

Мисловська І. С.,
к.е.н., доц. кафедри філософії та економіки, Львівський національний медичний університет
імені Д. Галицького, м. Львів

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ФОРМУВАННЯ ВАРТОСТІ ТА ЦІНИ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ

Анотація. У статті проаналізовано деякі аспекти формування вартості і ціни медичної послуги та сучасні тенденції розвитку системи ціноутворення в медичній галузі. Описано особливості охорони здоров'я як галузі ринкової економіки й медичної послуги як товару. У статті розглянуто проблеми, притаманні нинішньому етапу розвитку вітчизняного ринку медичних послуг. Обґрунтовано доцільність вивчення і застосування позитивного світового досвіду формування ціни медичної послуги. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на розробку організаційних та економічних механізмів, що забезпечують ефективне ціноутворення в системі охорони здоров'я України.

Ключові слова: вартість, ціна, послуга, медична послуга, система охорони здоров'я, маркетинг, маркетинг охорони здоров'я.

Myslovska I. S.,
Ph.D., Associate Professor, Associate Professor of the Department of Philosophy and Economics,
Lviv National Medical University named after D. Galitskiy, Lviv

MODERN TRENDS IN COST AND PRICE FORMATION OF MEDICAL SERVICE

Abstract. Some aspects of cost and price of medical service and current trends in pricing in the health care system have been considered. The features of health sector as a branch of market economy and medical service as a commodity have been examined. The article considers a number of problems, determining the current state of the domestic market of medical services. The reasonability of study and application of positive international experience of pricing of medical services have been substantiated. Further research should focus on developing organizational and economic mechanisms to ensure the effective pricing in the health care system of Ukraine.

Keywords: cost, price, service, medical service, health care system, marketing, healthcare marketing.

Постановка проблеми. В сучасних умовах ринкової системи економіки для нашого суспільства постає надзвичайно важливе завдання: сформувати ефективний механізм функціонування і розвитку охорони здоров'я як однієї з найважливіших соціальних галузей на основі ринкових відносин. У цьому контексті особливу роль відіграє процес ціноутворення в медичній галузі. Необхідно сформувати нові критерії оцінки вартості та ціни медичної послуги як дієвого мотиваційного фактора діяльності медичних закладів, з одного боку, і ефективного споживання населенням послуг галузі охорони здоров'я, з другого боку. Адже здоров'я людини – це одна з основних соціальних цінностей. Тому діяльність медичних закладів на ринкових засадах не повинна підпорядковуватися суто економічним цілям – отримання максимального прибутку, здобуття перемоги в жорсткій конкуренції тощо, але слід враховувати і соціальні цілі – надавати лише якісні медичні послуги, сприяти покращенню стану здоров'я населення.

Формування ефективного механізму ціноутворення у сфері надання медичних послуг в Україні передбачає вивчення і вдале використання існуючого досвіду цивілізованих країн світу, виступаючи важливою складовою соціально-економічного розвитку.

Аналіз існуючих наукових праць із ціноутворення свідчить про те, що вивчення сучасних тенденцій і особливостей формування ціни медичної послуги перебуває на стадії розвитку та пошуку.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Теорія ціноутворення пройшла в своєму розвитку декілька етапів. Вагомий внесок в цю теорію здійснили такі відомі економісти, як Адам Сміт, Давід Рікардо, М. Туган-Барановський, Альфред Маршал та деякі інші вчені. Трудову теорію вартості представляли класики буржуазної й марксистської політичної економії: Франсуа Кене, Адам Сміт, К. Маркс і Ф. Енгельс. В основу цієї теорії покладено ідею, що рівень цін товарів визначається витратами на їх виробництво.

