

Наталія КАРПИШИН

## ДЕРЖАВНА ЕКСПАНСІЯ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ

Розробка нової соціальної стратегії, обумовленої реалізацією сучасної концепції ринкової економіки, диктує необхідність загальної оцінки стану соціальної сфери, виявлення причин кризи в її галузях і розробку невідкладних і довготермінових оздоровчих заходів. Особливого значення та уваги потребує сьогодні сфера охорони здоров'я, яка є не тільки споживчою, а й виробничою галуззю економіки, продуктом її є людський капітал – потенціал будь-якої виробничої і духовної діяльності.

Цікавим є факт, що японські вчені при прогнозуванні науково-технічного розвитку країни до 2005 року поставили на перше місце (за пріоритетами програм ступеня важливості) програму охорони здоров'я, а потім – продовольчу, охорону навколишнього середовища, безпеки і т. д. [5, с.36]. Логіка цього рішення у тому, що інвестиції у людський капітал породжують віддачу у вигляді оптимальної реалізації здібностей індивіда у всіх сферах суспільного життя. І те, що охорона здоров'я виступає як реальний фактор, що активно впливає на розвиток людських ресурсів і примножує матеріальні цінності суспільства в цілому, набуває соціально-економічного значення.

Охорона здоров'я є важливим сектором економіки. Дискусії і дебати навколо проблеми, якою бути системі охорони здоров'я, яким чином потрібно організувати і фінансувати цю галузь, не стихають. Дослідження у цій сфері навіть виділяють в окрему нішу – економіку охорони здоров'я. Здебільшого це теоретичні розробки і здобутки зарубіжних авторів, котрі прагнуть вникнути в соціально-економічну суть процесу надання медичних послуг. Вченими ведеться активний пошук ефективної моделі охорони здоров'я, яка б відповідала всім принципам ефективності та справедливості.

Світова практика знає сьогодні три моделі функціонування системи охорони здоров'я: *ринкова або приватна* (Самуельсон називає її ще “чистим ринком” [6, с. 334] ), *державна* (“націоналізована”) і *змішана*. У більшості країн з розвинутою економікою (саме цей досвід нас цікавить) система охорони здоров'я являє партнерство ринкової системи та уряду. Проте державний ринок медичних послуг є відносно молодим і головний період його становлення припадає на ХХ ст.

Традиційною моделлю до того часу був приватний ринок медичних послуг. Уряду відводилась мінімальна роль, оплата послуг здійснювалась через систему приватного страхування або через пряму особисту оплату. Пацієнт сам повністю платив за медичні послуги. Як так сталося, що виникла необхідність державного втручання? Що стало причиною створення цілої державної системи медичного обслуговування?

Фактично, політика держави в історії людства була мотивована пошуком справедливості та ефективності.

З розвитком історичних подій і виникненням проблеми неспроможності ринку в сфері медичного забезпечення уряди економічно розвинутих країн вирішили взяти систему охорони здоров'я під свій контроль і створити широкомасштабну модель надання медичної допомоги.

Ринкова модель потерпіла низку невдач, які призвели до відсутності ефективності в сфері медичних послуг і необхідності державного втручання.

Перша невдача. З розвитком капіталізму швидкими темпами почали відбуватись процеси індустріалізації і урбанізації. У результаті цього санітарне неблагополуччя, жалюгідне економічне становище робітників стали загрозою для держави і суспільства. Було зрозуміло, що у випадку спалаху епідемії фабрики та заводи стануть вогнищем і розсадником зарази. Ринок не зміг нести відповідальність і вести боротьбу з негативними зовнішніми ефектами (екстерналіями). І той факт, що для суспільства

перемога над інфекцією має велику користь, для господарюючого суб'єкта не вартує нічого.

У Росії саме страх холерної епідемії, котрий охопив адміністрацію, став причиною створення у 1866 р. інституту дешо схожого до обов'язкового медичного страхування – фабричної медицини [8, с. 76].

Отже, існування екстерналій, пов'язаних з певними хворобами, необхідність контролю за ними і створення певних правил карантину та обов'язкової вакцинації частково стали першопричиною виникнення державної системи охорони здоров'я.

