А.В. Шомникова, асп.

СУТНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Виявлено позитивні риси й недоліки ринків приватних і державних (суспільних) медичних послуг. Розкрито сутність та особливості їх функціонування.

Found out positive lines and lacks of markets of private and state (public) medical services. Essence and features of their functioning is exposed.

Ключові слова: ринок медичних послуг, суб'єкти структура ринку, фонди страхування.

Key words: Market of medical services, subjects market structure, funds of insurance.

Ефективне функціонування національної економіки у великій мірі детерміновано розвинутістю системи охорони здоров'я та можливістю дієвого надання населенню медичних послуг. Таким чином, здоров'я населення виступає в якості одного із найважливіших чинників економічного зростання. Істотна відмінність здоров'я і охорона здоров'я з погляду економіки полягає в тому, що здоров'я купити безпосередньо не можна, а послуги системи охорони здоров'я, які дають змогу зберегти його і відновити цілком можливо.

Останнє забезпечується за рахунок ринку медичних послуг, який являє собою суспільну форму організації й функціонування частини системи охорони здоров'я, що забезпечує економічні зв'язки різних суб'єктів – продавців, покупців цих послуг, а також посередників, що обумовлені не тільки медичними, але й економічними інтересами.

Розуміння сутності ринку медичних послуг базується на ідентифікації функціонування його об'єктів та суб'єктів. На наш погляд, єдиний об'єкт складають медичні послуги, однак, у літературі в силу їх розмаїтості й неоднорідності як з медичної, так і соціально-економічної точок зору панують різні, подеколи суперечливі й дискусійні погляди на зміст аналізованого ринку. Так, А.Акопян, Б.Райзберг, Ю.Шиленко, А.Вялков, Е.Мешканців, В.Столярів, З.Шишкін, Г.Тарасенко, В.Мурашов, Р.Бочкарев термін ''ринок'' найчастіше вживають у зв'язку з основним критерієм – платністю медичних послуг, що надаються легально [1]. Це означає, що даний ринок обмежується приватним комерційним сектором і тією часткою державного сектора охорони здоров'я, у якому медичні послуги оплачуються самими пацієнтами. Такий підхід до розуміння ринку характерний також для керівництва медичних установ, про що свідчать основні документи Міністерства охорони здоров'я України [2].

Мета даної статті пов'язана з розкриттям сутності ринку медичних послуг, що надаються на платній та безкоштовній основі.

Такі визнані фахівці, як Л.Акопян, Б.Райзберг, Ю.Шиленко, А.Вялков, М.Блазнів, В.Мурашов, Р.Бочкарев, З.Лободина розглядають об'єкт ринку медичних послуг разом з товарами медичного призначення [1]. Однак вважається, що з таким тлумаченням не можна врешті-решт погодитися, оскільки послуги принципово відрізняються від готових

продуктів, що обумовлює специфіку самого ринку, методів його регулювання, стратегій маркетингу тощо.

До суб'єктів ринку медичних послуг відносяться продавці цих послуг (виробники, постачальники) – лікарні, ‘‘Швидка допомога’’, амбулаторії, поліклініки, санаторії, індивідуально практикуючі лікарі, хосписи, суспільства патронажних сестер, агентства, що надають медичні послуги вдома. Специфіка послуг полягає у поєднанні в одній особі виробника й продавця через що їхнє виробництво, реалізація й споживання збігаються. Продавцями медичних послуг виступають виробники, які мають статус юридичної особи, власний статут, розрахунковий рахунок, фінансову звітність (міська лікарня, науково-дослідний інститут). Їхніми партнерами в господарській діяльності виступають фінансово-кредитні установи, інші медичні організації, державні органи й служби. Покупцем медичних послуг виступає або сам споживач (пацієнт) і його родичі, або посередники – страхові організації, яким цю функцію делегує споживач на добровільних засадах, або інші суб'єкти. Як інституціональна одиниця ринкової інфраструктури страхова структура забезпечує рух грошових потоків від страхувальника до виробника медичних послуг і трансформацію індивідуальних коштів споживачів у суспільні ресурси охорони здоров'я.

Ринок медичних послуг поділяється на ринки приватних і державних (суспільних) медичних послуг (див.табл.1).

