
Т.М.Камінська, канд. екон. наук

Харківський державний медичний університет

ПРО РОЗВИТОК КВАЗІРИНКОВИХ ВІДНОСИН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

У статті аналізуються причини формування, види, особливості і перспективи функціонування квазіринку медичних послуг у державному і приватному секторах перехідної економіки. Пропонуються конкретні напрями реформування охорони здоров'я з урахуванням формування і вдосконалення квазіринкових відносин, розглядається зарубіжний досвід і можливості його використання в Україні.

Перехідна економіка характеризується еkleктичністю форм господарювання, що поєднують у собі виникнення нових елементів, іманентних розвиненим ринковим відносинам, і збереження колишніх елементів. Повною мірою це стосується і функціонування соціальної сфери, у тому числі й охорони здоров'я. Її розвиток супроводжується формуванням економічних відносин, які в той же час несуть у собі спадщину ієрархічно організованої системи, що монополює надає медичні послуги. Ці економічні відносини виникають уже в умовах ринку, але не є повноцінно ринковими. Швидше, їх можна віднести до квазіринкових відносин. Вони формуються не тільки в перехідній економіці, але в ній набувають особливої ролі "містка" до розвиненого ринку медичних послуг, який є реальністю в провідних країнах.

З етимологічної точки зору квазіринку (*quazi-market*) – це "напівринку", або обмежений, нібито ринок, що відрізняється від класичного варіанту¹. В охороні здоров'я розвинених країн – Великобританії, Швеції, Фінляндії, Новій Зеландії, Італії – він розвивається як альтернатива надмірному державному тиску на процес надання медичних послуг. Ось чому теоретичні основи формування і розвитку квазіринкових відносин в охороні здоров'я, як правило, розглядаються зарубіжними авторами – такими, як Е.Кльовер, Д.Перкінз, Дж.Монтгомері, Р.Салтман, Т.Райс.² Російський економіст С.Шишкін підхоплює естафету і узагальнює основні відмінності квазіринкової моделі охорони

¹ У новому англо-російському словнику В.К. Мюллера частка квазі- (*quazi*) перекладається у двох варіантах: у складних словах – як напів-, а при самостійному вживанні це означає "наче, неначе, начебто, майже".

² *Clewer A., Perkins D.* Economics for Health Care Management. – England, London: Prentice Hall. Financial Times, 1998. – P. 3–5, 133–139; *Montgomery J.* The National Health Systems market. – In the book: Health Care Law. – Oxford: Oxford University Press, 2001. – P. 83–113; *Saltman R.B.* Balancing state and market in health systems reform // *European Journal of Public Health.* – 1997. – № 7. – P. 119–120; *Rise T.* Can markets give us the health system we want? // *Journal of Health Politics, Policy and Law.* – 1997. – № 2. – P. 383–426.

здоров'я від "справжнього" ринку³. Проте названі автори не торкаються особливостей формування цих відносин у перехідній економіці. Вони також аналізують, як правило, квазіринкові відносини в держсекторі охорони здоров'я і мало зачіпають приватний сектор. Мета нашого дослідження – виявити причини формування, види, особливості і перспективу функціонування квазіринку медичних послуг в обох секторах перехідної економіки.

Спочатку про причини формування квазіринку. У державній охороні здоров'я він обумовлений витратами централізованого управління соціальною сферою, яке на порядок вище, ніж традиційне регулювання інших сфер економіки у всіх країнах. Це пояснюється особливостями медичних послуг. Вони спрямовані на якісну зміну стану здоров'я пацієнта, яке об'єктивно є дуже сильною детермінантою якості життя. Охорона здоров'я впливає на тривалість життя, а цей показник є складовою індексу розвитку людського потенціалу. Інвестиції в людський капітал особливо запитані постіндустріальною економікою, тому якість медичних послуг цікавить не лише хворих людей, але й державу, а також виробників матеріальних і нематеріальних благ. Споживачі медичних послуг значною мірою страждають від асиметрії інформації, що викликана відсутністю у них медичної освіти і нездатністю мислити в екстрених випадках захворювання, складністю вимірювання якості медичних послуг, а також специфікою ринку праці лікарів, їх схильністю до стимулювання попиту для підтримки зайнятості. Більш висока роль держави на ринку медичних послуг пояснюється також тим, що в більшості країн закріплено конституційне право громадян на гарантований мінімум безкоштовних видів медичної допомоги.

