тис. євро. Оцінювання згідно шкали еквівалентів компенсації різниці у прибутках при тяжкому головному болю та мігрені для людей з середнім прибутком становить 860 — 1230 євро на місяць.

Наші дані доводять потребу в значних коштах задля компенсації втрати задоволення від життя через головний біль при мігрені. Ключове питання стосується співвіднесення компенсації різниці у прибутках із вартістю лікування. Деякі експериментальні визначення вартості лікування мігрені були знайдені у роботі Adelman & Von Seggern [41]. Ця стаття представляє результати вивчення у США вартості лікування мігрені у середніх дозах. Дослідження виявило, що вартість антигіпертензивного лікування коливається між 7,80 та 300 доларів на місяць. Зазначається також, що таке лікування спричиняє зниження частоти виникнення головного болю приблизно наполовину в 60 — 80 % випадків. Якщо порівняти ці дані з вигодами від усунення мігрені та зважити на те, що це лікування повністю не запобігає мігрені, то можна зробити висновок стосовно перевищення вигод від зменшення чи усунення мігрені над вартістю цього лікування.

У нашій другій статті [42] описано інший метод розрахунку компенсації втрат доходу через погіршення здоров'я. Тут використано специфічну функцію утилізації, відому як соціальна функція прибутку Лейдена. Для визначення еквівалента втрати прибутку потрібні люди, що мають захворювання, та здорові люди. Соціальна функція прибутку ґрунтується на такому питанні для оцінки прибутку: «Який місячний прибуток після сплати податку на прибуток ви розцінювали б у ваших обставинах як дуже поганий? Поганий? Недостатній? Достатній? Добрий? Дуже добрий?» Ми використали соціальну функцію прибутку для вираховування еквівалента втрати прибутку внаслідок серцево-судинних захворювань. Виявлено, що для 25-річного голландця чоловічої статі такий еквівалент коливається між 114 та 380 тис. євро залежно від рівня добробуту хворого. Це становить приблизно 10 — 30 тис. євро на кожен додатковий рік життя, прожитий людиною без серцевого захворювання у порівнянні з хворою людиною. Еквівалент знижується з віком, як і очікувалося, і це стосується як чоловіків, так і жінок.

Для точного підрахунку вигод-витрат важливо визначити, яким чином потенційні вигоди медичного лікування, що усувають ризики для здоров'я при серцевому захворюванні, співвідносяться із вартістю цих втручань. Ми з'ясували, що втрати в прибутках загалом вищі, аніж розмір витрат на найсерйозніші медичні втручання на серці, а саме на аорто-коронарне шунтування чи операцію на відкритому серці, у перерахунку на ОАІУ. Серцева трансплантація,

однак, видається надто дорогою і вигідна лише у молодому віці.

Плата за здоров'я та медичну допомогу

Я вже показав значну цінність здоров'я. Проте залишаються відкритими питання стосовно оплати за ті втручання, що покращують здоров'я. Потреба у медичній допомозі потенційно необмежена, особливо тому, що галузь фінансується суспільним коштом. Колективне фінансування системи охорони здоров'я передбачає наявність обмежень її використання. Це особливо типово для країн, де обмаль ресурсів для охорони здоров'я.

2000 р. видатки на охорону здоров'я в Україні склали 152 долари США на душу населення (ПРООН 2003). Це — низький показник, навіть у порівнянні з країнами, де економічні та соціальні умови подібні до українських. Наприклад, у Російській Федерації витрати становили 405 доларів США на душу населення, тобто більше ніж у два з половиною рази перевищували цей показник в Україні. Західноєвропейські країни зазвичай витрачають на охорону здоров'я 2 — 3 тис. доларів США на душу населення. Не тільки в абсолютних величинах, а також і як частка від ВВП витрати на охорону здоров'я в Україні низькі. 2000 р. повні бюджетні та приватні витрати на охорону здоров'я склали 4,1 % від ВВП, тоді як Російська Федерація витратила 5,1 %, а більшість західноєвро-

пейських країн витрачають на охорону здоров'я близько 10 % свого ВВП. Як правило, витрати на охорону здоров'я у багатих країнах мають тенденцію зростати швидше за зростання ВВП і це веде до зростання частки ВВП, яка витрачається на охорону здоров'я.