Таблиця 1. Продавці й покупці на ринку медичних послуг

<table>
<tr><th colspan="2">Продавці</th><th></th><th>Покупці</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Ринок приватних медичних послуг</td><td>Агентства по наданню медичних послуг вдома, хосписи</td><td rowspan="5">→
Медичні послуги
←
платежі
←</td><td>Благодійні організації</td></tr>
<tr><td>Діагностичні і реабілітаційні центри</td><td>Пацієнти</td></tr>
<tr><td>Стаціонари, санаторії</td><td>Страхові організації</td></tr>
<tr><td>‘‘Швидка допомога’’</td><td>Міські органи керування охороною здоров'я</td></tr>
<tr><td>Індивідуально практикуючі лікарі</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Ринок державних медичних послуг</td><td>Амбулаторно – поліклінічні установи</td><td rowspan="4">Медичні послуги

платежі</td><td>Міські органи управління охороною здоров'я</td></tr>
<tr><td>Діагностичні і реабілітаційні центри</td><td>Фонди обов'язкового медичного страхування, некомерційні страхові фонди</td></tr>
<tr><td>Стаціонари, санаторії</td><td>Фонди соціального страхування</td></tr>
<tr><td>Структури лікарів загальної практики, поліклініки</td></tr>
</table>

У свою чергу, в складі ринку приватних медичних послуг виділяються два великих сегменти – комерційний і некомерційний. Наприклад, більшість клінік Люксембургу, Нідерландів знаходяться у власності релігійних організацій, у Німеччині – ‘‘Червоного Хреста’’. В Україні ринок приватних некомерційних послуг є малорозвиненим у силу недостатнього розвитку цивільного суспільства в цілому.

Також констатується існування ринків тіньових (нелегальних, неофіційних) медичних послуг (штучні пологи, вилучення людських органів з живого тіла з наступним використанням у трансплантології) і легальних (офіційних) медичних послуг. Для ринку тіньових медичних послуг характерним є порушення стандартів лікувально-діагностичних процедур, обліку ліків, спирту, перев’язочних матеріалів (хоча вони притаманні та легальному ринку). Тіньові медичні послуги містять ризик зниження лікувально-профілактичної й соціально-економічної якості медичних послуг.

Недослідженим аспектом ринку медичних послуг є, на наш погляд, його інституціональний зріз, що уможливлює виділити конкурентні й неконкурентні ринки в системі охорони здоров’я. Неконкурентний ринок медичних послуг являє собою інституціональне утворення, у якому економічна поведінка його суб’єктів детермінована винятково монопольним становищем. З лікувальної точки зору великі клініки необхідні в кардіохірургії, нейрохірургії, трансплантології, онкології (практика лікарів поєднується з їхньою науковою діяльністю та потребує дорогих новітніх технологій). Багатопрофільні генетичні центри займаються не тільки профілактикою спадкових захворювань і плануванням здорової спадковості, але й лікують наслідки генетичних порушень. Існування великих багатопрофільних клінік виправдане також для швидкої допомоги, оскільки в ургентній терапії й хірургії попередній діагноз, з яким хворий надходить у лікарню, часто згодом змінюється. Окрім медичних існують і економічні переваги великих виробників. Вони полягають в тому, що у великих лікарнях (до 500-600 ліжок у рамках однієї юридичної особи) спрацьовує позитивний ефект масштабу. За рахунок централізації великі клініки мають більші фінансові можливості для проведення об’ємних науково-дослідних робіт, зміцнення матеріально-технічної бази, впровадження нових технологій і методик. За інших рівних умов це сприяє зростанню якості послуг. У Сєвєродонецьку, наприклад, з цієї причини всі лікувальні установи було об’єднано в одну багатопрофільну лікарню, що оснащена новітнім обладнанням. Однак конкуренція нових медичних фірм з великими комплексами ускладнена через відсутність у них високого рівня початкового капіталу. Штучною перешкодою для конкуренції може бути навіть необхідність величезних витрат на рекламу.