Разом з тим ієрархічна охорона здоров'я відтворює істотні вади держави і не використовує ті переваги, які містить ринковий механізм розвитку. Це веде до зростання витрат виробництва і розподілу суспільних ресурсів, зниження мотиваційного механізму в поведінці виробників медичних послуг і посилення бюрократизму, ослаблення контролю якості діагностики і лікування та ін. Крім того, в перехідній економіці існують і інші причини, які обумовлюють необхідність використання ринкових інструментів у суспільному секторі охорони здоров'я. Виділимо серед них три основні – низький рівень його фінансування, невідповідність інституційних структур охорони здоров'я і економіки в цілому, наявність значного за масштабами тіньового ринку медичних послуг і неефективну структуру їх виробництва в легальному сегменті, яка виражається в переважанні високовитратного стаціонарного сектора.

Недофінансування охорони здоров'я (на його частку в Україні припадає 3,1% ВВП, у країнах ЄС – у середньому 8%) примушує ретельніше шукати резерви ефективного використання ресурсів.

Якщо поза соціальною сферою формуються всі три типи структур управління трансакціями, які виокремлює О.І.Уільямсон для ринкової економіки – класичний ринок, довгострокові контрактні відносини і ієрархія⁴, то в охороні здоров'я переважає остання структура, яка обростає тіньовими операці-

³ Шишкин С.В. Экономика социальной сферы. – М., 2003. – С. 60–61.

⁴ Уильямсон О.И. Экономические институты капитализма: фирмы, рынки, "отношенческая" контрактация: Пер. с англ. – СПб., 1996. – С. 690, 689.

ями. Виникає необхідність легального квазіринку як способу витіснення тіньових видів конкуренції. Наявність тіньового ринку медичних послуг свідчить про те, що ринковий механізм і так невпинно розвивається, проте без державного регулювання він відтворює всі свої "провали", що посилюються присутністю криміногенного сегменту. В 1990-і роки в Україні отримали розвиток тіньові види конкуренції, які не сприяли зростанню якості медичного обслуговування, а, навпаки, посилювали асиметрію інформації про нього. До них належать конкуренція за платоспроможного пацієнта між "вузькими" фахівцями всередині лікарень, між рядовими лікарями і зав. відділеннями за доступ до дорогого устаткування, між гінекологами-хірургами і поліклінічними гінекологами, між терапевтами і хірургами, між бригадами "Швидкої допомоги" за пацієнта, між хірургічними відділеннями різних лікарень за "доставку" "Швидкою допомогою" пацієнтів. Тіньова конкуренція сприяє "перекачуванню" і без того мізерних бюджетних засобів у кишені тих медиків, які мають до них доступ. Квазіриннок, навпаки, трансформує тіньову конкуренцію в легальну і допомагає ефективній алокації суспільних ресурсів. І, нарешті, необхідність відчутного збільшення кількості і якості первинних медичних послуг обумовлює пошук шляхів формування економічних стимулів розвитку сімейної медицини, які використовуються в системі "внутрішнього" ринку. От чому останніми роками він розвивається в деяких країнах з перехідною економікою⁵. В Україні він апробується як експеримент, що фінансується ЄС, у ряді областей, у тому числі і в Харківській області.

Головна перевага і суть квазіринкових відносин у системі суспільних медичних послуг полягає в органічному поєднанні економічного і соціального інститутів – конкурентного ринку і системи охорони здоров'я. Квазіриннок – це і є конкурентний ринок в держсекторі охорони здоров'я, який іноді називають "внутрішнім ринком" (*internal market*)⁶. Конкуренція виникає тому, що механізм бюджетного розподілу державних медичних послуг замінюється актом купівлі-продажу. Місцеві органи управління охороною здоров'я стають покупцями державних медичних послуг, до них долучаються структури страховок. Продавцями державних медичних послуг стають їх виробники, між ними виникає конкуренція за державне замовлення. Ще одна особливість "внутрішнього" ринку полягає в тому, що лікарі загальної практики (сімейні лікарі) як продавці первинних медичних послуг можуть водночас виступати і покупцями стаціонарних послуг. Джерелом грошових коштів є так званий глобальний бюджет, яким вони наділяються місцевими органами влади для обслуговування закрі-

⁵ Див. докладніше: *Салтман Р.Б., Фігейрас Дж.* Реформи системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер.з англ. – М., 2000. – 432 с; *Kozierkiewicz A., Karski J.* Hospital sector reform in Poland // *Euro health*. – 2001. – Volume 7. – Number 3. – P. 32–35.

