

на 2002-2005 роки»// Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1092/200>.

15. Філіпчук Г. Г. Філософія розвитку освіти України та ідеал суспільного буття / Філософія освіти XXI століття: проблеми і перспективи. – К.: Думка. – 165 с.

УДК 351.77:339.138

*Володимир Долот,
Василина Лещенко*

ПОПИТ, ПРОПОЗИЦІЯ ТА РИНКОВІ МЕХАНІЗМИ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

У статті досліджено питання становлення та розвитку ринкових механізмів в охороні здоров'я, факторів обмеження попиту та пропозиції на ринку медичних послуг. Розглянуто основні терміни, що використовуються для тлумачення змісту цих процесів. Визначено основні характерні риси, притаманні ринку медичних послуг. Розглянуто роль професійних об'єднань лікарів у стримуванні пропозиції на ринку медичних послуг.

Ключові слова: охорона здоров'я, попит на медичні послуги, пропозиція медичних послуг, ринок медичних послуг, нецінові фактори, професійні об'єднання лікарів.

Одним з основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі є перебудова державного управління галуззю з метою забезпечення реалізації державної політики, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення в нових соціально-економічних умовах. Державне регулювання ринкових відносин у галузі охорони здоров'я, трансформація потенціалу галузі, що відповідатиме вимогам ринкового суспільства, є загальноприйнятим стратегічним пріоритетом та основою подальшого сталого розвитку системи охорони здоров'я у нашій країні.

Теоретичні основи інституційних і структурних перетворень, а також світовий досвід визначають, що перспектива сфери охорони здоров'я України заснована на її багатуукладності [2, с. 316].

Еволюція світових систем охорони здоров'я показує, що ринкові механізми у цій галузі набувають усе більшого розповсюдження. Зростає роль керуючого впливу на систему надання медичної допомоги у вигляді механізмів керованої допомоги (досвід США) або ж на основі державного регулювання та планування розвитку галузі (досвід європейських країн). Це проявляється у тому, що усе більшого розповсюдження у світі набувають соціально-страхові системи охорони здоров'я, де поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування, на погляд експертів ВООЗ, є найбільш вдалим рішенням для організації та фінансування систем охорони здоров'я [1].

Сутність, проблеми і перспективи реформування системи охорони здоров'я розкриваються у зна-

чній кількості публікацій українських авторів. Зокрема, у працях З. Гладуна, Я. Радиша, С. Стеценка розкрито особливості організаційної структури, правові основи функціонування окремих складових системи охорони здоров'я України, права пацієнтів, медичних працівників тощо. С. Бугайцов, Ю. Вороненко, Н. Кризина, І. Рожкова, І. Солоненко вивчали організаційно-функціональні засади державного управління охороною здоров'я, особливості управління організаційними змінами у галузі охорони здоров'я, структурну перебудову закладів охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб. Роботи Л. Жаліло були присвячені управлінню міжгалузевою взаємодією громадського здоров'я. Особливості проектного та програмно-цільового напрямів в управлінні охороною здоров'я досліджували М. Білінська, Д. Карамишев, В. Лобас, В. Москаленко.

Незважаючи на значну увагу вітчизняних вчених до проблем державного управління охороною здоров'я в Україні, питання розвитку ринкових механізмів у цій галузі залишаються малодослідженими. Вказане вище стало підставою для вибору теми дослідження та визначило його актуальність.

Формулювання цілей статті: дослідження питань становлення та розвитку ринкових механізмів в охороні здоров'я, факторів обмеження попиту та пропозиції на ринку медичних послуг; розгляд основних термінів, що використовуються для тлумачення змісту цих процесів.

Ринкові відносини загалом відображають певну економічну відособленість виробників та споживачів продуктів і послуг, взаємовигідність їх взаємодії. За своїм змістом вони включають широкий набір різних елементів. Сфера охоплення ринковими відносинами тих чи інших сторін життєдіяльності суспільства не є постійною величиною. Ринковий механізм є процесом, за допомогою якого продавці і покупці взаємодіють з метою визначення вартості і кількості вироблених благ. Таким чином, попит, пропозиція і ціна є головними його елементами.

Ключовим поняттям, що відображає сутність ринкових відносин, є поняття конкуренції. Комплексний аналіз зарубіжного досвіду з реформування систем охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що новою парадигмою сучасного розвитку сфери охорони здоров'я в економічно розвинутих країнах світу і, передусім, у США, є конкуренція, що базується на цінності, це конкуренція з позитивним результатом, від якої виграють усі його учасники [5, с. 488].

