

УДК 614.2

**Філатов В.М.**

*кандидат економічних наук  
доцент кафедри політичної економії  
Харківського національного економічного університету  
імені Семена Кузнеця*

## ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНОГО СЕРЕДОВИЩА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена розгляду особливості місця та ролі охорони здоров'я в економічній системі суспільства. Аналізуються існуючі в галузі економічні відносини. Обґрунтовується необхідність введення конкурентних відносин. Пропонуються методи реформування системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, страхова медицина, лікарняна система, ефективність, економічні інтереси, конкуренція.

### **Філатов В.М. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Статья посвящена рассмотрению особенности места и роли здравоохранения в экономической системе общества. Анализируются существующие в отрасли экономические отношения. Обосновывается необходимость введения конкурентных отношений. Предлагаются методы реформирования системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** здравоохранение, страховая медицина, больничная система, эффективность, экономические интересы, конкуренция.

### **Filatov V.M. ECONOMIC ASPECTS OF COMPETITIVE ENVIRONMENT FORMATION IN THE SPHERE OF HEALTHCARE**

The article deals with the peculiarities of the place and the role of the public health in the economic system of society. The economic relations existing in the branch have been analysed. Necessity of introduction of competitive relations is proved. The methods for reforming of the public health system have been proposed.

**Keywords:** public health services, insurance medicine, hospital system, efficiency, economic interests, competition.

**Постановка проблеми.** Сучасний стан економіки України можна охарактеризувати як транзитивну економіку, у якій відбуваються інституціональні зміни у всій системі суспільних відносин (економічних, соціальних, політичних та ін.). Самі по собі інституціональні перетворення носять дискретний характер. Дж. Ходжсон відзначає спонтанний характер формування інститутів [1, с. 209–211]. У теж час Дж. Бьюкенен допускає двояку можливість інституціональних перетворень, виділяючи конституційну й неконституційну революції. Революційна трансформація (конституційна революція) розуміється у вигляді значних змін усього набору інституціональних норм. В якості обов'язкової умови революційних змін учений виділяє наявність концептуальної згоди з перетвореннями всіх членів суспільства. У цей час в Україні інституціональні перетворення сфери охорони здоров'я, як це буде показано надалі, не можуть здійснюватися шляхом конституційної революції. Неконституційна революція припускає такий шлях зміни інституціональних норм, при якому частини суспільства нав'язують бажані для іншої частини суспільства правила поведінки [2, с. 423]. Дж. Найт також виділяє два можливих напрямки інституціональних реформ у суспільстві. Один напрямок базується на конкуренції або конфлікті інтересів окремих соціальних груп, викликаних розходженням в отриманих результатах від інституціональних змін. Другий напрямок базується на наявності колективних вигід від трансформації існуючих інститутів [3]. Сучасний стан інституціональної системи охорони здоров'я такий, що її науково обґрунтована трансформація потенційно може давати вигоди для всіх суб'єктів системи охорони здоров'я. У той же час реальна ситуація характеризується тим, що окремі суб'єкти й окремі соціальні групи, у чинність різних причин, не розуміють своїх вигід і не хочуть змін.

На нашу думку, варто розділяти й розрізняти процес і механізми реалізації безпосередньо інститу-

ціональних перетворень та процес і механізми формування передумов для такого роду перетворень. Процес дозрівання передумов відбувається як еволюційним шляхом, так і шляхом досить швидких перетворень. Еволюційний шлях описується класичною схемою: зміни в динаміці, часткові зміни структури економічної системи, еволюція інтересів впливових груп і, нарешті, зміни інститутів [4, с. 239]. В. Ойкен весь комплекс економічних інститутів розумів як господарський порядок. Формування господарського порядку відбувається під впливом різних факторів, основними з яких є держава, наука й релігія. При цьому вчений відзначав, що й при встановленні господарського порядку, і при його трансформації велике значення має сполучення індивідуального й спільного інтересів [5, с. 417–463]. Опираючись на ці ідеї, ми вважаємо, що тривалість періоду еволюційних перетворень багато в чому визначається тривалістю третього етапу – еволюцією інтересів впливових груп. У випадку змін у соціальній сфері етап еволюції інтересів впливових груп може трансформуватися в етап еволюції менталітету населення, що пов'язано зі значним періодом часу. Вихідною точкою революційних перетворень є еволюція інтересів впливових груп. І оскільки в деяких випадках ця еволюція відбувається практично миттєво, дозрівання передумов до зміни інститутів відбувається досить швидко. Прикладом може служити зміна інституту власності. Така різномірність у строках підготовки до трансформації окремих інститутів приводить до подовження перехідного періоду. Критичний шлях, що визначає тривалість перехідного періоду в Україні, визначається часом трансформації тих інститутів, де дозрівання передумов відбувається шляхом еволюційних змін. У наш час до числа таких інститутів ми відносимо й сферу охорони здоров'я.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я знаходить своє відобра-