Маржиналістська (marginal – граничний) концепція ціни, яку представляли У.С. Джевонс, С. Бем-Бевек, К. Менгер, Л. Вальрас та інші економісти XIX ст., була протиставлена трудовій теорії вартості. Маржиналісти намагалися відкинути теорію вартості, що розглядала її з боку затрат праці. Вони категорично стверджували, що в оцінці блага необхідно виходити не з величини затрат на його виробництво, а з його корисності та рідкості. На думку маржиналістів, цінність блага залежить виключно від його корисності. Маржиналістська теорія граничної корисності, як і трудова теорія вартості, виявилася однобічною і недостатньою для побудови наукової теорії цін.

Маржиналістська теорія граничної корисності, як і теорія вартості, що ґрунтується на праці, була використана англійським економістом Альфредом Маршалом для створення загальної теорії ціни. В своїх теоретичних побудовах А. Маршал еkleктично поєднав суб'єктивну граничну корисність із затратами виробництва. Він вважав, що корисність і затрати органічно поєднуються.

Принцип граничної корисності було покладено в основу неокласичної теорії, що передбачає необхідність обміну з урахуванням не тільки корисності блага, але й затрат виробництва. Неокласики пішли шляхом узгодження двох теорій: теорії граничної корисності та трудової теорії вартості. Такий підхід втілений у підручнику “Економікс” Поля Самуельсона – відомого американського економіста [1].

Маржиналістська концепція граничної корисності покладена в основу сучасної теорії споживчого вибору, яка, в свою чергу, дозволяла дістатися основним мотивам економічної поведінки споживача. В ринковій економіці важливо визначити економічні інтереси споживачів. Для цього необхідно спробувати з позицій споживача оцінити і порівняти корисність благ і, відповідно, визначити, що він буде купувати на ринку.

У сучасній західній літературі широкого розповсюдження набула багатofакторна теорія ціни. Зокрема, такими факторами називають витрати виробництва, продуктивність праці, наявність циклів в економіці, стан грошового обігу, співвідношення попиту і пропозиції, характер державного регулювання та ін. Проте в цій теорії необґрунтовано відкидається вартість (цінність) як вирішальний фактор ціноутворення, що акумулює в собі низку інших більш конкретних факторів.

Системний аналіз ціноутворення в охороні здоров'я як особливій галузі здійснили такі вчені, як Магуайр Елістер і Гендерсон Джон [2].

Цікавим представляється також аналіз сучасних стратегій у реформуванні системи охорони здоров'я в Європі, проведений Салманом і Фігейрасом [3].

У вітчизняній економічній науці проблемі ціноутворення приділяється важлива роль у дослідженнях багатьох учених: А. Гальчинського, О. Гоша, І. Лукінова, М. Павлишенка, Б. Пасхавера, В. М. Пономаренка, П. Саблука, Д. Олійника, Ю. Шпичака, Л. Шкварчук та інших. Проте значна частина наукових праць вітчизняних вчених із проблем ціноутворення орієнтована на механізм формування і

реалізації ефективної цінової політики. При цьому питанню пошуку та економічного обґрунтування підходів до формування ціни на медичну послугу як специфічний товар не приділено належної уваги. Дана проблема не знайшла достатнього висвітлення у спеціальній економічній літературі та потребує подальшого вивчення.

Постановка завдання. Метою дослідження є аналіз діючої системи ціноутворення в сфері надання медичних послуг, обґрунтування можливості для її вдосконалення на основі використання світового досвіду.

Вклад основного матеріалу дослідження. Практика ціноутворення постійно змінюється. За часів командно-адміністративної системи радянської економіки ціни встановлювалися державою через спеціально призначений для цієї мети орган – Державний комітет по цінах з філіями у республіках і на місцях. Він здійснював контроль за додержанням усіма підприємствами й організаціями встановлених цін, застосовуючи проти порушників економічні санкції. Модель планового ціноутворення базувалася на теорії суспільно необхідних затрат праці як основи ціни, згідно з якою остання повинна визначатися на базі середньогалузевої собівартості продукції, до якої додається у певному процентному відношенні сума прибутку. Однак на практиці формування цін зводилося до того, що кожен виробник за їх основу брав індивідуальну собівартість, до якої і додавав регламентований державою розмір прибутку, що вимірювався в певній незмінній процентній величині. При такому підході підприємство відшкодовувало через ціну фактичні витрати. Цим створювалися передумови для зацікавленості виробників у збільшенні витрат виробництва, оскільки чим більшим був розмір собівартості як основи обчислення ціни, тим більшим був і абсолютний розмір прибутку. Така практика формування ціни породила затратний характер усього господарського механізму, що негативно позначалося на ефективності економіки.