Подушні витрати або частка ВВП, що витрачається на охорону здоров'я, мало про що нам говорять, лишень про надто низький (або, можливо, надто високий) рівень витрат, оскільки проблеми здоров'я відмінні за своєю природою і частотою, та й продуктивність і вплив державних і приватних втручань, а також інституцій можуть надзвичайно варіюватися. Взагалі у різних країнах спостерігається незначний зв'язок між бюджетними видатками на охорону здоров'я та станом здоров'я.

Проте чимало людей погодяться з тим, що охорона здоров'я в Україні потерпає від недостатнього фінансування, якості та ефективності. У нещодавньому документі Міністерства охорони здоров'я зазначено, що «різке скорочення реальних обсягів державного фінансування охорони здоров'я, без структурної реорганізації системи, призвело до того, що сьогодні на населення покладена значна частина витрат на підтримку існування неефективної системи медичної допомоги» [2]. Згідно з цим документом 51 — 75 % загальних витрат на охорону здоров'я сплачується за рахунок приватних коштів населення та більше половини населення вважає, що не може оплатити вартість медичних послуг. Це виразні показники занепаду системи фінансування охорони здоров'я. Тому український уряд обговорює структурну

реформу системи охорони здоров'я. Політичний документ Міністерства охорони здоров'я визначає три стратегії реорганізації сектору охорони здоров'я:

- 1) забезпечення раціонального використання ресурсів, що тягне за собою реорганізацію первинної медико-санітарної та стаціонарної допомоги;
- 2) реформування системи фінансування та залучення додаткових ресурсів фінансування охорони здоров'я, що включає впровадження соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування та інших фінансових механізмів;
- 3) використання доказової медицини.

Тут я хотів би зосередитися на другій стратегії реформування, тобто на реформуванні системи фінансування охорони здоров'я та, зокрема, на впровадженні системи соціального медичного страхування.

Передусім хочу зазначити, що соціальне медичне страхування не є панацеєю, тобто ліками від усіх хвороб. Впровадження такого страхування дає змогу відокремити бюджет охорони здоров'я (і таким чином ізолювати його) від бюджетних витрат на інші галузі. Це тягне за собою перехід — хоча б частковий — процесу прийняття рішень в охороні здоров'я від уряду до приватних та квазібюджетних установ (організацій страхової медицини). Дехто може вважати це перевагою. Однак ці зміни потребують коштів. По-перше, вартість створення системи соціального медичного страхування та її подальшого адміністрування, можливо, буде вищою, аніж у дер-

жавній системі. Не можна недооцінювати й важливість добре підготовленого та досвідченого персоналу для управління організаціями системи соціального медичного страхування. По-друге, стабільна система соціального медичного страхування підвищує потребу в організаційних і управлінських вміннях, а також вимагає ретельного прийняття рішень політиками.

На мою думку, під час впровадження соціального медичного страхування постають три проблеми:

- збір достатнього обсягу страхових внесків та питання розподілу, пов'язані із внесками на медичне страхування;
- важливість розподілу ризиків між регіональними медичними страховиками для створення стабільності всередині системи;
- визначення послуг, тобто, що має бути включене до пакету соціального медичного страхування, а що варто залишити для добровільного додаткового страхування.

До ухвалення будь-яких остаточних рішень потрібне відкрите та ґрунтовне обговорення цих питань. Слід пам'ятати, що соціальне медичне страхування саме по собі не забезпечить розв'язання проблем, які стоять перед системою охорони здоров'я України, більше того, воно може створити умови для структурного недофінансування, економічної неефективності та браку якості в системі охорони здоров'я.

Реформуючи свої системи охорони здоров'я, багато країн вивчають досвід інших країн. Те, що десь уже спрацювало, часто вважають ефективним і для

себе. Тим не менш, це не завжди так. Історичні та інституційні відмінності можуть призвести до того, що ефективні реформи однієї країни не можуть бути втілені в інших.

