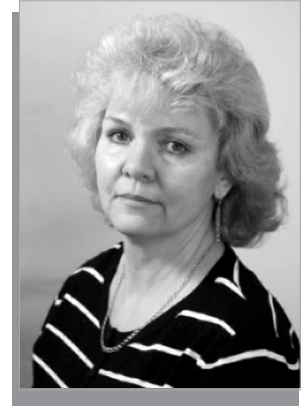


УДК 330.1:364.3:61(477)

DOI: 10.31359/2411-5584-2018-32-1-113

Т. М. КАМІНСЬКА

доктор економічних наук, професор,
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного університету
імені Ярослава Мудрого, Україна, м. Харків
e-mail: kamtm@ukr.net
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1359-834X>



АНАЛІЗ ФІНАНСОВИХ РИЗИКІВ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ¹

Стаття присвячена аналізу оптимістичного, песимістичного і найбільш імовірного прогнозу першого етапу медичної реформи в Україні та її фінансових ризиків. Обґрунтовано умови та запропоновано заходи, які дозволяють мінімізувати ризики формування ринку державних первинних медичних послуг.

Ключові слова: ринок медичних послуг, сімейний лікар, фінансування, менеджер.

JEL Classification: J38.

Постановка проблеми. Структурна перебудова охорони здоров'я, яка передбачає випереджальний розвиток первинної медицини у порівнянні з вторинною і третинною, є загальносвітовим трендом. Вона є менш затратною, тут краще вирішується проблема асиметрії інформації про якість лікування, а сімейні лікарі більше мотивовані у профілактиці захворювань, урахують генетичні особливості та історію хвороби пацієнтів. Усе це актуально і для вітчизняної практики охорони здоров'я. До того ж її внутрішня ієрархічна організація не відповідає ринковому середовищу, що формується в Україні на макрорівні. Ієрархія породжує хронічний дефіцит бюджетних коштів, старін-

¹ Роботу виконано в межах цільової комплексної програми «Соціально-економічна модернізація України та формування інноваційної моделі розвитку» (№ державної реєстрації 0111u000961).

© Камінська Т. М., 2018. Цей твір ліцензовано за ліцензією Creative Commons – Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Доступно на <http://econtlaw.nlu.edu.ua>.

ня медичних кадрів у первинній ланці, поширення тіньових економічних відносин і порушення права доступу до медичної допомоги неплатоспроможних громадян. У той же час розв'язання цієї суперечності та створення нової моделі фінансування містять у собі низку ризиків. Їх аналіз і мінімізація є запорукою успішності медичної реформи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Науковці України тривалий час обговорюють необхідність та шляхи збільшення обсягу фінансування охорони здоров'я. С. Л. Котенко вважає, що необхідно залучати приватні інвестиції для розвитку охорони здоров'я, розвивати державно-приватне партнерство [1, с. 215]. М. В. Шевченко розглядає «об'єднання фінансових ресурсів у «пули»». За його думкою, це «забезпечує розподіл фінансових ризиків, які пов'язані з необхідністю споживання медичної допомоги» [2, с. 23]. В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк вважають, що «потрібна цивілізована форма участі населення у відшкодуванні вартості наданих послуг» [3, с. 148]. Проте структурна перебудова охорони здоров'я та прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» потребують перш за все розробки іншої моделі фінансування первинної медицини та оцінки її ризиків [4].

Формулювання цілей. Метою статті є аналіз оптимістичного, песимістичного і найбільш імовірного прогнозу першого етапу медичної реформи в Україні та фінансових ризиків її впровадження.

Виклад основного матеріалу. У теорії менеджменту аналіз ризиків зазвичай пов'язаний із загрозою збиткової діяльності підприємства і навіть його банкрутства. Медичні суб'єкти господарювання відрізняються тим, що їх діяльність має на меті не тільки самоокупність, а й покращання здоров'я громадян або полегшення їхніх страждань. Одночасно з'являються позитивні екстерналії для суспільства в цілому, які полягають у поліпшенні якості життя громадян, ефективному відтворенні людського капіталу.