У загальному вигляді конкуренцію можна визначити як тип взаємин між виробниками стосовно встановлення цін і обсягів пропозиції товарів і послуг, а також між споживачами з приводу формування цін і обсягу попиту на ринку. З позиції структурної організації ринку визначальне значення має кількість виробників (продавців) і кількість споживачів (покупців), що беруть участь у процесі обміну.

Нагадаємо основні терміни, що використовуються для тлумачення змісту цих процесів.

Залежно від співвідношення між кількістю виробників і кількістю споживачів розрізняють такі види конкурентних структур: ринок досконалої конкуренції, олігополія, монополія, монопсонія, монополістична конкуренція. Кожна зі структур має свої особливості формування ціни, попиту та пропозиції.

Так, ринок досконалої конкуренції припускає наявність великого числа самостійних виробників деякого однорідного товару з одного боку, і маси відокремлених споживачів даного товару – з іншого. Структура зв'язку

така, що кожен споживач в принципі може придбати товар у будь-якого виробника, виходячи з власної оцінки корисності товару і його ціни. Кожен виробник може продати товар будь-якому споживачу, виходячи з міркувань власної вигоди. Жоден зі споживачів не придбаває якусь істотну частину від загального обсягу пропозиції і жоден з виробників не може задовольнити скільки-небудь істотну частку від загального попиту. Тому ринок досконалої конкуренції є найбільш ефективною структурою, що дозволяє найкращим чином розподілити ресурси.

Якщо ж виникають певні об'єктивні обмеження для продавців і покупців, то тоді ми маємо справу зі структурами недосконалої конкуренції, за якої необхідним є додаткове регулювання з боку держави.

Аналізуючи з цих позицій сферу охорони здоров'я у багатьох розвинених країнах, слід відзначити наявність таких обмежень, які виступають у різноманітних формах. Так, наприклад, важливу роль у штучному стримуванні пропозиції медичних послуг відіграють професійні об'єднання лікарів [3, с. 7].

У США Американська медична асоціація об'єднує близько половини всіх приватних лікарів у країні. Нею обмежується набір на медичні факультети, регулюється плата за навчання, контролюється приплив лікарів-емігрантів і їх доступ до медичної практики. Без відома асоціації не можуть бути ухвалені рішення, що стосуються медичного обслуговування. Асоціація має також ряд інших важливих повноважень, серед яких:

- вплив на прийняття, відкликання і внесення виправлень у закони, що регулюють медичну діяльність чи відносяться до суміжних сфер;
- формування політики в галузі медичної освіти на всіх рівнях, включаючи безперервну медичну освіту;
- вирішальний вплив на процеси ліцензування, реєстрації і перереєстрації;
- встановлення стандартів для лікарів у медичній освіті, медичній практиці, медичній етиці.

Асоціація періодично встановлює і публікує директорію лікарських спеціальностей з докладним описом «портрету» кожної спеціальності, пропонованих вимог, навичок, умінь, стандартів тощо [8].

Британська медична асоціація бере активну участь у формуванні обсягів, визначенні якості та рівня медичної допомоги, готує різні заходи та звіти з проблем суспільної охорони здоров'я [6].

До завдань Німецької медичної асоціації входять:

- координація і впорядкування правил професійної поведінки, досягнення єдиних принципів регулювання професійних обов'язків і професійної діяльності;
- сприяння підвищенню рівня професійних знань лікарів шляхом підвищення кваліфікації, удосконалення, спеціалізації і безперервної медичної освіти;
- захист прав та інтересів лікарів у випадках, що не суперечать земельному законодавству земель;
- забезпечення підтримки професійних й етичних стандартів;
- участь в розвитку ініціатив у сфері охорони здоров'я на місцевому, федеральному і міжнародному рівнях;
- допомога лікарям приватного сектора при укладенні ними договорів щодо оплати праці із службами охорони здоров'я [7].