Монопольне становище на неконкурентному ринку може також займати держава. Виробники державних медичних послуг вступають у товарно-грошові відносини зі страховими компаніями, зокрема такі установи, як ‘‘Укрзалізниця’’і Харківська тютюнова фабрика здійснили медичне страхування всіх своїх працівників. Крім того, виробники медичних послуг вступають також у товарно-грошові відносини з іншими інституціональними одиницями ринкової інфраструктури за межами системи охорони

здоров'я. І, нарешті, із суспільним сектором охорони здоров'я конкурує приватний сектор – за лікувально-профілактичною й соціально-економічною якістю послуг.

У певній мірі ринок медичних послуг хоча й залишається неконкурентним, але передбачає поділ покупців і продавців медичних послуг і впровадження контрактних відносин між ними. Покупцями виступають місцеві органи управління й/або страхові державні фонди. У Харківській області проводиться експеримент, фінансований Європейським Союзом, відповідно до якого центральну районну лікарню Золочівського району наділено статусом комунального підприємства, що на госпрозрахунковій основі надає свої послуги. За це медичні працівники беруть на себе обов'язок обслуговування певної кількості пацієнтів, включаючи перебування в стаціонарі, амбулаторний прийом, надання швидкої допомоги. За рахунок бюджетних коштів забезпечується лікування пільгового контингенту. Частина витрат на медичні послуги оплачується самим пацієнтом, частина – підприємством, на якому він працює. Такий ринок має низку переваг у порівнянні з моделлю інтегрованого державного управління й фінансування охорони здоров'я, оскільки дає можливість краще застосовувати специфіковані вимоги до структури, обсягу, якості, вартості медичних послуг, що надаються населенню. Але водночас можна і визнати його недолік, що полягає у відсутності внутрішньої рушійної сили, що спрямована на підвищення виробничої та алокаційної ефективності й характерна для мотивації виробника і продавця на конкурентному ринку.

Деякою мірою таку структуру активізує конкуренція на ринку менеджерів. Однак більш дієва конкуренція виникає у випадку формування квазіринку (''напівринок'', обмежений ринок) медичних послуг. В системі охорони здоров'я розвинених країн – Великобританії, Швеції, Фінляндії, Нової Зеландії, Італії – він розвивається як альтернатива надмірному державному втручанню у процес надання медичних послуг. Дослідженню функціонування квазіринку присвячено праці зарубіжних авторів – Е.Клевер, Д.Перкінз, Дж.Монтгомері, Р.Салтман, Т.Райс, М.Нуїгтем [3], а російський економіст С.Шишкін зробив спробу узагальнення основних відмінностей квазіринкової моделі охорони здоров'я [4]. Зазначені автори аналізують квазіринкові відносини тільки в державному секторі охорони здоров'я, в українській економічній літературі це питання взагалі не висвітлено.

Квазіринок в державному секторі функціонує у вигляді державного конкурентного ринку з деякими різновидами. Однак здебільшого механізм бюджетного розподілу медичних послуг замінюється актом купівлі-продажу. У зарубіжній літературі він одержав назву ''внутрішній ринок'' (internal market) [5], що використовується російськими авторами: передбачається, що місцеві органи управління охорони здоров'я стають покупцями державних медичних послуг, а в країнах зі страховою медициною до них підключаються страхові структури. Продавцями державних медичних послуг стають їхні виробники, що вступають у конкуренцію за державне замовлення. Її стимулює держава, що в обов'язковому порядку проводить конкурс на укладання договорів і вибирає виконавця на основі моніторингу попередніх контрактів. За інших рівних умов перевага віддається лікувальним установам, що запропонували

більш низькі витрати на медичні послуги. Але не тільки зниження виробничих витрат є предметом конкуренції на внутрішньому ринку суспільних медичних послуг. У контрактах передбачається якість діагностики й лікування, з подальшим суворим контролюванням.