⁶ *Clewer A., Perkins D.* Economics for Health Care Management. – England, London: Prentice Hall. Financial Times, 1998. – P.3; *Montgomery J.* The National Health Systems market. – In the book: *Health Care Law*. – Oxford: Oxford University Press, 2001. – P. 84; *Лебедев А. А., Лисицин Ю. П., Макарова Т. Н.* Применение комплексного финансирования здравоохранения в условиях внутреннего рынка // *Экономика здравоохранения*. – 1996. – N 9. – С. 38–42.

плених за ними жителів. Цей бюджет формується, виходячи з подушових нормативів, і витрачається на відшкодування витрат при наданні послуг пацієнтам і одночасно на закупівлю послуг лікарів-фахівців у стаціонарах.

Взаємодія ціни, попиту і пропозиції на квазіринку медичних послуг відрізняється від класичної. Тут попит, як невід'ємний його атрибут, не працює, як і в централізовано керованій охороні здоров'я. Водночас частина потреб у медичних послугах (гарантований державою мінімум), які оплачуються, перетворюються на якийсь агрегований, знеособлений попит. Умовою його формування є наявність покупців медичних послуг, які цей попит висувають, – місцевих органів або страхових компаній. Вони діють подібно пацієнту, який самостійно купує послуги, але відрізняються від нього значно більшою інформованістю. Попиту протистоїть пропозиція медичних послуг, ціни на які, що дорівнюють витратам виробництва, регулюються. Отже, ціновий механізм розподілу ресурсів не скидається з рахунків. Але тарифи встановлюються, як правило, нижчі, ніж рівноважна ціна, що дозволяє покупцям придбавати більшу кількість медичних послуг, ніж на традиційному ринку, і навпаки. "Внутрішній ринок" суспільних медичних послуг дозволяє делегувати роль арбітра у взаємостосунках виробників (продавців) і покупців, яка виконується державою з великими відхиленнями, ринковим силам. При цьому місцеві органи влади зосереджуються на захисті інтересів споживачів.

Отже, дану інституційну систему не можна віднести до класичного ринку, оскільки дії і покупців, і продавців регулюються і координуються, послуги оплачуються за допомогою законодавчо закріпленого перерозподілу доходів, а користувачі послуг одержують їх безкоштовно. Але це і не ієрархічно кероване медичне обслуговування, оскільки задіяні важелі конкуренції для зниження витрат. Допускаючи їх, система регульованого ринку додає економічному інституту, діючому в соціальній системі охорони здоров'я, стимулюючий зміст.

Незвичайним моментом тут є те, що в інституційну систему регульованого конкурентного ринку вплітається інший економічний інститут – локальна природна монополія в рамках конкретної географічної території. Найтипівішими її прикладами є поліклініки з територіальним прикріпленням населення, сільські амбулаторії сімейного лікаря, а також центральні районні лікарні, розташовані в передмісті. Неминучість природної медичної монополії обумовлена прив'язаністю до території обслуговування медичних послуг першого і другого рівня, оскільки хворій людині важко пересуватися і шукати. Тому, згідно з даними Українського інституту суспільного здоров'я, 95,7% госпіталізованих сільських жителів користуються медичними послугами на місцях⁷. Економічні наслідки подібної конкурентної структури загальновідомі – продавцю не треба боротися за споживачів. Хоча зрештою можливість вибору у хворих громадян все ж таки є. Так, сільському хворому можна звернутися за консультацією до фахівця в обласну або столичну клініку, до представника нетрадиційної меди-

⁷ Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі (щорічна доповідь, 2001 рік). – К., 2002. – С. 237.

цини. Тому локальна монополія є чистою лише відносно і ідентифікується як така стосовно умов конкретної території.