Сучасна економічна політика України в умовах ринкової системи спрямована на лібералізацію процесу ціноутворення. Жорсткому ціновому регулюванню підлягає сьогодні досить вузьке коло товарів і послуг, найбільш життєво важливих для людини і базових для економіки: електро-, водо-, газо-, теплопостачання, вартість житлово-комунальних послуг, транспортні тарифи та ін. Отже, внаслідок цінової лібералізації більшість цін формується вільно, однак із урахуванням високого ступеня монополізму, що зберігається і нині. Проте поряд із ринковими методами встановлення цін (метод, орієнтований на попит товару, метод поточної ціни тощо) існують і затратні (калькуляційні) методи ціноутворення (на основі реальних затрат).

Розглянемо специфіку ціноутворення в охороні здоров'я. Аналіз проблеми ринкових перетворень у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок, що для забезпечення необхідного рівня медичних послуг необхідні значні інвестиції в цю галузь. А як

відомо, медична галузь не належить до тих, де капітал обертається швидко. В даній галузі величина постійних витрат дуже велика і віддача від вкладеного капіталу з'являється не відразу, й навіть не через рік-два. Враховуючи великий рівень ризику в країні, нестабільну ситуацію в економіці, не повністю сформоване законодавство, брати на себе таку відповідальність інвестори не хочуть. У найкращому стані на сьогодні опинилися галузі, де необхідний стартовий капітал є невеликим, швидко обертається і прибутки є стабільними. Відносно малу суму (від \$2 тис. дол. до \$50 тис. дол. у залежності від послуг) найпростіше і найвигідніше, як показує досвід, вкласти в стоматологію. Мінімальний стартовий капітал для відкриття стоматологічного кабінету становить \$2000: \$500 за реєстрацію, \$400 для отримання ліцензії, за \$500 у країнах Західної Європи можна купити вживане стоматологічне крісло, в таку саму суму обійдеться місячний запас матеріалів і медикаментів. Оренда і комунальні послуги – ще в \$100 щомісяця. Але рентабельність стоматологічних послуг не є високою: наприклад, у терапевтичній стоматології вона сягає близько 10% (за винятком елітних клінік).

Привабливими для вкладання стають і такі галузі, як-от рефлексотерапія, для якої необхідні невеликі вкладення (близько \$500), і куди люди, не маючи коштів на професійну допомогу, звертаються до дешевшої нетрадиційної медицини. Для приватних клінік усе значно складніше: обладнана машина “швидкої допомоги” коштує \$100 тис., а ціна послуги, що надається на її основі, – лише \$50. Ясно, що тут вкладення повернуться не скоро.

Стоматологія – найбільш приватизована галузь медицини, де діють і напівприватні кабінети, і великі клініки. Попит на стоматологічні послуги як ринковий важіль ціноутворення традиційно високий. Із 1991 року на ринку стоматологічних послуг почали з'являтися приватні стоматологічні заклади, і сьогодні їх частка сягнула понад 70%. Серед солідних та потужних стоматологічних закладів у Львові – клініка Я. Заблоцького, “Пародент”, клініка “ММ” (центр імплантології). Кожен заклад поставав по-різному, однак схожі вони тим, що мають невеликий штат працівників (від 8 до 30 осіб), 6-12 кабінетів, трапляються й такі, що працюють лише “на двох кріслах”. Як правило, застосовуються сучасне імпортне обладнання та матеріали високої якості. Засновниками більшості приватних клінік є фірми, які раніше займалися торговельною діяльністю, зокрема продавали стоматологічне обладнання та матеріали. Подібна доля у київських стоматологічних закладів: “Дента-Люкс” (офіційного дистриб'ютора японської фірми GC), “Ренесанс” (біля її витоків – фірма “ТЗК”), “Меділайф”.