ження в роботах А.С. Акопяна, Б.І. Бояринцева, Д.Д. Венедиктова, О.І. Вялкова, Г.Н. Голухова та ін. [6, 7]. Діапазон думок учених коливається від вдосконалення діючої системи до кардинальних перетворень економічних відносин у сфері охорони здоров'я. В той же час питання поєднання високого рівня економічної ефективності роботи медичних закладів з високим рівнем соціального захисту населення розроблені недостатньо. В даний час в системі охорони здоров'я України мають місце яскраво виражені елементи кризового стану. Функціонування системи піддається критиці з боку всіх учасників процесу відновлення здоров'я населення. Медичних працівників не влаштовує рівень оплати праці, пацієнтів – об'єм і якість безкоштовно надаваних послуг. Фахівці відзначають низьку ефективність роботи системи в цілому, що знаходить свій вираз в погіршенні показників суспільного здоров'я. Сучасний низький рівень суспільного здоров'я в Україні і незадовільний стан роботи сфери охорони здоров'я вимагають прийняття дійових мір по виправленню існуючої ситуації. Реформування системи охорони здоров'я може відбуватися різними шляхами. Для прийняття науково обґрунтованих рішень щодо необхідності трансформації економічних відносин у сфері охорони здоров'я і методологічних принципів таких перетворень потрібно проаналізувати світові тенденції у розвитку сфери охорони здоров'я. Оскільки у даний час охорона здоров'я в Україні знаходиться в умовах дефіциту фінансів, потрібно провести роботу з пошуку як нових каналів фінансування, так і можливих варіантів розширення існуючих. Завданням нашого дослідження є вивчення існуючих у цей час економічних відносин у сфері охорони здоров'я і вироблення рекомендацій щодо шляхів і методів їхньої трансформації.

**Постановка завдання.** Метою суспільного виробництва в умовах постіндустріального суспільства є розвиток людини. Одним з основних показників, що характеризують розвиток людини, є здоров'я. Саме тому здоров'я (і індивідуальне, і суспільне, як інтегральний показник) повинне виступати як мета суспільного виробництва. В існуючій системі суспільних відносин є певні протиріччя. Однієї зі сфер діяльності, у якій ці протиріччя проявляються найбільше гостро, є сфера охорони здоров'я. У наш час у цій сфері має місце протиріччя між кінцевою метою суспільного виробництва й завданнями, що стоять перед системою охорони здоров'я. Крім того, навіть існуюча мета розвитку галузі не забезпечується необхідними коштами для її досягнення. Вирішення зазначених протиріччя можливо за допомогою формування нових, насамперед економічних відносин як усередині галузі, так і за допомогою створення нових відносин між сферою охорони здоров'я й споживачами її послуг.

**Виклад основного матеріалу.** Трансформаційні процеси в системі відносин власності, перехід економіки України на рейки ринкового господарства є об'єктивними передумовами інституціональних змін у сфері охорони здоров'я. У цей час ці зміни вже мають місце й відбуваються еволюційним шляхом. По-перше, спостерігаються негативні зміни в динаміці показників рівня суспільного здоров'я. По-друге, існуюча система охорони здоров'я виявилася нездатною адекватним образом відреагувати на ці зміни. І хоча вплив сфери охорони здоров'я на рівень показників суспільного здоров'я є не єдиним фактором, у самій системі відбуваються певні зміни. Недостатнє фінансування галузі викликало об'єктивну необхід-