Зовсім іншим видом квазіринку медичних послуг є приватний сектор охорони здоров'я перехідної економіки, що виникає на першому етапі її становлення. За рубежем він формувався тривалий історичний період на основі концентрації власного капіталу. До приватних виробників належать структури лікарів загальної практики, невеликі лікарні або діагностичні центри, хірургічні амбулаторії, будинки сестринського догляду, хоспіси, приватні санаторії, невеликі центри реабілітації. Еволюція приватної медицини в розвинених країнах передувала становленню державної охорони здоров'я, і зараз обидва сектори співіснують. В Україні тривала еволюція була відсутня, а самодостатній розвиток приватного сектора на старті ринкових реформ не мав шансів на успіх, оскільки населення втратило особисті заощадження, а великі вітчизняні інвестори були відсутні. Процес первинного накопичення капіталу в 1990-і роки теж не супроводжувався, за винятком стоматології, стрімким розвитком приватних виробників медичних послуг на основі самофінансування. Проблема – в малій привабливості середнього і великого вітчизняного медичного бізнесу для приватних інвесторів. Він достатньо капіталомісткий: у відкриття однієї вузькопрофільної клініки потрібно інвестувати на придбання новітнього устаткування і наймання висококваліфікованих працівників 150–200 тис. дол.⁸, а великої клініки, за словами бізнесменів, – як мінімум, 3–5 млн дол. Період окупності такого підприємства складає від 7 до 10 років. Це дуже тривалий період для вітчизняних бізнесменів, націлених на сьогохвилинні вигоди, тому що довгі роки були відсутні стимули для стратегічного інвестування. Склалося правило, згідно з яким великий приватний капітал формується не в останню чергу за рахунок прямого вилучення ресурсів, призначених для держбюджету. Уповільнення обороту грошових коштів йому загрожує втратаю прибутку, ризиком реприватизації і кримінальних розслідувань. В умовах невизначеності і нестабільності капітал не інвестується у вільні ніші ринку приватних медичних послуг, а вивозиться за кордон. Що стосується приватних зарубіжних інвестицій, то в медицину вони теж не спрямовуються внаслідок відсутності умов для довгострокового вкладення капіталу і у зв'язку з непривабливим інвестиційним кліматом в Україні в принципі. Про це може свідчити таблиця.

Дані таблиці свідчать, що частка інвестицій в охорону здоров'я і соціальну допомогу в 2005 році складає 1,9%. Спостерігається тенденція до її зменшення з 2001 року, оскільки за загального збільшення інвестицій в 2,2 раза з 2001 по 2005 рік, приріст інвестицій в охорону здоров'я і соціальну допомогу складає всього 23,5%. Можна припустити, що вкладення у власне виробництво державних і приватних медичних послуг прямує до нуля.

Тому поява приватних стаціонарів і амбулаторних установ відбувалася в 1990-і роки за рахунок коштів, зароблених в інших галузях підприємництва (наприклад, у торгівлі). Малий медичний бізнес розвивався також на базі дер-

⁸ Уколы в ассортименте. Что мешает развиваться частному здравоохранению // День. – 2005. – № 155. – С. 6.

жавних установ з використанням широкого спектра "тіньових" господарських операцій, орієнтованих на миттєву вигоду. Між медичними фірмами найчастіше виникала недобросовісна конкуренція з агресивною рекламою, хибними діагнозами, оплатою непотрібних ліків і процедур. Преса 1990-х років наводила і ще продовжує наводити чимало подібних прикладів. На сьогодні деякі медичні фірми починають виникати на основі власних капіталовкладень, але в регіонах, де немає засобів на устаткування, такі установи створюються виключно під одного лікаря-професіонала. Великі приватні клініки розташовуються, як правило, в столиці і великих центрах, де з'являються джерела інвестування і відповідний платоспроможний попит на платні медичні послуги.