Крім цього, на приватному ринку медичних послуг існує таке явище, як “попит, стимульований постачальником”. Споживач медичних послуг практично або зовсім не володіє інформацією щодо своїх потреб, необхідного рівня і форми лікування і цілком покладається на ту інформацію, яку надає лікар. Така асиметрія створює монопольне становище і можливість нав'язати. Тому уряду відводиться роль справедливого регулятора і захисника в сфері медичних послуг. Видача ліцензій, контроль за якістю медичних послуг – ці аспекти свідчать на користь державного втручання.

Інститут приватного медичного страхування відносно молода система, що стала частковою реакцією на неспроможність ринку в сфері медичного обслуговування. Далекі корені добровільного медичного страхування знаходимо ще в XVIII столітті в Англії. “Дружні товариства”, так називались установи, що за певний щомісячний або щотижневий внесок забезпечували допомогу у випадку хвороби чи іншого нещастя [2, с. 5]. Це був у чистому вигляді інститут добровільного медичного страхування. Страхування здоров'я дало можливість знизити ступінь ризику та у випадку настання хвороби перекласти оплату на інших застрахованих, а не завжди була можливість заощадити певну суму коштів і оплатити необхідні ринкові медичні послуги.

У США сьогодні існує самодостатній приватний ринок медичного страхування. Близько 80% усіх американців застраховані різними видами медичного страхування [11, с. 370]. У США найінтенсивнішого розвитку цей вид страхування отримав після Другої світової війни. Зростання популярності його серед населення в історії страхування не мав рівних. Для прикладу, лише за період 1950 – 1964 рр. витрати на медичне страхування зросли з 9% до 21% від загальної суми національних витрат на охорону здоров'я. Сьогодні вони становлять близько 32% [9, с. 370].

Проте і приватне страхування здоров'я не позбавлене певних вад і недоліків.

Проблема в тому, що приватне страхування не поширюється на “погані ризики” і не охоплює деякі групи з числа громадян. Чим більша в людини імовірність захворіти, тим дорожче буде коштувати страховка або взагалі їй може бути відмовлено у страхуванні. До цієї групи ризику можна віднести літніх людей, дітей, інвалідів, малозабезпечених осіб. Зрозуміло, що страхові компанії проводять тимуть спрямований відбір клієнтів за їхніми доходами і станом здоров'я. Найкращими клієнтами для системи приватного медичного страхування є заможні і здорові люди.

У цій ситуації, кому як не державі брати опіку і надавати медичну допомогу незалежно від платоспроможності, статі, віку, стану здоров'я і т.д. По суті саме ця проблема змусила консервативне американське суспільство засумніватись у силі “невидимої руки” і частково віддати перевагу уряду, внаслідок чого було розроблено державні програми диференційованої медичної допомоги для літніх і бідняків (“Medicare”, “Medicaid”). Сьогодні сума коштів на програму соціального страхування “Medicare” становить близько 58% усіх витрат федерального бюджету США на охорону здоров'я [7, с. 50].

Частка державного фінансування у сфері охорони здоров'я США є меншою, ніж у більшості західноєвропейських країн (близько 41%). [10, с.15]. І хоч американське суспільство незадоволене власною системою охорони здоров'я, але обережно ставиться до закликів збільшити державний контроль над цією сферою [6, с. 330]. Піддаються критиці



*Джерело: The Economist, October 24-30<sup>th</sup>. - 1998. - С. 15.*

націоналізовані системи охорони здоров'я на зразок Великобританії, де частка державних витрат на ринку медичних послуг становить близько 85%, мотивуючи це тим, що така модель сприяє зростанню податкового тиску і як наслідок – збільшенню затрат на виробництво і зменшенню стимулів до праці та заощаджень.

Проте на відміну від США передові країни Західної Європи обрали саме шлях одержавлення сфери медичних послуг, що пояснюється соціально-спрямованою ментальністю та егалітарним способом суспільного мислення. Тут поширена точка зору, що медична послуга так само як і право голосу, право на життя не може бути ринковим товаром і жодна особа, незалежно від рівня її доходу, не має виключатись із системи відповідної медичної допомоги.