ність появи частково платних послуг (так, наприклад, рентген обстеження проводиться безкоштовно, а півка для знімка оплачується пацієнтом), потім окремих видів платних послуг (деякі види аналізів) і, нарешті, приватних клінік. Однак частка такого роду платних послуг не є достатньо вагомою в загальному обсязі послуг, надаваних сферою охорони здоров'я, що не дозволяє вирішити проблему фінансування галузі. При цьому слід зазначити, що платежі готівкою носять яскраво виражений регресивний характер. Як показали дослідження платежів готівкою в Хорватії, четверта частина населення з найнижчими доходами витрачає на медичні послуги 5% своїх доходів, тоді як для такої ж частки населення з найвищими доходами аналогічний показник становить 0,6%. Якщо враховувати всі платежі готівкою, включаючи й неофіційні платежі, то представники групи з найнижчими доходами платять 17,3% своїх доходів, а представники групи з найвищими доходами – 2,9% [8]. У Росії має місце аналогічна ситуація. Частка видатків на медичну допомогу в загальному обсязі видатків домогосподарств становить для групи населення з найнижчими доходами 11,6%, а для групи з найвищими доходами – всього лише 2,7% [9, с. 39]. Такого роду явища мають місце й в Україні, де також висока частка малозабезпеченої частини населення. Ще більш важливим є той факт, що населення не готове прийняти платну охорону здоров'я в такому виді, та й світовий досвід не показує високий ступінь ефективності такої системи. Явно виражена недостатність фінансування охорони здоров'я привела до виникнення й широкого поширення практики неформальних платежів, що, однак, практично не змінило ні економічні відносини усередині галузі, ні саму структуру сфери охорони здоров'я. Неформальні платежі дозволяють лише підвищити рівень доходів медичного персоналу й утримати його в сфері охорони здоров'я. Саме тому І. Клямкін і Л. Тимофеев вважають неформальні платежі специфічною формою кооперації між бідною медициною й бідним населенням у спробах зберегти хоч якісь можливості лікуватися й лікувати хворих [10]. Виникнення неформальних платежів обумовлено наявністю певних дисбалансів у системі охорони здоров'я. І хоча неформальні платежі не є причинами цих дисбалансів і навіть зм'якшують деякі, проте вони сприяють їхньому відтворенню й поглибленню. Наявність тіньових фінансових потоків перешкоджає ефективному розподілу коштів, які виділяються суспільством на потреби охорони здоров'я. Розподіл ресурсних потоків між окремими видами медичної діяльності й виробниками не є оптимальним. У результаті суспільні ресурси нерідко направляються не туди, де гранична ефективність їхнього використання максимальна. Крім того, із системи оподаткування випадають значні кошти. У цьому зв'язку слід зазначити, що простий шлях формалізації платежів може усунути деякі із зазначених недоліків. Легальні платежі за медичні послуги дозволять не тільки підвищити доходи медичних працівників, але й будуть сприяти розвитку матеріальної бази сфери охорони здоров'я. Однак регресивна природа платежів готівкою ляже важким тягарем на незаможні верстви населення. Система неформальних платежів дозволяє хворому вибрати лікаря, тоді як оплата через касу може позбавити пацієнта такої можливості. Бажання одержати послуги більше високої якості, ціна на які не відбита в офіційних тарифах, однаково приведе до неформальних платежів.

Негативні зміни в динаміці рівня суспільного здоров'я, що виступають у ролі необхідного фактору, не є достатнім чинником для інституціональних змін. В якості достатнього аргументу можуть виступати інтереси впливових груп, здатних змінити систему існуючих економічних відносин. Серед суб'єктів, що діють у сфері охорони здоров'я, можна виділити дві групи медичних працівників, пацієнтів, тобто людей, які користуються послугами, і бізнесменів, готових вкладати гроші в охорону здоров'я, за умови, що рівень рентабельності вкладень буде їх задовольняти.

У першу групу медичних працівників ми виділяємо тих, чий рівень доходів вище одержуваної заробітної плати й практично її розміром не визначається. До другої групи ми відносимо медичних працівників, чий рівень доходів, можливо, вище заробітної плати, але практично визначається її розміром. Як показують опитування і пацієнтів, і самих медичних працівників, лікарі різних спеціальностей у різній мері одержують доходи безпосередньо від пацієнтів. Гінекологам, головним хірургам, ларингологам, невропатологам і ортопедам платять частіше, ніж педіатрам і лікарям загальної практики. У середньому, розміри неформальних платежів у тих лікарів, які їх одержують, становить 100% збільшення до зарплати лікарів у Польщі [11]; 160% збільшення в Угорщині [12]; 500% – в Албанії [13]. За оцінками Фонду ИНДЕМ, розрахованим за результатами дослідження побутової корупції, розмір тінювих виплат у медицині Росії становить близько 600 млн. дол. Частка хабарів, виплачуваних за лікування, займає друге і третє місце в загальній структурі всіх хабарів [14].