Подібно до інших країн Центральної Європи, Україна дивиться на приклади європейських країн для реформування системи охорони здоров'я. Однак сумнівно, що західноєвропейські моделі охорони здоров'я будуть життєздатні та ефективні в Україні. Окрім значних відмінностей в організації систем медичної допомоги навіть між країнами Європейського Союзу і неоднозначної ефективності фінансування та надання медичних послуг у них, більшість країн ЄС самі прагнуть реформувати галузь охорони здоров'я, до того ж економічні та історичні відмінності між Україною та країнами ЄС утворюють таку ситуацію, що втілення в Україні західної організаційної структури навряд чи приведе до тих самих результатів. Кілька європейських країн фінансують систему охорони здоров'я завдяки обов'язковим внескам роботодавців та працівників. Така модель соціального страхування є доволі вразливою як щодо підвищення вартості медичного обслуговування, так і щодо недостатнього обсягу внесків через високе безробіття і тіньову зайнятість населення. Більше того, видається проблематичним просунути реформи за такою моделлю соціального страхування і стримати швидке підвищення витрат на охорону здоров'я.

Можливо, Україні слід звернути увагу на інший досвід, який може надихнути на нові ідеї. Досвід таких країн, як Чилі чи Сінгапур, може бути більш

відповідним, аніж досвід країн ЄС. Обидві країни успішно створили систему медичного страхування за відносно короткий період — близько двадцяти років (те саме, що мусить зробити зараз Україна). Для порівняння скажу, що Європі знадобилося майже століття для побудови її теперішньої системи соціального медичного страхування. Як Чилі, так і Сінгапур зробили це в ситуації, коли їхні економічні системи, так само як і в Україні тепер, не були добре розвинені й стандарти життя були відносно низькими. Обидві країни подібні до України ще й тим, що реформи в галузі охорони здоров'я відбуваються у ситуації переходу до ліберально-демократичних форм управління.

Ці дві країни — Чилі й Сінгапур — також цікаво порівняти. Тоді як у Чилі зробили ставку на високоліберальну систему з можливістю вибору, система у Сінгапурі характеризується жорстким контролем з боку держави та обов'язковим заощадженням для медичного страхування.

У Чилі працівники повинні витратити 7 % їхнього оподаткованого прибутку на медичне страхування та мусять вибирати: купувати страховку від Національного фонду охорони здоров'я (FONASA) чи від одного з приватних фондів страхування (ISAPREs). FONASA фінансується за рахунок внесків працівників, державних трансферів та співоплати пацієнтів за надані медичні послуги. ISAPREs фінансується переважно за рахунок внесків у розмірі 7 % від суми нарахованої заробітної платні застрахованих і деяких добровільних внесків, у разі якщо 7 % недостатньо для придбання кращого страхового плану. Май-

же третина населення Чилі охоплена приватним страхуванням [43].

У той час як розмір страхових внесків у системі державного страхування визначається як відсоток від прибутку, приватні страхові компанії використовують оцінювання ризиків. Приватним страховим компаніям законодавчо дозволено робити поправку розміру страхових внесків на вік, стать та кількість членів сім'ї. Внаслідок цього державне страхування є привабливішим для людей, що мають високий ризик претендувати на страхові виплати, бо ціна на страхування є нижчою. Це спричиняє виражений ефект «самостійного вибору» проти соціального страхування, який підсилюється тим фактом, що бенефіціаріям приватного страхування дозволено повернутися до державного страхування, що робить державну систему страховиком «останньої надії».

Типова риса чилійської системи — те, що вона дозволяє багатим людям, котрі мають низький ризик захворювань, відмовлятися від державної системи страхування, руйнуючи таким чином систему солідарності. До того ж, це дозволяє приватним страховим компаніям «знімати вершки», страхуючи лише людей з низьким ризиком виникнення потреби у медичних послугах [44].