Оптимістичний прогноз реформування первинної медицини передбачає зміну пріоритетів руху видатків Державного бюджету України і підвищення ефективності фінансового менеджменту в закладах охорони здоров'я. Головною метою стануть потреби пацієнта, а не відшкодування зношення вартості будівель чи послуг житлово-комунального господарства і підживлення бюрократії. Згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» суб'єктами розпорядження фондом грошей, які надходять за умовами контракту від Національної служби здоров'я (функціонує окремо від МОЗ), стає або керівник амбулаторного закладу, або сімейний лікар, терапевт, педіатр. Пацієнт одержує безкоштовні для нього послуги, які визначені державою, – це кожен прийом лікаря, отримання листків непрацездатності, видача рецептів за програмою відшкодування вартості

ліків «Доступні ліки», у тому числі рецепти на ліки для хронічних хворих, базові клінічні аналізи, ЕКГ тощо [5]. А сімейний лікар одержує збільшення винагороди за свою діяльність, що активно впливає на зростання пропозиції праці, по-перше, молодих лікарів і, по-друге, кваліфікованих лікарів.

Розробники програми реформ орієнтуються на досвід різних європейських країн. Там дійсно сімейний лікар не тільки лікує за протоколами якості, а водночас виступає активним економічним суб'єктом, має санкціоновані державою повноваження, володіє знаннями щодо самостійного прийняття управлінських рішень та відповідає за ці рішення. Сімейний лікар сам формує штатний розклад, набирає медпрацівників, визначає умови договорів з ними, зокрема з приводу рівня заробітної плати, укладає контракти з пацієнтами, медичними лабораторіями та постачальниками факторів виробництва. Лікар первинної ланки може працювати у приватному чи державному секторах охорони здоров'я, головне – він змушений втілювати справжній фінансовий менеджмент, зіставляючи витрати і результати своєї діяльності, мінімізуючи невиробничі втрати, а також розвивати державно-приватне партнерство. Сімейний лікар контракує з лікарями вторинного і третинного секторів, розраховується за спеціалізовані медичні послуги, тому зацікавлений у своєчасному виявленні захворювань. Через набуття пацієнтами права вибору сімейного лікаря його діяльність поєднана з пошуками порівняльних і диференційованих конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

Отже, оптимістичний прогноз медичної реформи спирається на створення економіко-правової основи розвитку ринку первинних державних медичних послуг, що розвивається на контрактній основі.

Песимістичний прогноз науковців щодо несприятливих умов реформування фінансового менеджменту в первинній медицині пов'язаний із переважанням попиту на працю лікарів та менеджерів над її пропозицією, а також великими ризиками різкого руйнування діючої системи фінансування, інерцією поведінки медичних працівників і пацієнтів, схильних до патерналізму, можливим продукуванням новим схем тіньової економіки, недосконалістю державної статистики, покликаної відстежувати реформи.

Головною причиною нерівноваги на ринку праці медиків і дефіциту молодих і кваліфікованих кадрів первинної ланки медицини є ціновий чинник, тобто низька заробітна плата. Вона є наслідком непривабливості галузі з точки зору первісного накопичення капіталу в Україні і відсутності інвестицій у модернізацію та нові медичні технології. Олігархічна економіка поки що нікуди не зникає, проте вона апріорі відкидає будь-які економіко-організаційні та соціально-економічні інновації. У низькій заробітній платі медичних працівників часто зацікавлені бюрократичні гравці та навіть ті лікарі вторинної і третинної ланки, які мають доступ до високих тіньових доходів від па-

цієнтів або фармацевтичних компаній, лабораторій клінічних аналізів, логістичних постачальників. Як наслідок, ціна праці в галузі суттєво відстає від інших видів економічної діяльності, про що свідчать дані Державної служби статистики України. Так, у листопаді 2017 р. середня заробітна плата в Україні загалом становила 7 479 грн, у фінансовій і страховій діяльності – 10 378, у промисловості – 8 169, але в охороні здоров'я – 5 142 грн [6].

Таблиця наочно демонструє розбіжності в концентрації робітників з високою заробітною платою в окремих видах економічної діяльності.