Більша частина обох груп медпрацівників не зацікавлена в змінах і введенні страхової медицини. Працівники з першої групи – через страх зниження реального рівня життя (підвищення заробітної плати може бути недостатнім і не компенсувати зниження рівня тінювих доходів). Працівники із другої групи, рівень життя яких в умовах страхової медицини виросте через ріст заробітної плати, – через страх втратити робоче місце, тому що впровадження нових економічних відносин приведе до скорочення потреби в медпрацівниках. Участь бізнесу в реформуванні охорони здоров'я може відбуватися тільки в тому випадку, коли рентабельність капіталовкладень буде не нижче, ніж у базових галузях його застосування. У наш час цього не спостерігається, але в міру росту приватного капіталу й посилення конкуренції як у середині галузі, так й міжгалузевої, бажання бізнесу проникнути в сферу охорони здоров'я буде рости. Серед споживачів медичних послуг певна частина населення, особливо старше покоління, не розуміє значимості і не розбирається в суті реформи охорони здоров'я. Ще більша частина населення не має коштів, необхідних для одержання медичних послуг у сучасних умовах, і побоюється, що впровадження страхової медицини взагалі позбавить їх можливості одержувати необхідну медичну допомогу.

У сучасних умовах охорона здоров'я сполучає в одній особі, будь то поліклініка або лікарня, і виробника послуг, і покупця тих же послуг. Держава з бюджету виділяє кошти на їх розвиток, а керівними органами системи охорони здоров'я вони розподіляються по окремих видах діяльності, регіонам і т. д. Медичні установи, діставши кошти за допомогою багаторазового розподілу, надають послуги населенню в обсязі виділених для роботи фінансів. У результаті ні пацієнт, ні лікар, що його лікує, не можуть впливати на фінансове становище медич-

ної установи. Наслідком цього є практична відсутність зацікавленості лікаря в кінцевому результаті його діяльності – здоров'я пацієнта. Крім того, існуюча система охорони здоров'я позбавлена механізму саморозвитку – конкуренції, тому необхідно відокремити покупку медичних послуг від їх виробництва, тобто фінансування послуг від їх надання. Необхідно підкреслити й специфіку надання послуг сферою охорони здоров'я. Саме завдяки цій специфіці неможливі звичайні відносини «покупець – продавець», що є ключовими в нормальній ринковій економіці. І хоча послуги сфери охорони здоров'я мають загальні риси з послугами сфери матеріального виробництва, їх специфіка вимагає трансформації традиційних відносин «покупець – продавець». Так, цілий ряд послуг є такими, що їх неможливо продемонструвати пацієнтові аж до моменту безпосереднього одержання послуги [6, с. 48]. Пацієнт не може заздалегідь знати все про споживчі властивості надаваних йому послуг у вигляді лікувально-діагностичних, реабілітаційних, профілактичних і інших заходів. Відмітною рисою медичних послуг є неоднорідність їхньої якості. Якість медичних послуг багато в чому залежить від того, хто і у яких умовах їх надає. Однак пацієнт, який не має необхідного рівня специфічних знань, не зможе самостійно зробити оптимальний вибір. Особливо слід зазначити специфіку економічного аспекту медичних послуг. У наш час нерідко зустрічається ситуація, коли лікар, починаючи від дільничного терапевта й закінчуючи вузькопрофільним фахівцем, є представником, як правило, негласно, того або іншого виробника вітчизняних, а частіше закордонних лікарських препаратів. За кожний виписаний рецепт на препарат, що просуваються лікарем на ринок, він одержує винагороду. У результаті в ланцюжку «виробник – лікар», а частіше «виробник – дилер – лікар» всі діючі особи отримують прибуток. Слід особливо зазначити, що таким способом реалізуються, як правило, дорогі лікарські препарати, а останнім часом і велика кількість недешевих харчових добавок. Пацієнтові залишається тільки одне – платити. Проконтролювати призначення одного препарату (дорогого) замість іншого (більш дешевого) він взагалі не може. Це може зробити тільки фахівець. Саме тому в традиційній для ринкової економіки відносини «продавець – покупець» в сфері охорони здоров'я повинна вклинитися третя сторона – страхова компанія, що буде відстоювати економічні інтереси хворого. І зробить вона це не в силу того, що в ній працюють більш порядні люди, а в силу власних економічних інтересів. Тому введення страхової медицини дозволить вирішити головне завдання суспільства – підвищити рівень здоров'я населення за допомогою економічних методів через реалізацію економічних інтересів всіх суб'єктів.