Щодо цін, то у приватників-нелегалів, які суміщають приватну практику з роботою в державних клініках, встановлення металокерамічного зубного протеза коштує до \$100, в елітних клініках – від \$200. Відповідний і рівень рентабельності – від 30% на 1 крісло у напівлегальних кабінетах до 1000% і більше – в дорогих клініках. В ортодонтії ціна брекет-системи на 1 щелепу сягає \$300, в імплантології

одиниця імпланту коштує \$600-\$800 і навіть \$1000, це найбільш прибуткова галузь стоматології, бо вона монополізована.

Зрозуміло, що такі ціни на стоматологічні послуги в приватних стоматологічних закладах не відповідають доходам більшості українців. Характеризуючи нееквівалентність обміну в нашій економіці із застосуванням ринкових цін, український учений М. Павлишенко зазначав: “...одна година «лікування зуба» у стоматолога коштує половини місячної зарплати робітника, а 10-хвилинна проста чоловіча стрижка у перукарні – 3,5 години праці робітника” [4].

Хоча офіційно медицина в Україні не є платною, стоматологи від цієї догми відмовилися вже давно, і не лише в приватних клініках, а і у деяких державних. На нашу думку, має бути політика диференціації цін як прояв маркетингової стратегії й ринкових важелів формування ціни. Колегія МОЗ затвердила три основні якості з надання стоматологічних послуг: вищій, середній та найнижчий. За кордоном подібна система діє вже давно. В Україні лише з переходом до ринкових відносин вона почала офіційно запроваджуватися. Лікування за першим рівнем (дороге імпортне обладнання, сучасні медпрепарати тощо) обійдеться дорого, але ж і якість надання послуг має бути високою. Найдоступніший – третій стандарт (дешеві матеріали, старе обладнання, послуги надаються безоплатно або за дуже низьку ціну). Передбачається, що на пільгових умовах послугами стоматолога мають користуватися пенсіонери, діти та інваліди. За них повинні платити соціальні служби. Окремі види стоматологічних послуг, зокрема профілактичні та невідкладну допомогу, мають надавати безкоштовно всім пацієнтам.

Отже, приватна медицина, у т.ч. стоматологія, має великий потенціал в Україні й виступає досить конкурентоздатною.

Традиційну державну медицину безпідставно назвати конкурентоздатною, бо на сьогодні її майже не існує. В усіх державних стаціонарах під видом “добровільної” пожертви оформлюється певна сума грошей, без якої перебування у стаціонарі неможливе.

В Україні вивчається можливість впровадити три форми медицини: державну, приватну і страхову. На відміну від перших двох, остання форма в Україні ще не діє, хоча певні розробки в цьому напрямку вже існують; страхова медицина повинна сприяти підвищенню ефективності вітчизняної охорони здоров'я.

Проблема невідповідності розмірів фінансування державою охорони здоров'я, комплексу послуг, надання яких гарантується населенню, існує не тільки в Україні, але й у всіх постсоціалістичних країнах. Наприклад, в Естонії вказана проблема виникла через більш високі темпи росту внесків на обов'язкове медичне страхування. У Болгарії, Польщі, Румунії проблема незбалансованості наявних коштів та гарантій держави в галузі охорони здоров'я була ще гострішою, тому що в цих державах не тільки медична допомога, але й ліки надавалися населенню безкоштовно. Одним із шляхів вирішення проблеми в такій ситуації є зміна зобов'язань держави щодо