**Питома вага працівників в Україні, яким нарахована заробітна
плата у вересні 2017 р. у межах, % [6]**

Заробітна плата	Від 6 000,01 до 7 000,00 грн	Від 7 000,01 до 8 000,00 грн	Від 8 000,01 до 10 000,00 грн	Від 10 000,01 до 15 000,00 грн	Понад 15 000,00 грн
Види економічної діяльності					
Промисловість	9,6	8,6	12,3	14,1	7,9
Транспорт	9,1	9,3	13,7	12,8	7,5
Інформація та телекомунікації	6,9	5,4	7,7	10,0	17,3
Фінанси і страхова діяльність	8,1	7,9	12,6	17,5	20,4
Державне управління й оборона; обов'язкове соціальне страхування	9,7	9,1	12,3	15,8	15,7
Освіта	8,9	8,2	10,4	9,3	3,0
Охорона здоров'я	7,2	5,1	5,0	3,8	1,3

Відповідно до цих даних, питома вага робітників із заробітною платою понад 15 000 грн в охороні здоров'я нижча за цей показник на транспорті, у промисловості, державному управлінні й обороні та обов'язковому соціальному страхуванні; галузях інформації та телекомунікацій; фінансовій і страховій діяльності відповідно у 5,8; 6,1; 12,1; 13,3; 15,7 разу. Навіть в освіті цей показник перевищує аналогічний в охороні здоров'я у 2,3 разу. У первинній медицині ситуація з рівнем життя лікарів та медсестр ще складніше, бо вони мають менший доступ до високих неформальних доходів через надання медичних послуг не найнижчої еластичності, профілактичний характер діяль-

ності, меншу асиметрію інформації про якість лікування, нестійкі зв'язки з фармацевтичними компаніями.

Однією з причин обмеженої пропозиції праці сімейних лікарів є міграція медичних фахівців. Так, частка іноземних лікарів та медсестер у країнах ОЕСР у 2015 р. складала відповідно: Ізраїль – 57,9 і 8,8%, Нова Зеландія – 42,1 і 25,4%, Німеччина – 39,0 і 7,2%, Норвегія – 38,1 і 9,1%, Австралія – 32,4 і 18,1%, Швеція – 27,1 і 2,7%, Швейцарія – 27,0 і 18,7%, США – 24,9 і 6,0%, Канада – 24,0 і 7,7%, в ОЕСР загалом – 16,9 і 5,9%. Частка іноземних лікарів у країнах – сусідках України становить: Польща – 1,8; Словаччина – 3,0; Чехія – 6,1; Угорщина – 7,8% [7; 8].

Міграція обумовлена глобальними та національними чинниками. До перших належать зростання міжнародної мобільності (особливо транскордонної) громадян, розвиток загальнолюдських демократичних свобод, зокрема свободи пересування, візова лібералізація. До національних чинників міграції медичних працівників належать відмінності в ціні медичної праці та її умовах вдома та за кордоном. В Україні негативними чинниками є також військові дії на Сході, деградація системи управління охороною здоров'я, значна девальвація гривні, падіння офіційної реальної заробітної плати медичних працівників та неминучість участі в корупційних схемах задля збільшення власних доходів, зростання безпеки праці. Тому збільшується обсяг довгострокової міграції медиків; до неї вдається більше молоді й жінок, які потенційно є резервом для первинної медицини в Україні. Відповідно до даних дослідження Міжнародної організації міграції, чисельність українців, які проживали на території ЄС у 2015 р., збільшилася до 905,2 тис., з них в охороні здоров'я – вже 5% (домогосподарства з короткостроковими та довгостроковими мігрантами – відповідно 2 і 3%) [9].

Гіпотетично компенсувати ці втрати могли би трудові іммігранти. Але їх небагато (у 2015 р. – десь 0,5% населення України), переважають керівники та менеджери (62,5% від загалу міграції), зайняті у сфері оптової та роздрібно-торгівлі (23,1%) й переробної промисловості (16,7%) [5]. Щодо випускників ВНЗ, то цей чинник теж є обмеженим через сталу тенденцію зростання привабливості навчання за кордоном, яке у 2013–2016 рр. прискорилося. І навпаки, стало зростання іноземних студентів в Україні, серед яких найпопулярнішою є медична та фармакологічна освіта, змінилося на їх зменшення (2013/14 н. р. – 69,9 тис. осіб; 2015/16 н. р. – 63,6 тис. осіб) [8]. Міграція лікарів за умови зростання попиту на них може призвести або до монополізації медичного ринку та зростання тарифів і неформальних платежів, або до тривалих черг на прийом до лікарів.