Інституціональні перетворення не безкоштовні. Об'єктивна необхідність підвищення рівня суспільного здоров'я вимагає додаткових витрат. Ці витрати підуть як на створення нової інституціональної структури, так і на безпосередню діяльність сфери охорони здоров'я. Нова інституціональна структура змінить рух витратних потоків і потоків доходів. Витратні потоки формуються за рахунок коштів, призначених для підтримки й зміцнення здоров'я членів суспільства. Ці кошти виділяються не тільки централізовано з держбюджету, як це було раніше, але й окремими юридичними й фізичними особами. При цьому можливі різні комбінації, складовими яких є державне страхування і страхування при-

ватне (останнє має на увазі страхування фізичних осіб і страхування юридичними особами своїх співробітників). Співвідношення між окремими складовими такої системи буде визначатися життєвим рівнем населення, тобто його платоспроможністю. По мірі росту платоспроможності населення частка добровільного приватного страхування буде зростати. Нова система взаємозв'язків у процесі відтворення здоров'я людини змінить і рух потоків доходів: будуть легалізовані тіньові доходи й створені нові спонукальні стимули для медичного персоналу. Його економічне благополуччя буде забезпечено тільки в тому випадку, коли якість медичного обслуговування буде задовольняти хворого. У результаті трансформації економічних відносин у сфері охорони здоров'я суспільство одержить здоров'я для своїх громадян, а охорона здоров'я, в особі своїх установ і конкретних фахівців цих установ, – економічний еквівалент наданих послуг у грошовому виді. При цьому кошти, які виділяє суспільство, зовсім не гарантовані окремій медичній установі й конкретному фахівцеві. З'явиться відсутня в наш час конкуренція. На рівні медичної установи запрацюють економічні стимули. Лікувати якісно, домагатися позитивного результату лікування стане економічно вигідно.

В існуючій системі суспільство змушене контролювати використання коштів, які воно виділяє на потреби охорони здоров'я. Традиційним є підхід, що визначає взаємозв'язок роботи сфери охорони здоров'я через рівень суспільного здоров'я з величиною створеного національного доходу. Основою такого роду розрахунків є сумарна кількість днів непрацездатності, що визначає величину втрат національного доходу. При цьому в якості зворотного зв'язку виступають видавані Міністерством охорони здоров'я вказівки, спрямовані на вдосконалювання медичного обслуговування з метою зменшення негативних показників рівня суспільного здоров'я. Але як показує досвід, і не тільки в сфері охорони здоров'я, жорстке централізоване регулювання не є оптимальним методом підвищення ефективності функціонування окремих господарюючих суб'єктів. У трансформованій системі обсяги такого централізованого прямого регулювання значно скорочуються. Регулюючі функції виконує сам ринок – за допомогою конкуренції й через механізм дії закону вартості. Ефективність своїх дій окремі медичні установи будуть контролювати самостійно, оскільки, виконуючи своє основне завдання по наданню населенню медичної допомоги, вони будуть прагнути до максимального залучення коштів. Реалізація ж цієї мети неможлива без постійного вдосконалення способів і методів лікування пацієнтів. У результаті підвищиться рівень суспільного здоров'я, що, у свою чергу, є додатковим потенційним фундаментом для росту національного доходу. Реформована система охорони здоров'я буде мати й новий механізм взаємодії в системі «медична установа – пацієнт». Протистояти окремим господарюючим суб'єктам на ринку медичних послуг будуть не пацієнти, як це має місце зараз, які не можуть оцінити правильність ні медичних дій, ні їхньої грошової оцінки, а такі ж професіонали, що працюють у страхових компаніях.

Слід зазначити, що суспільне здоров'я, будучи потенційно необхідною умовою для створення національного доходу, у той же час само по собі є кінцевою метою розвитку суспільства, виступаючи одним з елементів національного багатства. Тому у трансформованій системі основним завданням охорони здоров'я буде не участь у створенні національного

доходу з метою його максимізації, а досягнення максимально можливих показників суспільного здоров'я за допомогою найбільш раціонального споживання виділених суспільством коштів. У результаті суспільство одержить систему, що динамічно розвивається, на вході якої будуть виділені суспільством кошти, а на виході – показники суспільного здоров'я. Оптимальність споживання виділених коштів буде забезпечуватися внутрішнім механізмом саморозвитку, притаманним системі соціального медичного страхування. Обсяг же коштів, які виділяє суспільство на потреби охорони здоров'я, буде визначатися значимістю показників суспільного здоров'я в системі суспільних цінностей.