Таблиця

Обсяги прямих інвестицій до України⁹

(на початок року, млн дол. США)

Галузі	2001 рік	2003 рік	2005 рік
<i>Всього</i>	3865,5	5339,0	8353,8
Оптова торгівля і посередництво в торгівлі	836,8	854,8	1389,2
Харчова промисловість і переробка сільсько-господарських продуктів	775,5	852,3	1123,7
Фінансова діяльність	248,1	433,3	687,5
Охорона здоров'я і соціальна допомога	126,2	119,0	155,8

Отже, особливість виникнення і первинного розвитку ринку приватних медичних послуг у перехідній економіці полягає в тому, що це відбувається завдяки інвестуванню з найприбутковішого бізнесу немедичного характеру, умовою розвитку якого є первинне накопичення капіталу. У цей період поява нових суб'єктів медичного підприємництва неможлива без капіталізації частини "чужого" прибутку, тобто вона залежна від інших сфер економіки. Обмеженість ринку медичних послуг відрізняє його від класичного ринку і перетворює його на квазіринок, який не стимулює стратегію розширеного відтворення і не розвивається на основі стратегічного планування. Швидко отриманий прибуток майже повністю споживається власниками приватного капіталу, а не йде в накопичення. Обов'язковою складовою цього ринку стає тіньова економіка, у тому числі її кримінальна складова. Асиметрія інформації про якість медичної допомоги досягає деколи свого апогею.

Виняток, певною мірою, складає лише ринок приватних стоматологічних послуг. Разом з ринком медичного устаткування він збільшився в 2003 році на 25%, а кількість приватних стоматологів склала 7 тис. або 30% від їх загальної кількості¹⁰. Стоматологічні послуги стали платними одними з перших ще у 1988 році, коли в СРСР законодавчо був оформлений кооперативний рух. Та й у рамках радянської державної медицини тіньові платні послуги мали найбільші розміри саме в цій галузі охорони здоров'я. Нагромаджений початковий капітал використовувався для відкриття приватних стоматологічних кабінетів,

⁹ Статистичний бюлетень Держкомстату України за січень 2005 року. – № 1. – К., 2005. – С. 100; Статистичний щорічник України за 2001 рік. – К., 2002 – С. 274; Статистичний щорічник України за 2002 рік. – К., 2003. – С. 291.

¹⁰ Бизнес. – 2003. – 15 декабря. – № 61. – С. 146.

але теж не завжди. Початок їх роботи потребує капіталу сумою не менше 10 тис. дол. для оснащення найсучаснішим устаткуванням. Тому багато хто з них теж створювався на базі тіньового роздержавлення і орієнтувався на швидкий комерційний успіх.

Разом з тим останніми роками почали вимальовуватися два класичні варіанти розвитку ринку приватних медичних послуг – на основі послідовної концентрації капіталу і виробництва (в стоматології – від "кабінету на одне крісло" до великої клініки), а також на основі централізації капіталу і виробництва й інвестування у створення великих корпоративних клінік. На сьогодні рентабельність лідерів ринку досягає 10–15%¹¹. Дуже помітна тенденція до укрупнення для косметології. В Україні бум відкриття невеликих косметологічних салонів сьогодні змістився в регіони, а в столиці й великих містах відкриваються великі комплекси. Помітно розвиваються середні за розмірами клініки за рахунок позиціонування у вузькоспеціалізованій ніші. Найпривабливіші ніші – це молекулярні вірусні діагностичні дослідження, венеричні захворювання, офтальмологія, гінекологія, приватні пологові будинки. Середня клініка починає співробітничати з великою клінікою і з системою добровільного медичного страхування. Отже, відбувається "розмивання" квазіринку і розвиток традиційного ринку приватних медичних послуг.

Збільшити зовнішні джерела інвестування приватних медичних послуг дозволяє поєднання приватного виробництва з державним фінансуванням. Таку комбінацію можна розглядати як одну з форм специфікації прав власності в соціальній сфері. Вона розвиває контрактні відносини, які виступають аналогом ринкових операцій. Рамковий ефект договорів обмежує розподіл прибутку у вигляді дивідендів і стимулює самофінансування приватних виробників. Формується новий тип взаємодії держави і ринку, втілюють який, за словами А.Рассадіної, "перехідні господарські структури"¹². Неповна автономність виробників і обмеженість їх рішень робить цей ринок квазіринком. Одночасно, оскільки використовуються суспільні ресурси, можна говорити про виробництво квазісуспільних послуг. Воно дозволяє упроваджувати в соціальній сфері ефективніший приватний менеджмент. Реалізується і соціальна мета, коли уряди низки країн йдуть далі і субсидують споживачів, а не виробників медичних послуг. Подібна практика, коли пацієнтам, що не належать до багатого прошарку, надається доступ до технологічно досконалішої приватної медицини, отримала розвиток у Великобританії. Оплата лікування здійснюється державними ваучерами і сертифікатами¹³. В Канаді в основі оплати лежить пред'явлений рахунок за лікування в приватній клініці, сплачений державою¹⁴. Тим самим пацієнти фінансуються безпосередньо у сфері споживання. Це важливо з погляду соціального регулювання медичного виробництва, стимулювання конкуренції і розширення вибору для пацієнтів, індивідуалізації об-