надання безкоштовних медичних послуг населенню. Деякі країни Центральної та Східної Європи встановлювали певну вартість медичних послуг. В Естонії використовували платню у розмірі 5 ест. крон (\$0,4) за кожне відвідування лікаря. В Чехії ще у 1997 році уряд ввів плату за лікарняне обслуговування в розмірі 80 крон (\$2,3) за день перебування в лікарні та оплату швидкої допомоги – 50 крон за виклик. У Польщі та Румунії введені платні ліки. У Латвії в 1995 році уряд прийняв рішення про встановлення часткової оплати медичних послуг (до 25%). В Україні слід використовувати цей досвід, враховуючи, що фінансування державою охорони здоров'я здійснюється по залишковому принципу, і коштів вочевидь не вистачає.

Слід проаналізувати не тільки специфіку охорони здоров'я як галузі ринкової економіки, але і медичної послуги як особливого виду послуг. Аналіз економічної природи здоров'я й охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про те, що купівлі-продажу підлягає не саме здоров'я, а послуги з охорони здоров'я. Такий висновок зробили автори книги "Економіка охорони здоров'я" Магуайр Е. і Гендерсон Дж. [2]. Таким чином товаром є охорона здоров'я, а здоров'я як таке може бути характерною рисою цього товару. Охорона здоров'я хоча і не відрізняється від інших товарів докорінно, проте має декілька особливостей, пов'язаних із її споживанням.

Характерною особливістю охорони здоров'я є рівність у споживанні її послуг: 1) тип рівності – вертикальний (між суспільно-економічними групами); 2) тип – горизонтальний (у географічній площині). Ще однією особливістю охорони здоров'я є незнання споживачем-пацієнтом суті та ефективності всіх можливих способів лікування, а також подробиць стану власного здоров'я, що, в свою чергу, спричиняє невизначеність при прийнятті рішень про лікування. Адже медична послуга невідчутна, її результат може проявитися не відразу після надання її хворому, а з часом і не відповідати ціні, що він уже заплатив. Маркетинг охорони здоров'я повинен враховувати вищевказані особливості.

Складність запровадження ринкових механізмів в охороні здоров'я диктує необхідність планування розміщення коштів, а відтак – і економічної оцінки. Остання вимагає вимірювання прибутків у системі охорони здоров'я для найдосконалішого використання наявних ресурсів. Вимірювання й оцінка результатів діяльності неринкового характеру є помітними особливостями застосування економічного підходу до охорони здоров'я. За цих умов суспільне управління ресурсами через державні інститути може забезпечити досягнення більшої корисності, ніж вдалося б добитися максимізацією особистої вигоди. Отже, розміщення ресурсів у системі охорони здоров'я вимагає залучення не тільки ринкових, а й інших механізмів, зокрема державного регулювання. Так, Л. Шкварчук справедливо зазначає: "За останні 150 років уряди багатьох держав вдавалися до різних заходів з метою регулювання цін, і на сьогоднішні заходи впливу на ціноутворення стали не-

від'ємною складовою системи державного регулювання економіки" [5]. Особливо важливим видається державне регулювання цін у соціальній галузі №1 – охороні здоров'я.

Специфіку мають і відносини, які виникають між пацієнтом і лікарем. Необізнаність при прийнятті рішень спонукає пацієнта уникати відповідальності за їх наслідки, перекладаючи її на лікаря. Такі особливості займають чільне місце у так званих "відносинах агентства", коли лікар виступає як агент, який діє на користь і в інтересах пацієнта, і одночасно як постачальник медичних послуг. Для уникнення можливостей щодо використання лікарем у своїх інтересах готовності пацієнта платити (тобто для наповнення поняття фахової етики реальним змістом) застосовується механізм оплати медичних послуг третьою стороною. Це віддаляє відносини між лікарем і пацієнтом від аспекту "ціна-ресурси". Третьою стороною можуть виступити адміністрація лікарні, керівництво вищих рівнів управління охороною здоров'я, медичні менеджери, страхові організації. При цьому значну роль відіграє самоврядна медична фахова корпорація. Відокремлення лікарських гонорарів від фінансової системи лікарні, яка є засобом утримання лікаря від міркувань про наслідки призначеного ним лікування для загальних ресурсів, також сприяє тому, що він у своїй діяльності надає перевагу медичним завданням над економічними.