При реформованні системи охорони здоров'я необхідно створити нову модель, побудовану на принципах конкуренції за кращі результати. Конкуренція в охороні здоров'я повинна бути націлена на кінцевий результат і заснована на цінності медичних послуг для пацієнтів [15, с. 8]. Цінність необхідно визначати співвідношенням отриманого результату (якості лікування) із грошовими витратами на його досягнення. Вимір цінності повинен вестися на рівні окремого медичного стану. Під медичним станом розуміється певний набір медичних обставин, на які виявляється призначена для конкретного пацієнта скоординована медична допомога. Конкуренція на рівні медичних станів повинна вестися протягом усього циклу медичної допомоги, а не при окремих лікарських втручаннях, видах лікування або послугах. Наприклад, відносно недорогого оперативного втручання може привести до серйозних ускладнень, що значно збільшить сумарні витрати на лікування. І навпаки, дорогі ліки можуть бути економічно вигідними, якщо вони замінюють ще більш дорогі хірургічну операцію або запобігають тривалій реабілітації. При комплексному підході, спрямованому на підвищення цінності лікування для пацієнта, необхідно оптимізувати взаємозв'язок окремих етапів надання медичної допомоги. Такими етапами є профілактика, діагностика, лікування, реабілітація. Конкуренція на основі цінності протягом усього циклу надання медичної допомоги приведе до того, що профілактиці, виявленню й діагностиці хвороби на ранніх стадіях і спостереженню за її плином буде приділятися не менше уваги, ніж безпосередньому лікарському втручання. Необхідно створити систему спільної відповідальності всіх фахівців, що беруть участь у процесі лікування, за кінцевий результат.

**Висновки.** На нашу думку, в Україні лікарняна система потребує перебудови, але це реформування не може бути явищем одномоментним. Воно повинне пройти певні етапи, для того щоб з найменшими для суспільства втратами вписатися в систему страхової медицини. Головною метою першого етапу є створення економічних стимулів в роботі окремих лікарень і впровадження принципів конкуренції в лікарняну систему. Фінансування за принципом глобального бюджету з можливістю певної самостійності у розпорядженні виділених коштів створить у лікарень економічні стимули. Первинне виділення коштів повинно бути засновано на подушевом нормативі і надалі регулярно корегуватися з урахуванням реальної кількості хворих за звітний період (квартал). Споживачі медичних послуг повинні мати свободу вибору, що буде основою для певної конкурентної боротьби лікарень за пацієнта. На першому етапі джерело фінансування залишається колишнім – бюджет. Точкою відліку другого етапу є впровадження системи страхової медицини. Голо-

вним завданням цього етапу реформування лікарняної системи є відділення постачальників фінансових ресурсів від постачальників медичних послуг. Для здійснення своєї професійної діяльності лікарні одержуватимуть фінансові кошти від страхових компаній. Таким чином, буде введено жорсткий фінансовий контроль за послугами лікарень з основних параметрів: якості і об'єму. На другому етапі фінансування лікарняної системи повинно стати двоканалним. До колишнього джерела – коштам з бюджету – додаються гроші страхових організацій.

Другий етап реформування, у свою чергу, можна розділити на два часові відрізки. Спочатку перебудови лікарняної системи з тієї частини державного бюджету, яка призначена для розвитку сфери охорони здоров'я, шляхом централізованого перерозподілу виділятимуться кошти для придбання устаткування і капітального будівництва лікарень. Поточні потреби лікарень покриватимуться за рахунок коштів страхових компаній. Ми пропонуємо створити систему обов'язкового соціального медичного страхування з єдиним центром. В лікарняному бюджеті кошти з центру обов'язкового соціального медичного страхування можуть бути доповнені фінансами компаній добровільного медичного страхування. Надалі, для підвищення ефективності роботи всієї системи охорони здоров'я слід перетворити єдиний центр в декілька регіональних страхових компаній. При цьому регіональні страхові компанії акумулюватимуть як власні кошти, так і бюджетні гроші, виділені їм на принципах подушевого нормування. Таке реформування дозволить лікарняній системі більш гнучко реагувати на потреби регіонів, що постійно змінюються, і підвищить ефективність її роботи.

У рамках нової стратегії розвитку галузі охорони здоров'я в Україні необхідно створити такі умови, в яких окремі суб'єкти специфічних відносин по збереженню й відновленню здоров'я, керуючись власними, насамперед економічними інтересами, будуть працювати на благо всього суспільства, підвищуючи рівень суспільного здоров'я. У всіх суб'єктів цих відносин повинна бути єдина ціннісна орієнтація – здоров'я пацієнтів. Необхідно створити нову систему охорони здоров'я, побудовану на принципах страхової медицини. Страхування має носити обов'язковий і загальний характер. Побудова системи соціального страхування повинна бути такою, щоб змусити конкурувати за кінцевий результат (здоров'я пацієнтів) всіх учасників відносин по відновленню здоров'я.