Ощадні медичні рахунки в Сінгапурі багатьма вважаються прикладом інноваційної системи фінансування охорони здоров'я. Такі рахунки впровадили в цій країні на початку 1980-х. Різнобічний огляд системи ощадних медичних рахунків у Сінгапурі представлено Barr [45].

Система фінансування охорони здоров'я у Сінгапурі має два головних інституційних компоненти: 1) ошадні медичні рахунки, що мають назву Medisave, та 2) схема «катастрофічного страхування», що має назву Medishield. Medishield — це схема добровільного страхування на випадок катастрофічного захворювання для того, щоб допомогти членам Medisave покрити витрати на перебування у лікарні в разі серйозної чи тривалої хвороби. Третій компонент, Medifund, створено для тих людей, які не можуть сплатити жодних коштів за медичну допомогу, тобто для бідних. Medifund — це переважно державне забезпечення та надання благодійної допомоги. Система фінансування охорони здоров'я універсальна, обов'язкова та управляється урядом.

Розміри внесків до ошадних медичних рахунків Medisave залежать од віку, становлять від 6 до 8 % місячного прибутку і покриваються порівну роботодавцями та працівниками. Ці внески надходять на особисті ошадні рахунки, якими управляє держава. Встановлено максимальний розмір щомісячного внеску, і це обмежує внески високооплачуваних працівників. Внески не оподатковують, на них нараховують відсотки, вони можуть бути успадковані, бо формують частину майна вкладника після його смерті.

Пацієнти можуть знімати гроші зі своїх рахунків, коли виникає потреба у медичній допомозі. Кожне відділення у будь-якій лікарні Сінгапуру бере плату за лікування, яка становить щонайменше 19 % від загальної вартості, а решту покриває держава за ра-

хунок податкових надходжень. У приватних лікарнях пацієнти повністю сплачують вартість послуг.

Одна з визначальних рис системи охорони здоров'я у Сінгапурі — її безсумнівно низька вартість. Витрати на охорону здоров'я становлять 3 —4 % від ВВП. Це відносно низький рівень, якщо взяти до уваги, що ВВП на душу населення у Сінгапурі є вищим ніж у деяких західноєвропейських країнах. Більшість західних країн з подібним рівнем ВВП на душу населення витрачають удвічі більше на охорону здоров'я, аніж Сінгапур. Тому можна припустити, що ошадні медичні рахунки доволі ефективні в плані утримання низької вартості медичних послуг. Це безперечно являє інтерес для країн з низьким рівнем ВВП, які мають навіть більші обмеження у фінансуванні охорони здоров'я.

Ошадні медичні рахунки — екстремальна форма співоплати громадян за медичні послуги. Замість того, щоб платити за медичні послуги з кишені, пацієнти можуть скористатися своїм ошадним рахунком. Співоплата — це шлях стримування підвищення витрат на охорону здоров'я та запобігання неефективного використання ресурсів охорони здоров'я. Однак більшість наукових даних свідчать про те, що співоплата не настільки ефективна щодо стримування підвищення витрат на охорону здоров'я. Згідно з Glied, «...співоплата сама по собі — досить ефективна стратегія для заохочення або відповідного використання послуг, або ціноутворення. Споживачі, які бачать гранично більші ціни, радше за все не зроблять більш ефективного вибору щодо

використання медичної послуги з медичної точки зору» [46].

На мою думку, найважливішим поясненням очевидно низької вартості медичних послуг у Сінгапурі може слугувати жорсткий контроль держави за наданням медичних послуг. Вагг [45] подає детальний опис сінгапурської політики регулювання пропозиції послуг для стримування вартості охорони здоров'я. Це включає контроль за впровадженням медичних технологій та спеціалізацій у державних лікарнях, обмеження цін на всі медичні послуги, що надаються у державних лікарнях, визначення частки субсидій для державних лікарень, обмеження кількості лікарняних ліжок, суворий контроль за кількістю лікарів у країні.