Ще одна особливість "внутрішнього" ринку полягає у можливості лікарів загальної практики (сімейних лікарів), як продавців первинних медичних послуг, водночас виступати покупцями стаціонарних послуг. Це обумовлено як медичними, так і економічними причинами. Пацієнт, не маючи медичної освіти, звертається спочатку до лікаря загального профілю, а останній вибирає інших виробників-фахівців для консультацій і лікування пацієнтів. Він може самостійно проводити діагностику, надавати деякі види послуг, у тому числі стаціонарного характеру. Економічна сторона пов'язана з раціональним використанням обмежених ресурсів, виділених на охорону здоров'я. Сімейні лікарі наділяються цільовим бюджетом для обслуговування прикріплених до них жителів, виходячи з подушових нормативів. Наприклад, у Великобританії статус фондоотримувачів мають більше 50% загально практикуючих лікарів, що обслуговують 60% населення [6]. За рахунок цих коштів здійснюються розрахунки з лікарняними фахівцями. Тому в більшості європейських країн порядок спрямування пацієнтів у ресурсномісткий сектор (стаціонари) здійснюється тільки через лікарів первинних медичних послуг, причому перша медична консультація є зазвичай безкоштовною. Винятком до 2000-х років була Франція, однак вільний доступ до фахівців, в тому числі в стаціонарах, став причиною не виправдано високих витрат [6]. Лікарі загальної практики втягуються в систему конкуренції з метою обмеження монополії лікарень. Це пояснюється наявністю вибору у пацієнта щодо звернення за допомогою до лікарів загальної практики або до лікарняних фахівців вузького профілю.

Дану інституціональну систему не можна віднести до класичного ринку, оскільки дії покупців і продавців регулюються й координуються, послуги оплачуються за допомогою законодавчо закріпленого перерозподілу доходів, а користувачі послуг одержують їх безкоштовно. Але водночас тут наявні елементи некласичного ринку, позаяк існує використання важелів конкуренції для зниження витрат. Допускаючи їх, система регульованого ринку надає економічному інституту, що діє в соціальній системі охорони здоров'я стимулюючий зміст. Особливо це характерно, як справедливо зазначає англійський економіст Р.Салтман, для тих систем, де до недавнього часу мала місце надмірна присутність держави в медичному обслуговуванні (системи охорони здоров'я Великобританії, Швеції, Фінляндії, Новій Зеландії), через що економічна ефективність останнього була істотно нижчою [7]. "Внутрішній" ринок розвивається в деяких країнах з перехідною економікою, в Україні він апробується як експеримент, фінансований ЄС у ряді областей, у тому числі Харківській.

Непересічний момент полягає в тому, що в інституціональну систему регульованого конкурентного ринку входить інший економічний інститут – локальна природна монополія в рамках конкретної географічної території. Найбільш типовими її прикладами є поліклініки з територіальним прикріпленням населення, сільські амбулаторії сімейного лікаря, а також центральної районної лікарні, розташовані поза великими містами. Тому, згідно даних

Українського інституту суспільного здоров'я, 95,7% госпіталізованих сільських жителів отримують медичні послуги на місцях [8]. Економічні наслідки подібної конкурентної структури загальновідомі – продавець не залучає споживачів. Хоча в остаточному підсумку можливість вибору у хворих громадян все-таки існує. Так, пацієнт із сільської місцевості має можливість звернення за консультацією до фахівця в обласну або столичну клініку, або до представника нетрадиційної медицини. Тому локальна монополія є чистою лише відносно й ідентифікується як така стосовно до умов конкретної території.

Крім "внутрішнього" ринку державних медичних послуг, конкурентний ринок представлений ще одним варіантом квазіринку, що теж функціонує на основі замовлень держави, але в приватному секторі. З іншого боку, використання суспільних ресурсів, означає виробництво квазісуспільних послуг.

Найближчим до чисто конкурентного ринку є ринок приватних комерційних медичних послуг. У порівнянні з ідеалом – досконалою конкуренцією, суб'єктам обмежено доступ до ринку у зв'язку з необхідністю одержання вищої або середньої спеціальної медичної освіти, тому на цьому ринку не може бути необмеженої кількості продавців (учбові медичні заклади мають квоти щодо випуску спеціалістів). Держава також обмежує пропозицію приватних медичних послуг видачею ліцензій. У США цю функцію виконує служба Medicare. Досить високою є інформованість продавців щодо умов функціонування ринку й порівняно вільного входження і виходу з нього. Сукупність пропонованих на цьому ринку медичних послуг неоднорідна і має тенденцію до подальшої диференціації. Отже, приватний конкурентний ринок медичних послуг являє собою велику кількість економічних суб'єктів, що надають різні послуги, – близькі субститути – і, згідно з цими ознаками, є ринком монополістичної конкуренції.