Виділимо окремі сегменти конкурентних відносин. Перший сегмент – це конкуренція серед постачальників медичних послуг. Вона повинна починатися з первинної ланки – дільничного або сімейного лікаря. На нашу думку, більше прийнятна назва «лікар першої інстанції». Таке формулювання адекватно відображає суть явища (перший лікар, до якого звертається пацієнт) і не пов'язана з регіональними або іншими ознаками. Пацієнт має право звертатися до будь-якого лікаря, що має право займатися такого роду діяльністю. Як показує досвід інших країн, звертання до лікарів первинної інстанції відбувається в масштабах округу проживання, однак можливі й звертання до лікарів інших регіонів. Слід зазначити, що для впровадження принципів конкуренції серед постачальників не обов'язково необхідна наявність споживчого вибору. Іноді буває досить публічного оприлюднення результатів діяльності окремих суб'єктів (лікаря, поліклініки, лікарні). Лікарі первинної інстанції при необхідності будуть направляти пацієнтів для подальшого лікування в

лікарні. Лікарі повинні мати право вибору, а це означає, що лікарні вступають у конкурентну боротьбу за пацієнтів. Це другий сегмент конкурентних відносин у сфері охорони здоров'я. Впровадження конкуренції змінить модель поведінки лікарень. Вони почнуть оприлюднювати дані про результати лікування, що дасть можливість лікарям первинної інстанції робити оптимальний вибір постачальника й видів лікування. Такий підхід, що вимагає від лікарень досягнення найвищих результатів, змусить їх спеціалізуватися на одному або декількох медичних станах. Лікарні наростять потужності в лікуванні тих видів захворювань, де вони мають пріоритети стосовно конкурентів. У результаті досить імовірно закриття деяких лікарень. У такий спосіб суспільство зможе більш ефективно використовувати кошти, виділені на функціонування сфери охорони здоров'я, уникаючи дублювання витрат і нарощування надлишкових потужностей. Особливо слід відзначити, що фундамент такої системи вже існує у діючій системі охорони здоров'я, в якій функціонують великі спеціалізовані медичні центри. Невеликі сільські та районні лікарні перестануть бути повністю автономними і почнуть тісно співпрацювати зі спеціалізованими регіональними центрами. Останні, в свою чергу, при потребі зможуть значно поширити територіальну сферу свого впливу. Боротьба за пацієнта, орієнтація на кінцевий результат – здоров'я хворого підвищить вимоги до якості використаних лікарських препаратів. А це означає, що їх виробники будуть брати на себе долю відповідальності за результати лікувальної діяльності.

Третім сегментом конкурентних відносин є відносини між страховими організаціями. На першому етапі реформ необхідно створити єдину недержавну страхову організацію. Таким чином ми відокремимо постачання медичних послуг від їх фінансування. В подальшому у сфері обов'язкового соціального медичного страхування буде створено декілька страхових організацій. Окрім цього, з'являться страхові організації, які будуть функціонувати у сфері приватного страхування. Конкурентне середовище спонукає страховиків переглянути свої стратегії. Їх орієнтація буде спрямована на досягнення найбільшої цінності для пацієнтів. Саме тому вони будуть прискіпливо контролювати процес лікування з фінансової точки зору, орієнтуючись на максимізацію корисності для пацієнта в перерахунку на одиницю витраченої гривні.

Впровадження конкурентного середовища на всіх етапах процесу відновлення здоров'я пацієнта значно підвищить ефективність надання медичної допомоги. Конкурентна система через дію економічних законів призведе до відбору найбільш ефективних методів лікування та найефективніших постачальників медичних послуг. Прогрес у сфері лікування перестане залежати лише від результатів дій якихось окремих лідерів, він стане постійним явищем. Споживачі медичних послуг отримають максимальні результати на кожен витрачений гривню, що дозволить в цілому підняти рівень суспільного здоров'я в Україні. Впровадження такої моделі буде сприяти поліпшенню якості й зниженню вартості медичного обслуговування, що, в остаточному підсумку, підвищить суспільну ефективність функціонування всієї системи охорони здоров'я. Відзначимо, що конкуренція повинна мати місце не тільки на місцевому, але й на регіональному та національному рівнях.