Медична реформа передбачає остаточну відмову від вертикального управління й участі місцевих органів влади в розподілі грошей для амбулаторно-клінічних закладів міст, а також зміну економічної поведінки та психології

їхніх керівників, медичних працівників і пацієнтів. Оскільки заклади перетворюються на некомерційні підприємства, виникає питання про ефективний менеджмент. Поліклініки та амбулаторії потребують справжніх ринкових управлінців, а сучасні головні лікарі, як правило, не готові приймати оптимальні рішення в умовах обмежених ресурсів. Вони мають застарілі стандарти і ритм роботи, ступінь віддачі, підходи до найму медичних працівників та оцінки їх діяльності. І навпаки, прогресивні менеджери мають обмаль однодумців серед консервативного персоналу. Проте їх замало, а іноземні топ-менеджери взагалі важко інтегруються до нашого середовища через непрозорість економічних процесів. Часто іноземним фахівцям не вистачає повноважень і часу, щоб показати результат.

Тому, скоріш за все, суб'єктами реформування первинної медицини певний час залишаться попередні головні лікарі. Виникають загрози і ризики появи нових тіньових схем ручного перерозподілу пацієнтів між лікарями, коли перші з якихось причин самостійно не укладають контракти з другими (наприклад, здорова молодь або ті, хто звик не звертатися до первинного лікаря), але зареєстровані, як і раніше, за місцем проживання. Небезпекою є також формування тіньових схем між сімейними лікарями та вузькими спеціалістами з приводу направлення до них пацієнтів на умовах відшкодування частини вартості послуг готівкою. До цього треба додати вірогідні тіньові схеми Національної служби охорони здоров'я, яка виступає монополістом, з надавачами послуг, а також з МОЗ.

Перед науковцями постає виклик дати найбільш імовірний прогноз реформування первинної медицини, який передбачає оптимальні ризики за таких умов. Фінансування галузі має бути доведено майже до 6% ВВП України (норма, що рекомендована ВООЗ), тобто збільшено вдвічі. Деякі науковці вважають, що це малоймовірно, бо означає «перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом зменшення фінансування інших секторів бюджетної сфери» [3, с. 142]. На нашу думку, це, навпаки, можливо й необхідно за умови реального скорочення монополістично-олігархічної економіки і зміни національних пріоритетів на користь людського розвитку.

Важливими є поступовість здійснення реформи і наполегливе вирощування інституту сімейного лікаря, без ривків і несподіванок, адже медицина консервативна, а люди погано сприймають радикальні зміни. Різка відхилення від звичної траєкторії руху може призвести до погіршення медичного обслуговування. На першому етапі треба сформувати повний реєстр пацієнтів і лікарів, створити умови для укладання контрактів On-line задля протидії адміністративному втручання в процес вибору лікарів.

Розвиток ринку менеджерів, поступова заміна ними головних лікарів попереднього зразка (або співпраця з ними) є складовою формування ринку

державних первинних медичних послуг. Конкуренція лікарів за пацієнтів має доповнитися дійсним вибором для самих лікарів – оформлювати статус фізичної особи – підприємця чи працювати під керівництвом головного менеджера поліклініки. Умовою ФОП є прозорість і спрощення системи ліцензій на господарську та професійну практику, що надає лікарям незалежність у розподілі валового доходу та виборі орендодавця. Необхідно збільшувати повноваження некомерційних медичних організацій у регулюванні медичної та підприємницької діяльності лікарів. Для медичних закладів і сімейних лікарів це означає необхідність проведення в майбутньому ефективних комунікацій та здійснення функцій public relations.

Ефективність реформування первинної ланки медицини передбачає допомогу локальної влади, сільських громад, які спроможні створити для перспективного лікаря належні умови життя і праці. Відповідно до Державного бюджету України на 2018 р. доходи місцевих бюджетів складуть 253,1 млрд, що на 46,1 млрд грн (22,3%) більше, ніж у 2017 р.; держава надасть також 5 млрд грн субвенцій на соціально-економічний розвиток окремих територій. Подальша децентралізація грошових потоків і повноважень за рівних інших умов збільшує місцеві бюджети та їх видатки в соціальній сфері. Потрібні менеджери, які на локальному рівні спроможні розуміти потреби мешканців регіону в скороченні захворювань, залучати інвестиції та вибудовувати модель раціонального використання грошей. За наявності політичної волі й професіоналізму місцевого керівництва та збільшення його фінансової самостійності прогресивні реформи відбуваються значно швидше. Про це свідчить досвід певних регіонів України, наприклад Хмельниччини [10].