Проте, в умовах трансформаційної економіки можливе паралельне панування двох домінуючих приватних клінік, у той час як інші медичні установи займають невеликий ринковий сегмент. Виникнення дуополії зумовлено відносною незрілістю у порівнянні із зарубіжними аналогічними структурами ринку приватних стаціонарних послуг, що зустрічає багато перешкод для розвитку й конкуренції. Це підтверджує частка двох приватних клінік м. Києва – "Борис" (45%) і "Медиком" (40%) [9]. Констатується, з одного боку, відсутність змови, а, з другого, – взаємна конкуренція за багатьма показниками і на основі відповідно обраних стратегій маркетингу. Що стосується неконкурентного ринку суспільних медичних послуг, то дослідження показують, що на практиці переважна частина медичних послуг надається на тіньовій основі. В Україні розміри тіньової медицини значно вищі, ніж в інших колишніх соціалістичних країнах, хоча б через відсутність обов'язкового медичного страхування й низького рівня фінансування охорони здоров'я.

При цьому має місце підвищення цін на тіньові послуги – під впливом додаткових специфічних проявів монополізації, які пов'язані з деформаціями перехідного періоду. Можливе штучне створення монополізму лікарями посадовими особами з метою обмеження конкуренції з боку рядових фахівців за платоспроможного пацієнта. Ілюстрацією може слугувати монопольне використання нового хірургічного обладнання

(наприклад, лапароскопа) головними лікарями, що оперують, або завідувачами відділеннями. Ще один приклад – монополізація окремими лікарнями з хірургічним профілем ургенту, що допускає змову з бригадами "Швидкої допомоги" за певну плату, є метою першочергової "поставки" пацієнтів. Соціально-економічні наслідки для споживачів загальновідомі – їм доводиться виступати покупцями медичних послуг й оплачувати, за різними оцінками, від 50 до 75% медичних послуг. Насправді обсяг неконкурентного ринку державних медичних послуг в Україні є не дуже великим і обмеженим для використання переважної кількості населення на безкоштовній основі. В Італії, де значну частку донедавна становив тіньовий ринок, спостерігається зміцнення державних структур в регулюванні охорони здоров'я. У такий спосіб світова практика доводить прагнення до балансу державних і ринкових сил у суспільному секторі охорони здоров'я.

В контексті ідентифікації місця ринку медичних послуг у структурі національного ринку, його справедливо відносять І.Гашо, Т.Тарасова до ринку соціально-культурних послуг, але іноді виключають із ринку споживчих послуг. Ринок соціально-культурних послуг теж є споживчим у тому розумінні, що задовольняє особисті потреби громадян, хоча тут й мають місце позитивні екстерналії для всього суспільства. Виділення його в ринок соціально-культурних послуг виправдано у випадку обмеження всіх медичних послуг групою суспільних. Але якщо медичні послуги виступають як індивідуальні блага, їх можна відносити, подібно іншим послугам і продуктам, до споживчого ринку, на якому діють і з певними обмеженнями ринкові закони.

Сутність ринку медичних послуг багатогранна. Її пізнання можливе лише на основі системного підходу та виявлення у взаємозв'язку різноманітних елементів його структури, на базі використання широкого спектру критеріїв – медичних, соціальних, економічних, інституціональних.

Література:

1. Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы здравоохранения. – М.: Инфра-М, 2000. – С.75-81.
2. Міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки. – К. – 2002. – С.67.
3. Clewer A., Perkins D. Economics for Health Care Management. – London, Harlow: Financial Times Prentice Hall Europe, 1998. – P.130.
4. Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – С.60-61.
5. Clewer A., Perkins D. Economics for health care management. – London, Harlow: Financial Times Prentice Hall Europe, 1998. – P.3-5, 133-139.
6. Государство и отрасли инфраструктуры в современной рыночной экономике. – М.: Наука, 2001. – С.145.
7. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: пер.с анг. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА,2000. – С.75-81.
8. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі. – 2007 – Київ. – С.237.
9. Бизнес. – 2005– 17 мая – № 20. – С.112.