Необхідно відзначити наявність додаткових штучних бар'єрів для виробників медичних послуг при їх виході

на ринок. Серед них: часті атестації, необхідність отримання нової ліцензії при переїзді лікаря (це пов'язано з тим, що в суто економічному плані для вже сформованого фахівця існує відносна легкість виходу/виходу на ринок медичних послуг, так як надання багатьох видів медичної допомоги не пов'язане з великими початковими витратами чи значними стартовим капіталом). З іншого боку, динамічний попит, поява нових потреб і «ніш» на ринку медичних послуг і супутніх товарів активно залучають в цю сферу нових фахівців. Тому цілком зрозуміле прагнення вже усталеного контингенту виробників усіма можливими (і не тільки економічними) засобами мінімізувати ймовірність появи на ринку потенційних конкурентів, обмежити пропозицію, максимізувати ціни, і, відповідно, прибутки.

Зазначені вище обмеження конкуренції та інформації означають, що ринок медичних послуг буде істотно відрізнятися від ринку досконалої конкуренції. В умовах досконалої конкуренції, у випадках, якщо компанія відкриває кращий спосіб виробництва будь-якого товару, вона просто знижує ціни і таким чином відбирає покупців в інших виробників. Виробництво завжди ефективне, а ціни відображають витрати виробництва найбільш успішних виробників. Якщо ці умови не виконуються, то можуть вжити і ті виробники, у яких ціни значно перевищують витрати виробництва.

Коли товар неоднорідний і покупець не надто добре інформований, тоді йому складно визначити, що означає більш низька ціна – сигнал про можливість більш вигідної покупки або ж про низьку якість товару. А коли покупці інформовані про ціни, то компанії можуть їх підняти вище рівня цін рівноваги тільки при обмеженні кількості продавців.

Відмінності ринку досконалої конкуренції від тієї ринкової структури, яка характерна в цілому для ринку медичних послуг, схематично показані у таблиці 1.

Наведене порівняння дає підстави стверджувати, що ринок медичних послуг, з точки зору організаційної структури, є ринком недосконалої конкуренції. При цьому, за своїми основними характеристиками він більшим чином наближається до структури, які в економічній теорії класифікуються як ринок монополістичної конкуренції і монополія. Ці обставини неминуче накладають свій відбиток на поведінку виробників, зміну їх першочергових цілей, систему ціноутворення, що вимагає відповідного регулювання з боку держави процесів, що відбуваються в цих ринкових структурах [4].

У зв'язку з цим надзвичайно важливо звернути увагу на фактори, що визначають попит і пропозицію медичних послуг. Ключову роль тут відіграє ціна, яка, з одного боку, визначає попит і пропозицію, а з іншого – в умовах вільної зміни рівня цін балансує їх. Для того, щоб будувати прогнози відносної зміни величини попиту або пропозиції при зміні ціни, необхідно знати кількісні параметри цих змін. Найбільш поширеною кількісною характеристикою попиту є так звана еластичність попиту. Розрізняють три види характеристик еластичності попиту: цінова еластичність, еластичність по доходу, перехресна еластичність по різних товарах.

Цінова еластичність вимірюється як відношення процентного збільшення обсягу попиту на товар до процентного зменшення ціни даного товару за інших рівних умов. Вона показує, на скільки відсотків збільшиться обсяг попиту при зменшенні ціни товару на один відсоток. Попит на більшість медичних послуг має низьку еластичність (коефіцієнт еластичності менше одиниці). Так, за оцінками ряду фахівців США, коефіцієнт цінової еластичності

Відмінності ринку досконалої конкуренції та ринку медичних послуг

Ринок досконалої конкуренції	Ринок медичних послуг
Велика кількість продавців	Кількість продавців обмежена, існують обмеження входу на ринок, можливі ситуації, близькі до природної монополії
Однорідність товару	Неоднорідність медичних послуг, їх індивідуальність, унікальність
Висока інформованість покупців	Недосконала інформація
Відповідність ціни товару і його якості	Неможливість або утрудненість співставлення ціни та якості
Виробники прагнуть до максимізації прибутку	Наявність великої кількості державних або приватних «безприбуткових» організацій
Реалізація продукції здійснюється зазвичай безпосередньо	У більшості випадків потрібна участь «третьої сторони» – компетентного посередника, який і оплачує значну частину медичних послуг

попиту на стаціонарну медичну допомогу в середньому дорівнює 0,7 (виняток – косметична хірургія), а в багатьох випадках він коливається від 0,2 до 0,7. Це означає, що при підвищенні цін на медичні послуги попит зменшується в меншій мірі, ніж зростає ціна (при підвищенні ціни, скажімо, на 10 % попит скоротиться на 2–7 %).