Приклад Сінгапуру є унікальним через масштабне залучення уряду і контроль за наданням медичних послуг та цінами, а також фінансування, яке апелює до власної відповідальності громадян і „передбачає значний розмір співоплати за медичне обслуговування. Очевидно, що ця комбінація регулювання пропозиції послуг та часткової оплати їх споживачами є ефективним засобом зменшення витрат на охорону здоров'я.

Висновки

Здоров'я є цінністю. Для багатьох людей їхнє здоров'я — це найцінніший актив, який вони мають. Люди інвестують час та гроші у зміцнення здоров'я.

Так само як і освіта, здоров'я дає великі економічні переваги. Краще здоров'я та вища освіта підвищують продуктивність праці та індивідуальні прибутки.

Я показав, що інвестиції, спрямовані на примноження особистого капіталу здоров'я, не обмежуються лише охороною здоров'я. Інвестиції в освіту також, а можливо й рівною мірою, важливі для підтримки здоров'я людей. Охорона громадського здоров'я завжди підкреслює обмеженість медицини у «виробництві» здоров'я. Замість цього охорона громадського здоров'я наголошує на тому, що профілактика та навчання здорового способу життя можуть навіть більш суттєво позначитися на здоров'ї населення. Вірю, що охорона громадського здоров'я повинна вдатися до ширших підходів та включити до свого арсеналу всі засоби підтримання та примноження людського капіталу. Це, безперечно, стосується й освіти.

Уряди всіх країн стикаються зі складними проблемами розміщення ресурсів, виділених на надання медичних послуг. Яким є оптимальний обсяг ресурсів для фінансування охорони здоров'я? Чи варто витрачати більше на охорону здоров'я, або, може, на інші державні програми, такі як освіта? І, нарешті, як охорона здоров'я має бути організована та фінансована? У цій інавгураційній лекції я намагався дати відповіді на поставлені запитання. Однак ще багато чого має бути зроблено, перед тим як дати будь-які остаточні відповіді. Тому нова магістерська програма з менеджменту в охороні здоров'я, яка стартувала вчора в цьому університеті, є такою важливою.

Ця програма готуватиме людей, спроможних самостійно аналізувати проблеми організації, управління та фінансування охорони здоров'я, а також здатних долучитися до підвищення ефективності та якості у системі охорони здоров'я України в ролі менеджерів, розробників політики та дослідників.

Сподіваюсь, що ця магістерська програма стане осередком досліджень із питань, яких ми сьогодні торкнулися. Конструктивні політичні ініціативи завжди ґрунтуються на солідних наукових доказах. Як для життєздатності магістерської програми, так і для покращення якості політичних рішень важливо створити дослідницьку інфраструктуру охорони громадського здоров'я. Як Почесний професор вашого університету також сподіваюсь зробити і свій внесок у цю справу.

Література

1. *Hunt-McCool, J. and D. M. Bishop.* Health Economics and the Economics of Education: Specialization and Division of Labor // *Economics of Education Review*, 1998. 17(3).- P. 237-244.
2. УМОН Ukraine Ministry of Health. Possible ways of health care system reorganization in Ukraine. 2004, Ministry of Health of Ukraine: Kiev.
3. *Groot, W. and H. Maassen van den Brink.* Overeducation in the Labor Market: A Meta-Analysis // *Economics of Education Review*, 2000. 19(2).— P. 149— 158.
4. *Groot, W. and H. Maassen van den Brink.* Investeren en terugverdienen: kosten en baten van onderwijsinvesteringen. 2003, Sectorbestuur Onderwijsmarkt: Den Haag.
5. *Groot, W. and H. Maassen van den Brink.* The effects of education on crime. 2004, University Maastricht: Maastricht.
6. *Feinstein, L., et al.* The contribution of adult learning to health and social capital. 2003, Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, Institute of Education: London.
7. *Grossman, M.* On the Concept of Health Capital and the Demand for Health // *Journal of Political Economy*. March-April, 1972. 80(2).- P. 223-255.