Висновки. Ідеальна модель розвитку ринку державних медичних послуг у первинній медицині є лише теоретичною конструкцією, яку створюють науковці. Вона працює за рівних інших умов і є лише еталоном реформування охорони здоров'я на практиці. Необхідні пошук, аналіз та вивчення можливих ризиків, які можуть звести нанівець реформу і призвести до песимістичного сценарію. І наступний крок – це виявлення умов для найбільш оптимальних ризиків, які не зупинять медичну реформу і приведуть до зростання соціально-економічної ефективності охорони здоров'я. Поступове і наполегливе вирошування інституту сімейного лікаря поряд з іншими реформами на макрорівні має шанс скорочення цих ризиків, покращання громадського здоров'я і добробуту громадян.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Котенко С. Л. Інвестування галузі охорони здоров'я як чинник людського розвитку. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 1 (17). С. 211–215.

2. Шевченко М. В. Об'єднання фінансових ресурсів і закупівля медичних послуг: міжнародний досвід і економічні реалії. *Економіка та право охорони здоров'я*. 2016. № 2 (4). С. 23–29. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/11706/Shevchenko_Obyednannya_finansovykh_resursiv%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 28.12.2017).
3. Загорський В. С., Лободіна З. М., Лопушняк Г. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 29.01.2018).
5. Іноземні студенти в Україні / М-во освіти і науки України; Укр. держ. центр міжнар. освіти. URL: <http://studyinukraine.gov.ua/life-in-ukraine/international-students-in-ukraine/> (дата звернення: 25.12.2017).
6. Розподіл працівників за розмірами нарахованої їм заробітної плати у вересні 2017 року / Держ. служба статистики України. *Експрес-випуск*. 2017. 16 листоп. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 25.12.2017).
7. Health at a Glance 2009 OECD Indicators. URL: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2009_health_glance-2009-en#.WIIN0jexWUk (дата звернення: 25.12.2017).
8. Health at a Glance 2017 OECD Indicators. URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en (дата звернення: 25.12.2017).
9. Міграція в Україні: цифри і факти / Міжнар. орг. з міграції (МОМ). Представництво в Україні. URL: http://iom.org.ua/sites/default/files/ff_ukr_21_10_press.pdf (дата звернення: 25.12.2017).
10. Найбідніші села України отримали шанс на виживання завдяки об'єднаним територіальним громадам. *ТСН. Тиждень*. 2017. 29 жовт. URL: <https://tsn.ua/video/video-novini/naymbidnishi-sela-ukrayini-otrimali-shans-na-vizhivannya-zavdyaki-obyednanim-teritorialnim-gromadam.html> (дата звернення: 25.12.2017).

REFERENCES

1. Kotenko, S. L. (2014). Investuvannia haluzi okhorony zdorovia yak chynnyk liudskoho rozvytku [Investing in health care as a factor in human development]. *Publichne upravlinnia: teoriia ta praktyka – Public Administration: Theory and Practice*, 1 (17), 211–215 [in Ukrainian].
2. Shevchenko, M. V. (2016). Obiednannya finansovykh resursiv i zakupivlia medychnykh posluh: mizhnarodnyi dosvid i ekonomichni realii [Unification of financial resources and procurement of medical services: international experience and economic realities]. *Ekonomika ta pravo okhorony zdorovia – Economy and Health Law*, 2 (4), 23–29. Retrieved from http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/11706/Shevchenko_Obyednannya_finansovykh_resursiv%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y [in Ukrainian].