Для реформування охорони здоров'я в Україні слід вивчати і по можливості застосовувати досвід економічно розвинутих країн світу. Так, британська система охорони здоров'я, в якій провідну роль відіграє держава, на наш погляд, може слугувати певним орієнтиром у реформуванні української медичної галузі, адже ця риса характерна і для неї. Вдалою системою охорони здоров'я вважається і канадська, що спирається на національне медичне страхування, де основні витрати покриваються центральним і регіональними бюджетами, а також надходженнями з приватних джерел. Частка ж самого пацієнта у безпосередній оплаті медичних витрат не є великою.

Цікавим, на нашу думку, виступає досвід розвинутих країн у формуванні вартості й ціни медичної послуги на основі багатофакторної системи аналізу (multiple factors system). Наприклад, заробітна плата лікаря як важлива складова вартості й ціни медичної послуги, визначається на основі багатьох чинників (спеціалізація лікаря, досвід, стаж роботи, складність виконуваної роботи, якісні кінцеві результати діяльності, відношення до хворих, соціальні чинники тощо). Так, заробітна плата звичайного хірурга у США становить \$10000, а нейрохірурга – вдвічі більше – \$20000. Багатофакторні системи заробітної плати лікаря, які практикуються в розвинутих країнах світу, призводять до значної диференціації доходів лікарів, але водночас формують зацікавленість у результатах праці, стимулюють самовдосконалення лікаря і покращення якості медичної послуги. В Україні ж до недавнього часу була практично відсутня диференціація в оплаті праці медичних працівників: у державних медичних закладах різниця між заробітною платою лікаря-інтерна і хірурга

вищої категорії складала лише 100 гривень. А відтак заробітна плата як вартість і ціна товару “робоча сила лікаря” не виконувала стимулюючої функції. Більше того, абсолютний рівень заробітної плати лікаря в державних медичних закладах настільки низький, що зарплата не відображає вартість робочої сили лікаря, адже лікар – це один із найдорожчих фахівців, на його підготовку держава витрачає значно більше коштів, ніж на інших спеціалістів. Проте в розвинутих країнах лікар виступає одним із найбільш високооплачуваних фахівців, його заробітна плата адекватно виконує і відтворювальну, і стимулюючу функції.

Розвиток приватної й страхової медицини передбачає функціонування охорони здоров'я на основі ринкових відносин. До їх суб'єктів відносяться і медичні працівники, і пацієнти. “Зрівнялівка” та деіндивідуалізація у підході до лікаря як стереотипи адміністративно-командної економіки повинні відійти у минуле, сьогодні все більш вагому роль мають відігравати саме конкурентні засади, творча ініціатива та інші ринкові важелі. Діяльність, пов'язана з хворими людьми, вимагає чіткої регламентації у встановленні відношення “працівник охорони здоров'я – пацієнт”. В основу оцінки праці лікаря повинні покладатися не тільки кількісні, але й якісні кінцеві результати його діяльності: не кількість операцій, а кількість вдало прооперованих і вилікуваних людей, гуманне відношення лікаря до хворого тощо. Феномен “доброго” і “поганого” лікаря як прояв певного суб'єктивізму може суттєво впливати на формування іміджу самого лікаря і, відповідно, ціни медичної послуги. Адже високий попит на отримання медичної послуги від висококваліфікованого і чуйного лікаря може сприяти підвищенню ціни такої послуги.