8. *Schultz, T. W.* Investment in Human Capital // The economics of being poor. 1993, Blackwell: Oxford and Cambridge, Mass. — P. 97 — 114.
9. *McMahon, W. W.* Education and development: Measuring the social benefits. 1999, Oxford and New York: Oxford University Press.— P. 91.
10. *Van Oers, J. A. M. e.* Health on Course? Key Messages from the 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report. 2003, RIVM: Bilthoven. - P. 20.
11. *Elo, I. T. and S. H. Preston.* Educational differentials in mortality: United States, 1979— 1985 // Soc Sci Med, 1996. 42(1).- P. 47-57.
12. *Valkonen, T.* Adult mortality and level of education: a comparison of six countries // Health Inequalities in European Countries, J. Fox, Editor. 1989, Aldershot: Gower Publishing. — P. 142—162.
13. *Bosma, H., C. Schrijvers, and J. P. Mackenbach.* Socio-economic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study // BMJ Clinical research ed, 1999. 319(7223).- P. 1469- 1470.
14. *Croot, W. and H. Maasen van den Brink.* The health effects on education. 2004, Maastricht University: Maastricht.
15. *Berger, M. C. and J. P. Leigh.* Schooling, Self-Selection, and Health // Journal of Human Resources, 1989. 24(3).— P. 433-455.
16. *Behrman, J. R. and B. L. Wolfe.* Does More Schooling Make Women Better Nourished and Healthier? Adult Sibling Random and Fixed Effects Estimates for Nicaragua // Journal of Human Resources, 1989. 24(4). — P. 644 — 463.
17. *Kenkel, D. S.* Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling // Journal of Political Economy, 1991. 99(2). — P. 287-305.

18. *Kenkel, D. S.* Should you eat breakfast? Estimates from health production functions // Health Econ., 1995. 4(1). — P. 15-29.
19. *Leigh, J. P.* Parents' Schooling and the Correlation between Education and Frailty // Economics of Education Review, 1998. 17(3).- P. 349-358.
20. *Gilleskie, D. B. and A. L. Harrison.* The Effect of Endogenous Health Inputs on the Relationship between Health and Education // Economics of Education Review, 1998. 17(3).- P. 279-295.
21. *Hartog, J. and H. Oosterbeek.* Health, Wealth and Happiness: Why Pursue a Higher Education? // Economics of Education Review, 1998. 17(3).— P. 245 — 256.
22. *Grundy, E. and A. Sloggett.* Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances // Soc Sci Med, 2003. 56(5).- P. 935-947.
23. *Antonucci, T. C., K. J. Ajrouch, and M. R. Janevic.* The effect of social relations with children on the education-health link in men and women aged 40 and over // Social science and medicine 1982, 2003. 56(5).— P. 949 — 960.
24. *Groot, W., H. Maasen van den Brink, and B. Van Praag.* The compensating income variation of social capital. 2004, Maastricht University: Maastricht.
25. *Richards, M., et al.* Birth weight and cognitive function in the British 1946 birth cohort: longitudinal population based study // BMJ, 2001. 322(27 January 2001).— P. 199-203.
26. *Corman, H.* The effect of low birthweight on the school performance and behaviour of school-aged children // Economics of Education Review, 1998. 17(3).— P. 307 — 316.
27. *Behrman, J. R. and M. R. Rosenzweig.* Returns to birthweight // The Review of Economics and Statistics, 2004. 86(2).- P. 586-601.