3. Zahorskyi, V. S., Lobodina, Z. M., & Lopushniak, H. S. (2010). *Upravlinnia finansovymy resursamy zakladiv okhorony zdorovia [Management of financial resources of health care institutions]*. Lviv: LRIDU NADU [in Ukrainian].
4. Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannya naselennia: Zakon Ukrainy vid 19.10.2017. 2168-VIII. (2018). [On state financial guarantees of medical care of the population. Law of Ukraine dated October 19, 2017]. *Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy – Bulletin of Verkhovna Rada of Ukraine*, 5, art. 31. Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> [in Ukrainian].
5. Ministerstvo osvity i nauky Ukrainy; Ukrainyskiy derzhavnyi tsentr mizhnarodnoi osvity. (n.d.). *Inozemni studenty v Ukraini [Foreign students in Ukraine]*. Retrieved December 25, 2017, from <http://studyinukraine.gov.ua/life-in-ukraine/international-students-in-ukraine/> [in Ukrainian].
6. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy (2017, October 17). *Rozpodil pratsivnykiv za rozmiramy narakhovanoi yim zarobitnoi platy u veresni 2017 roku. Ekspres-vypusk [Distribution of employees by the amount of their salary accrued in September 2017. Express-release.]*. Retrieved from <http://www.ukrstat.gov.ua> [in Ukrainian].
7. OECD (2009). *Health at a Glance. OECD Indicators*. Retrieved from http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2009_health_glance-2009-en#.WIIN0jexWUk.
8. OECD (2017). *Health at a Glance. OECD Indicators*. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.
9. International Organization for Migration (IOM). Representation in Ukraine. (2016). *Mihratsiia v Ukraini: tsyfry i fakty [Migration in Ukraine: figures and facts]*. Retrieved December 25, 2017, from http://iom.org.ua/sites/default/files/ff_ukr_21_10_press.pdf [in Ukrainian].
10. TSN Tyzhden (2017, October 29). *Naibidnishi sela Ukrainy otrymaly shans na vyzhyvannia zavdiaky obiednanym terytorialnym hromadam [The poorest Ukrainian villages have a chance to survive thank to united territorial communities]*. [Video file]. Retrieved from <https://tsn.ua/video/video-novini/naybidnishi-sela-ukrayini-otrimali-shans-na-vizhivannya-zavdyaki-ob-yednanim-teritorialnim-gromadam.html>. [in Ukrainian].

Стаття надійшла до редакції 29.01.2018 р.

Стаття пройшла рецензування 14.02.2018 р.

Стаття рекомендована до опублікування 16.02.2018 р.

Т. М. КАМИНСКАЯ

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры экономической теории Национального юридического университета имени Ярослава Мудрого, Украина, г. Харьков

АНАЛИЗ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ РЕФОРМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Статья посвящена анализу оптимистического, пессимистического и наиболее вероятного прогноза первого этапа медицинской реформы в Украине и ее финан-

совых рисков. Обоснованы условия и предложены меры, позволяющие минимизировать риски формирования рынка государственных первичных медицинских услуг.

Ключевые слова: рынок медицинских услуг, семейный врач, финансирование, менеджер.

T. M. KAMINSKA

Doctor of science (economy), professor, Professor of economic theory department Yaroslav Mudryi National Law University, Ukraine, Kharkiv

ANALYSIS OF FINANCIAL RISKS OF PRIMARY MEDICAL REFORM IN UKRAINE

Problem setting. Purposeful formation of competition between providers of primary health services and a new model of their financing includes a number of risks that need to be analyzed.

Analysis of recent research and publications. Scientists of Ukraine have been discussing for a long time the necessity and ways of increasing the financing of health care in general. However, the structural reorganization of the industry in favor of primary medicine requires an assessment of the financing risks that accompany the reforms.

Paper objective is analysis of optimistic, pessimistic and most probable forecast of medical reform in Ukraine and its financial risks.

The main material presentation. The optimistic forecast is based on the creation of the internal market of primary health services. The agents of money fund received under the contract from the National Health Service are the heads of outpatient institution or family doctors. The patients receive free services; the family doctor receives an increase in remuneration for his work. The pessimistic forecast is due to the excess of demand for doctors and medical managers over supply, the great risks of the sharp reducing of the current funding system, the inertia of the behavior of medical workers and patients prone to paternalism, the production of new schemes of the informal economy, and the imperfection of state statistics.

The most likely forecast foresees the optimal risks, given the gradual reformation, increasing public expenditures on health care, local government support, development of managers market, competition of doctors for patients, giving them the status of individual entrepreneur, contracting On-line, simplifying the system of licenses for commercial and professional practice.

Conclusions. The ideal development of the primary health market is only a theoretical model. It works if other conditions are equal and can only be a guide of reform in practice. In reality it is necessary to search the of ways to prevent high risks in order to increase the effectiveness of health care.

Short Abstract for an article

Abstract. The article is devoted to the analysis of the optimistic, pessimistic and the most probable forecast of the first stage of the medical reform in Ukraine and its financial risks. The author justifies the conditions and offers measures that help to minimize the risks of forming a market of public primary health services.

Key words: health market, family doctor, financing, manager.

Article details:

Received: 29 January 2018

Revised: 14 February 2018

Accepted: 16 February 2018