Необхідно також вивчати досвід маркетингових технологій ціноутворення у медичній галузі, які практикуються в розвинутих країнах. Маркетингові служби складають там тактику і стратегію ціноутворення на основі трьох основних параметрів: 1) внутрішня структура витрат медичного закладу по кожному виду послуг, групі послуг чи споживачів; 2) “споживацька чутливість” і те, як споживачі цінять унікальні якості послуг саме даного закладу; 3) становище між конкурентами, за виключенням потенційної можливості й стратегії. Отже, рентабельна політика ціноутворення потребує розуміння взаємодії трьох сил – витрат, споживачів та конкурентів, – забезпечення водночас їх оптимального поєднання.

Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі. Проаналізовані тенденції формування вартості й ціни медичної послуги в сучасних умовах реформування охорони здоров'я суттєво впливають на ступінь ефективності цієї важливої соціальної галузі. Результати дослідження свідчать про специфіку охорони здоров'я як галузі ринкової економіки і медичної послуги як виду послуг, що має бути враховано в механізмі ціноутворення.

У розробці нових критеріїв оцінки вартості й ціни медичної послуги слід враховувати два визначальні підходи: 1) доцільність їх з точки зору економічної ефективності; 2) доцільність з точки зору соціальних цілей. Узгодження цих двох аспектів – надзвичайно складне завдання в конкретній практиці формування ціни медичної послуги вітчизняних медичних закладів. Проблема полягає в тому, що гонитва за максимально високим прибутком не може бути основною метою діяльності закладів охорони здоров'я, економічні цілі повинні підпорядковуватися соціальним цілям – наданню високоякісних медичних послуг і покращенню здоров'я населення, задоволенню споживацьких потреб, узгодженню інтересів надавача і споживача медичної послуги, чіткому правовому забезпеченню і гарантії якісного обслуговування пацієнтів.

Вивчення і вдале застосування існуючої в розвинутих країнах багатofакторної системи формування ціни медичної послуги сприятиме підвищенню ефективності діяльності вітчизняних закладів охорони здоров'я. Важливу роль у досягненні цієї мети повинна відіграти держава. Саме держава, створюючи дієвий механізм регулюючої цінової політики, долаючи неадекватність доходів населення і цін на медичні послуги через індексацію доходів та інші важелі регулювання, має позитивно вплинути на процес ціноутворення в медичній галузі. Результатом цього процесу стане досконалий механізм ціноутворення у вітчизняній системі охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Самуельсон П. Економіка: підручник / Самуельсон П.; [пер. з англ.]. – Львів : Світ, 1993. – 496 с.
2. Магауйр Елістер Економіка охорони здоров'я : Вступний курс / Магауйр Елістер, Гендерсон Джон, Муні Гевін; [пер. з англ.]. – К. : Основи, 1998. – 313 с.
3. Салман Р. Б. Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Салман Р. Б., Фигейрас Дж.; [пер. с англ.]. – М. : ГЭОТАР “Медицина”, 2000. – 432 с.
4. Павлишенко М. Еквівалентний обмін – основа ринкової економіки / М. Павлишенко // Економіка України. – 2007. – № 10. – С. 89-93.
5. Шкварчук Л. О. Ціноутворення: підручник / Л. О. Шкварчук. – К. : Кондор, 2006. – 460 с.

REFERENCES

1. Samuel'son P. (1993), *Ekonomika*, L'viv, Svit, 496 s.
2. Mahuajr Elister, Henderson Dzhon and Muni Hevin (1998), *Ekonomika okhorony zdorov'ia : Vstupnyj kurs*, Osnovy, K., 313 s.
3. Salman, R. B. and Figejras Dzh. (2000), *Reformy sistemy zdavoohranenija v Evrope. Analiz sovremennyh strategij*, GJeOTAR “Medicina”, M., 432 s.
4. Pavlyshenko M. (2007), *Ekvivalentnyj obmin – osnova rynkovoї ekonomiky*, *Ekonomika Ukrainy*, № 10, s. 89-93.
5. Shkvarchuk, L. O. (2006), *Tsinoutvorennia*, Kondor, K., 460 s.