28. *Paz, I.*, et al. The cognitive outcome of full-term small for gestational age infants at late adolescence // *Obstet Gynecol*, 1995. 85(3).- P. 452-456.
29. *Pharoah, P. O., C. J. Stevenson*, and *C. R. West*. General Certificate of Secondary Education performance in very low birthweight infants // *Arch Dis Child*, 2003. 88(4).— P. 295-298.
30. *Grossman, M.* and *R. Kaestner*. Effects of Education on Health // *The social benefits of education*. 1997, University of Michigan Press: Ann Arbor. — P. 69— 123.
31. *van Lenthe, F. J.*, et al. Socio-demographic variables and 6 year change in body mass index: longitudinal results from the GLOBE study // *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2000. 24(8).- P. 1077- 1084.
32. *Nayga, R. M. Jr.* Schooling, Health Knowledge and Obesity // *Applied Economics*, 2000. 32(7).— P. 815 — 822.
33. *Feinstein, L.* Quantitative Estimates of the Social Benefits of Learning, 2: Health (Depression and Obesity). Wider Benefits of Learning Research Report. 2002, London Univ (England) Centre for Research on the Wider Benefits of Learning. — P. 60.
34. *Becker, G. S.* and *C. B. Mulligan*. On the Endogenous Determination of Time Preference. 1994, Economics Research Center/NORC Discussion Paper: 94— 102.
35. *Illich, I. D.* Medical Nemesis: the expropriation of health. Ideas in progress; Open forum. 1975, London: Calder and Boyars. 183.
36. *Burstrom, K., M. Johannesson*, and *F. Diderichsen*. The Value of the Change in Health in Sweden 1980/81 to 1996/97 // *Health Economics*, 2003. 12(8).— P. 637 — 654.
37. *Cutler, D. M.* and *E. Richardson*. Measuring the Health of the U. S. Population // *Brookings Papers on Economic Activity*, 1997. 0(0).- P. 217-271.

38. *Cutler, D. M.* and *E. Richardson*. The Value of Health: 1970— 1990 // *American Economic Review*, 1998. 88(2). — P. 97- 100.
39. *Groot, W.* and *H. Maassen van den Brink*. Health-adjusted life-expectancy in Britain, 1991 — 1998. 2004, Maastricht University: Maastricht.
40. *Groot, W.* and *H. Maassen van den Brink*. A direct method for estimating the compensating income variation for severe headache and migraine // *Soc Sci Med*, 2004. 58(2).- P. 305-314.
41. *Adelman, J. U.* and *R. Von Seggern*. Cost considerations in headache treatment. Part 1: Prophylactic migraine treatment. *Headache*, 1995. 35(8).— P. 479 — 487.
42. *Groot, W., H. Maassen van den Brink*, and *E. Plug*. Money for Health: the equivalent variation of cardiovascular diseases // *Health Economics*, 2004 (forthcoming).
43. *Sapelli, C.* Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system // *Soc Sci Med*, 2004. 58(2).- P. 259-265.
44. *Sapelli, C.* and *B. Vial*. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance // *J Health Econ*, 2003. 22(3).- P. 459-476.
45. *Barr, M. D.* Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry // *Health Polit Policy Law*, 2001. 26(4). — P. 709-726.
46. *Glied, S.* Health Care Costs: On the Rise Again // *Journal of Economic Perspectives*, 2003. 17(2).— P. 125— 148.

Науково-популярне видання

Вім Гроот

ІНВЕСТИВАННЯ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Редактор *І. Г. Ярошенко*
Технічний редактор *Т. М. Новікова*
Художнє оформлення *А. Г. Ярового*
Комп'ютерна верстка *Г. Г. Пузиренка*

Підписано до друку 25.08.2004. Формат 70x100/32.
Гарнітура Baltica. Папір офсетний № 1. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 1,94. Обл.-вид. арк. 1,55. Зам. 4-11.

Видавничий дім «Києво-Могилянська академія».
Свідоцтво про реєстрацію № 1801 від 24.05.2004 р.

Адреса видавництва та друкарні:
04070, Київ, Конрактова пл., 4.
Тел./факс: (044) 416-60-92, 238-28-26.
E-mail: phouse@ukma.kiev.ua

Гроот, Вім

Г87 Інвестування в охорону здоров'я: [Інавгурац. лекція почес. професора Нац. ун-ту «Києво-Могилян. акад.», 1 верес. 2004 р.]. — К.: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2004. — 46 с.

ISBN 966-518-297-8

Здоров'я та освіта як найвагоміший внесок у людський капітал; їх взаємозв'язок і взаємовплив. Питання прибутковості інвестування цих галузей; проблеми фінансування охорони здоров'я та шляхи його реформування для України — такі основні теми інавгураційної лекції, приуроченої до відкриття в НаУКМА нової магістерської програми «Менеджмент в охороні здоров'я».

ББК 65.495-56