Кількісне вираження еластичності попиту відображає особливості споживчої поведінки саме даної країни, так як вона визначається сукупністю споживчих переваг, рівня доходу населення, властивостями національного характеру, загальним розвитком економіки тощо. Тому переносити характеристику еластичності, отриману за даними однієї країни, на умови іншої країни зазвичай неправомірно. Однак загальне правило полягає в тому, що чим більшою є потреба, яку задовольняє дана послуга, і чим менше заміників у неї, тим нижче буде еластичність за ціною.

В Україні поки відсутні розрахунки цього коефіцієнта, що пов'язано з мінливими соціально-економічними умовами життя населення, однак можна припустити наступне. По-перше, низький середній рівень життя переважної частини населення не дозволяє йому відволікати значні кошти на оплату медичних послуг. По-друге, відсутність іміджу здорового способу життя не веде до збільшення питомої ваги в доходах населення витрат на підтримку і збереження свого здоров'я. Таким чином, визначаючи стратегію розвитку охорони здоров'я, важко використовувати зміну цін на медичні послуги як метод збалансованості попиту та пропозиції.

Окрім ціни, на попит і пропозицію в охороні здоров'я впливають і нецінові фактори. Попит визначається кількістю покупців (населення), середнім доходом окремої людини, сім'ї, ціною альтернативної медичної послуги. Сама кількість пацієнтів буде визначатися рівнем захворюваності населення та якістю його здоров'я.

Кількісна залежність зміни доходів і попиту на ті чи інші медичні послуги також може бути охарактеризована коефіцієнтом еластичності. Так, в США еластичність попиту по доходу на послуги лікарів становить 0,75 %. В Україні цей коефіцієнт для більшої частини населення буде нижчим. Треба відзначити, що хоча зазначені коефіцієнти еластичності важко розрахувати, всі вони

відображають основні закономірності, характерні для того чи іншого етапу розвитку. Зокрема, у розвинених країнах інформація про еластичність попиту по доходу широко використовується компаніями при виборі стратегічних напрямків ділової активності. У складі бізнес-плану багатьох солідних фірм незалежно від того, в якому середовищі вони працюють, обов'язково присутній розділ, що містить аналіз тенденцій зростання валового національного продукту, демографічний прогноз і дані про еластичність попиту. Ця інформація використовується для планування зростання обсягів виробництва та для залучення відповідних ресурсів [4].

Пропозиція медичних послуг також буде залежати не тільки від ціни, але і від інших факторів: вартість залучених ресурсів, податки і дотації, кількість виробників даних послуг. Остання обставина має особливе значення. Не випадково американські економісти, враховуючи асиметричність інформації, притаманній охороні здоров'я, говорять про своєрідний закон. Суть цього закону: чим більше хірургів, тим більше виробляється операцій, тобто медичні працівники вже самою своєю присутністю породжують додатковий попит.

Формування попиту та пропозиції на медичні послуги, а також ціноутворення знаходяться у залежності від багатьох факторів. При цьому, охорона здоров'я населення залежить не тільки від ефективного функціонування ринку медичних послуг, а й від цілого ряду інших ринків, тісно пов'язаних між собою. Якщо розглядати тільки функціонування медичних установ, то вони насамперед виступають на двох основних ринках: ринку ресурсів і ринку медичних послуг.

Ринок ресурсів включає в себе ринок трудових ресурсів і ринок матеріальних ресурсів. Цей ринок постачає медичні установи медичним обладнанням, лікарськими засобами, інструментами. Діючи на цьому ринку, медичні установи купують необхідні ресурси і здійснюють платежі, що виступають у вигляді заробітної плати і доходів власників ресурсів. На ринку ресурсів медичні установи виступають в ролі покупців, на ринку медичних послуг – продавцями.

За умов широкого використання медичного страхування ринок послуг може бути представлений наступни-

ми видами: страховим ринком, ринком медичних послуг за системою страхування і вільним ринком медичних послуг. Що ж до ринку ресурсів, то він також може бути певним чином класифікований. Це ринок медичного обслуговування, ринок лікарських засобів, ринок праці.