У 1883 р. в Німеччині вийшов закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного медичного страхування, ставши прикладом для інших індустріальних країн [2, с. 11]. Збіг сприятливих історичних обставин – існуюча сильна централізована державна влада (“залізний канцлер” Бісмарк) і високорозвинутий робітничий рух допомогли втілити ідею обов'язкового страхування у життя. Внутрішня політика Бісмарка, за принципом “батога і пряника”, посприяла створенню державної системи охорони здоров'я, котру сьогодні інколи називають “соціальною”.

Активний процес одержавлення ринку медичних послуг у Західній Європі почався після Другої світової війни. В Англії ще в 1942 р. пропозиції Уільяма Беверіджа, відомі під назвою “план Беверіджа”, лягли в основу ряду законів про державну систему медичного обслуговування [1, с. 32].

Сьогодні державні витрати на охорону здоров'я передових зарубіжних країн становлять більше половини всіх витрат на ринку медичних послуг. До трійки перших входять Великобританія (близько 85%), Швеція (84%), Франція (79%) (дані діаграми 1).

Державна система охорони здоров'я усунула цілий ряд ринкових невдач і за останні роки досягла позитивних результатів. Про це свідчать великі науково-технічні винаходи в цій галузі, профілактичні заходи, зростання тривалості життя населення. У багатьох країнах реалізовано принцип доступності базових медичних послуг незалежно від платоспроможності, адже проблема нерівності стала однією з причин державного втручання у сферу медицини.

Проте можливості урядової опіки теж є обмеженими і крайнощі в сфері медичного обслуговування (абсолютна монополія ринку або держави) призводять до втрати ефективності і як наслідок – до погіршення суспільного здоров'я.

В Україні активне одержавлення у сфері медичних послуг відбулось з приходом радянської влади. Вся медицина опинилась під централізованим контролем і фінансувалась з Державного бюджету.

Сьогодні в країні взято курс на ринкову економіку і державна медична монополія дещо послаблює свої позиції. Приватний сектор медичних послуг стає реальністю: це і певний розвиток добровільного медичного страхування, і існуюча мережа приватних медичних закладів, що надають платні послуги населенню.

Та проблеми системи охорони здоров'я в Україні продовжують зростати і загострюватись. Бюджетне фінансування внаслідок відсутнього дефіциту коштів поступово скорочується, але хворіти населення менше не стало. У свою чергу приватний ринок медичного забезпечення перебуває у стадії зародження і є недосконалим. Тому щораз більше сфера охорони здоров'я відходить у тінь економіки, що важким тягарем лягає на плечі хворих і їх бюджет.

Цей короткий екскурс в історію становлення державної системи охорони здоров'я дає можливість переконатись, як протягом XX століття збільшились масштаби державної діяльності в сфері медицини, як економіка здоров'я не терпить крайнощів ринкового забезпечення і державного втручання, але щедро нагороджує суспільство у випадку раціонального поєднання цих двох партнерів: ринку і уряду.

#### *Література*

1. Андрущенко В. Л. Фінансова думка Заходу у XX столітті (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів). – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с.
2. Вигдорчик Н. А. Социальное страхование. – С.-Петербург: Практическая медицина, 1912. – 302 с.
3. Державні фінанси: теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.
4. Матеріали по історії розвитку охорони здоров'я на Україні. Під ред. Дупленко К. Ф. – К.: Держмедвидав УРСР, 1957. – 365 с.
5. Сердюк А. М. Непростые заботы человечества: научно-технический прогресс, здоровье, экология. – М.: Политиздат, 1988. – 299 с.
6. Самуэльсон Пол А., Нордхаус Вильям Д. Экономика. : Пер с англ. Под ред. Тарасевича Л. С., Леусского А. И. – М.: Бином-КноРус, 1997. – 854 с.
7. Стігліц Дж. Е. Економіка державного сектора: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 854 с.
8. Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування.// Фінанси України. – 2000. – №1. – С. 76 – 87.
9. Mark R.Green Risk and Insuranse – II ed. – South-Western pub.com., 1968. – 854p.
10. Out of sorts / The Economist, October 24 – 30 th. – 1998, – 15p.
11. Financing medical care. The World Book Encyclopedia. – 1994. – p. 370.