Фінансування запропонованої системи охорони здоров'я повинно здійснюватися з двох джерел:

податків і внесків до фонду обов'язкового соціального медичного страхування. Перша частина є виділенами з державного бюджету коштами на розвиток охорони здоров'я. Навряд чи в нинішній ситуації можливо цільове реформування системи оподаткування виходячи тільки з потреб і особливостей сфери охорони здоров'я. Тому сам механізм виділення коштів і принципи формування їх розміру залишаться колишніми. Друга складова бюджету охорони здоров'я формуватиметься за рахунок внесків до фонду обов'язкового соціального медичного страхування. Внески повинні здійснюватися з дотриманням принципу горизонтальної справедливості, тобто пропорційно доходам громадян. Під доходами повинна розумітися та ж база, що і при оподаткуванні. На первинному етапі впровадження системи соціального медичного страхування можливо, для спрощення системи розрахунків, стягування внесків з працюючого населення пропорційно рівню заробітної платні. Ставки внесків для працюючих по найму і не по найму повинні бути однаковими. Вони повинні бути однаковими і для всіх регіонів країни. Внески розподіляються між працюючими і працедавцями. Пропорції треба визначати ступенем шкідливості умов роботи. Чим більше шкідливість роботи, тим вище частка працедавця. За непрацююче населення внески повинна сплачувати держава. Внески для пенсіонерів також розпадаються на дві частини: частка пенсіонера і частка Пенсійного фонду. Розміри пропорції необхідно визначати співвідношенням рівня пенсії і мінімального прожиткового рівня. При існуючому рівні пенсій внески за переважну частину пенсіонерів платитимуть пенсійні фонди. Платежі готівкою (на розвиток поліклініки, лікарні і т. п.), що мають місце в даний час, необхідно скасувати, оскільки вони носять явно виражений регресивний характер і є важким тягарем для бідних верств населення.

Ми вважаємо, що в цей час, у силу об'єктивно сформованих обставин, ініціатором інституціональних перетворень у сфері охорони здоров'я повинна виступити держава. Трансформація економічних відносин має розпочатися із впровадження обов'язкового

медичного страхування. Це буде фундаментом і одночасно каталізатором подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я.

#### БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК:

1. Ходжсон Дж. Экономическая теория и институты / Дж. Ходжсон – М.: Дело, 2003, – 464 с.
2. Бьюкенен Дж. Границы свободы. Между анархией и левиафаном / Дж. Бьюкенен. Сочинения. – М.: Таурус Альфа, 1997. – 560 с.
3. Knight J. Institutions and Social Conflict. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. – 234 p.
4. Экономическая энциклопедия / Науч.-ред. совет изд-ва «Экономика»; Ин-т экон. РАН; гл. ред. Л.И. Абалкин. – М.: ОАО «Издательство «Экономика», 1999. – 1055 с.
5. Ойкен В. Основные принципы экономической политики / В. Ойкен – М.: Прогресс, 1995. – 496 с.
6. Акоюн А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.Л. Экономические проблемы здравоохранения / [А.С. Акоюн, Б.А. Райзберг, Ю.Л. Шиленко] – М.: ИНФРА-М, 2000. – 191 с.
7. Каминская Т.М., Громов В.А. Об особенностях менеджмента в медицинских организациях / Т.М. Каминская, В.А. Громов // Экономика развития. – 2007. – № 3(43) – С. 41–43.
8. Mastilica, M. and Bozиков, J. (1999) Out-of-pocket payments for health care in Croatia: implications for equity, *Croatian Medical Journal*, 40(2): 152–9.
9. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт / [С.В. Шишкин (рук. колл.), Г.Е. Бесстремная, М.Д. Красильникова и др.] – М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. – 248 с.
10. Клямкин И., Тимофеев Л. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование / И. Клямкин, Л. Тимофеев – М.: РГГУ, 2000. – 165 с.
11. Chawla M., Berman P., Kawiorska D. Financing Health Services in Poland: New Evidence in Private Expenditures. Harvard School of Public Health, 1999.
12. Kornai J. Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary. Budapest: CEU Press, 2000.
13. Healy J., McKee M. (1997). Health Sector Reform in Central and Eastern Europe // *Health Policy and Planning*. 12(4). – P. 286–295.
14. Сатаров Г. Диагностика российской коррупции: социологический анализ. Краткое резюме доклада / Г. Сатаров – М.: Фонд ИНДЕМ, 2002.
15. Портер Майкл, Тайсберг Элизабет Ольмстед. Переосмысление системы здравоохранения / Майкл Портер, Элизабет Ольмстед Тайсберг – К.: Издательство Алексея Капусты, 2007. – 620 с.