Ринок медичних послуг і ринок ресурсів пов'язані між собою якнайтіснішим чином. З одного боку, попит на ринку ресурсів є похідним від попиту на медичні послуги, а з іншого боку, рівень цін і в цілому кон'юнктура на ринку ресурсів визначають потенційні можливості та межі розвитку медичних установ. Тому не випадково рівень професійної підготовки медичних працівників, недостатність лікарських засобів, низький рівень матеріально-технічної бази охорони здоров'я стали найбільш гострою проблемою довготривалої кризи охорони здоров'я. Державний монополізм, який довгі роки переважував у цій сфері, недостатність коштів, що виділялися з державного бюджету, переважання екстенсивних методів розвитку стали основними причинами виниклих проблем.

🔗 У будь-якому випадку більшість цих проблем можуть бути успішно вирішені тільки з розширенням фінансової бази всієї системи охорони здоров'я в країні. Розвиток ринкових механізмів сьогодні робить цю можливість реальною. Поряд з традиційним джерелом фінансових коштів, яким є державний бюджет, виникають нові, якими можуть бути кошти державних та громадських організацій, підприємств, доходи від цінних паперів, кредити банків та інших кредиторів.

Для того, щоб ці перераховані джерела реально функціонували, необхідні умови, що зроблять фінансові інвестиції в охорону здоров'я населення більш привабливим напрямом. З цієї метою, на наш погляд, необхідно диференціювати інструменти фінансового ринку і забезпечити їм відповідну державну підтримку. І хоча основну роль в цих процесах будуть грати державні та приватні страхові організації, все ж медичні установи та відповідні органи управління охороною здоров'я можуть залучати додаткові вільні грошові кошти. Це може досягатися різними шляхами:

- випуск власних боргових зобов'язань;
- участь у капіталі і прибутку медичного закладу шляхом випуску акцій;
- отримання позик.

У подальших дослідженнях доцільно буде більш детально розглянути питання удосконалення нормативно-правової бази щодо розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України.

Література.

1. Губина М. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт : автореф. дисс. канд. экон. наук: 08.00.14. – Санкт-Петербург, 2009. – 20 с.
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтєєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білінської, пров. Я. Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – 424 с.
3. Лещенко В. В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис. канд. держ. упр. : 25.00.02. – К., 2009. – 20 с.
4. Менеджмент в здравоохранении [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.it-med.ru/library/m/management.htm>.
5. Портер Майкл, Айсберг Элизабет Ольмстед. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать

конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. – К.: Издательство Алексея Капусты, 2007. – 620 с.

6. British Medical Association // <http://www.bma.org.uk/homepage.nsf>.

7. Bundesärztekammer // <http://www.bundesaerztekammer.de>.

8. Founding of the American Medical Association // <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1815.html>.

УДК 342.7

Алла Злочевська

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ ПРАВ ДІТЕЙ ДО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ТА НОРМ

У статті аналізується національна система захисту прав дитини при імплементації до міжнародних стандартів та норм. Актуалізується увага до європейських стандартів та вимог, які формує Комітет ООН з прав дитини (ЮНІСЕФ).

Ключові слова: права дитини, імплементація, система захисту прав дітей.

🔗 Аналіз останніх державотворчих процесів свідчить про те, що Україна проводить цілеспрямовану політику держави стосовно імплементації національного законодавства до міжнародних стандартів.

Сучасна наука має можливість, об'єктивно переосмисливши минуле, вийти на якісно новий рівень, тим більше, що багато питань було вивчено недостатньо, в їх числі – і вплив міжнародних організацій їх норм та стандартів на формування національної системи забезпечення захисту прав дітей, зокрема соціально незахищених.

Забезпечення прав дитини є глобальною проблемою сучасності, у розв'язанні якої має бути зацікавлене все людство. Адже діти відіграють визначальну роль у гарантуванні життєздатності суспільства та прогнозуванні його розвитку. Наскільки цілеспрямованою буде державна політика у сфері охорони дитинства, як держава зуміє мобілізувати на її втілення весь потенціал суспільства – залежить майбутнє нашої держави.

Діти – це особлива соціально-демографічна група населення віком від народження до 18 років, яка має свої специфічні потреби, інтереси та права, але не володіє достатньою спроможністю відстоювати їх і захищати перед суспільством внаслідок фізичної та розумової незрілості [1]. Тому потребує особливої опіки і уваги, включаючи правовий захист як до, так і після народження.

🔗 На сьогодні опубліковано досить багато наукових робіт, в яких висвітлюється питання захисту прав дитини і політики держави у її реалізації, зокрема слід відзначити таких науковців, як: Л. С. Волинець, Т. В. Войцях, Л. Ф. Кривачук, І. А. Комарчук та інші.