¹¹ Уколы в ассортименте. Что мешает развиваться частному здравоохранению // День. – 2005. – № 155. – С. 6.

¹² Рассадина А. Государственный сектор в развитых странах (опыт Франции и Великобритании) // Экономист. – 2002. – № 6. – С. 17.

¹³ Демидова Л. Реформы общественного сектора на Западе // Мировая экономика и международные отношения. – 2001. – № 11. – С. 32.

¹⁴ Некрасова Л.С. Система здравоохранения Канады. – 1995. – № S3. – С. 10.

слуговування. Ваучерна система дозволяє створити додатковий механізм селекції якості, який здійснює споживач у своїх інтересах, і скоротити черги, які мають місце в державних клініках.

Таким чином, об'єктами квазіринку медичних послуг у перехідній економіці можуть бути приватні і державні послуги, при цьому квазіринок приватних послуг може існувати у двох видах. Перший його вид формується стихійно, завдяки особливостям стартового етапу ринкових реформ. Завданням держави є створення умов для його скорочення і розвитку повноцінного приватного ринку. Доцільне введення пільгового оподаткування частини прибутку підприємств для залучення в медицину великого капіталу з інших сфер бізнесу, що вже відбулися. Політика підтримки приватного сегменту включає також підвищення платоспроможного попиту споживачів, бо їхні інвестиції є на сьогоднішній день переважаючим джерелом фінансування приватного сегменту. Необхідно створювати однакові умови для державного і приватного секторів у питаннях оплати лікарняних листів, використання наркотичних засобів, сплати ПДВ за купівлю медичного устаткування. Розвитку приватної медицини сприяє розвиток інфраструктури і здешевлення матеріальних чинників виробництва, страхування, реальна боротьба з корупцією у ході отримання ліцензій і численних перевірок підприємств, активна антимонопольна політика, а також усі заходи, що сприяють зростанню якості послуг.

Другий вид квазіринку приватних медичних послуг відрізняється від першого тим, що він розвивається на більш високому рівні ринкових відносин, в умовах яких створюється значно більший ВВП, а в розпорядження держави перерозподіляється вища частка суспільних ресурсів. В українських умовах партнерство держави і бізнесу може розглядатися як перспектива і, перш за все, для столиці і великих міст. Але і на рівні регіонів у деяких випадках можуть бути використані резерви місцевих бюджетів. Але головне – необхідно формувати правове поле для роботи приватних сімейних лікарів, послуги яких закуповуватиме держава.

Третій вид – квазіринок державних медичних послуг – повинен формуватися цілеспрямовано, подібно тому, як це відбувається у країнах з перехідною економікою, що стали членами ЄС. Завданням держави є наділення державних медичних установ правомочністю власника і перетворення їх в автономні суб'єкти господарювання. Необхідна децентралізація ринку, розвиток договірної практики між продавцями і покупцями медичних послуг, а також стимулювання конкуренції за державне замовлення.

Комплексний підхід до аналізу квазіринкових відносин в охороні здоров'я, що охоплює обидва сектори – державний і приватний, – дозволяє отримати цілісну картину різноманітних форм господарювання, характерних сьогодні або можливих у перспективі для охорони здоров'я перехідної економіки, і визначити всю гаму перетворень, необхідних для радикального удосконалення медичного обслуговування. Досвід зарубіжних країн у цьому разі є надзвичайно корисним, тому що він демонструє, яким чином квазіринкові відносини апробуються в цивілізованому ринковому середовищі, формування якого є метою економічних перетворень.