Анна МОКРИЦЬКА

СУТНІСТЬ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ОСНОВА ЇХ ФІНАНСУВАННЯ

Досліджено сутність медичних послуг, визначено їх місце в системі суспільних благ. Здійснено класифікацію медичних послуг за окремими ознаками та виділено їх характерні особливості, що може стати основою для визначення видів, обсягів, порядку та умов надання гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги та запровадження прогресивних методів фінансування (оплати) медичних послуг.

Сфера охорони здоров'я, у якій виробляється специфічний товар – медичні послуги, належить до загальної системи економічних відносин. При цьому її роль постійно зростає, оскільки в умовах науково-технічного прогресу і розробки інноваційних технологій охорона здоров'я займає одну з основних позицій у забезпеченні ефективності суспільного відтворення. Система охорони здоров'я України, володіючи технічним, кадровим і фінансовим потенціалами, виявилася неспроможною забезпечити реалізацію конституційних прав громадян України у сфері медичного обслуговування, задовольнити потреби суспільства та користувачів медичних послуг. Соціально-економічні реформи в Україні не супроводжувалися здійсненням відповідних перетворень у галузі охорони здоров'я, що спричинило її сучасний незадовільний стан, неадаптованість до умов ринкового господарювання, неспроможність забезпечити належний рівень якості і доступності медичної допомоги населенню, неврахування тенденцій розвитку та реформування охорони здоров'я як складової світової та національної економік. Незважаючи на закладені вітчизняним законодавством основи формування системи соціальних гарантій в Україні, яка відповідала б вимогам цивілізованого ринкового господарства, на практиці про повноцінне виконання соціально-гарантуючих функцій держави у сфері охорони здоров'я сьогодні стверджувати передчасно. Головною причиною такої ситуації є відсутність порядку та умов надання гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги.

Сучасні дослідники З. Гладун, Н. Дейкун, Л. Жаліло, В. Журавель, Л. Пиріг, В. Пономаренко, І. Солоненко вважають, що незадоволеність пацієнтів якістю надання медичної допомоги, її ефективністю та доступністю є одним із недоліків в організації й управлінні національною системою охорони здоров'я. Тому одним з пріоритетних напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні вчені розглядають забезпечення якості надання медичної допомоги населенню та підвищення її ефективності.

В Україні ситуація складається таким чином, що до цього часу не запроваджено єдиних стандартів надання медичної допомоги, відповідно немає визначення стандартів якості медичних послуг, які мав би отримувати кожен пацієнт. Цю проблему

необхідно вирішувати шляхом розроблення та прийняття єдиних державних стандартів надання медичних послуг пацієнтам, та, зокрема, визначення обсягів, якості й умов надання гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги.

У вітчизняній науковій літературі теоретичні і практичні аспекти розвитку системи державних соціальних гарантій з охорони здоров'я досліджували такі економісти, як О. Василик, А. Величко, Н. Губар, Н. Карпишин, М. Комуніцька, Я. Радиш; спеціалісти з організації охорони здоров'я: А. Голяченко, Т. Педченко, М. Поліщук та ін., увагу питанню державних стандартів надання медичних послуг пацієнтам приділяли: Я. Березницький, М. Білинська, Г. Дзяк, Д. Карамишев, Н. Кризина, І. Рожкова, Н. Ярош.

Викладене вище актуалізує дослідження сутності та класифікації медичних послуг, що може стати основою для визначення видів, обсягів, порядку та умов надання гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги та запровадження прогресивних методів фінансування (оплати) медичних послуг.

З огляду на це, метою статті є визначення сутності і характерних особливостей медичних послуг, виокремлення джерел та специфіки фінансування різних груп медичних послуг.

Соціально-економічні перетворення, розвиток ринкових відносин в Україні надають фінансовому стану охорони здоров'я нестійкого характеру, що ставить цю галузь у залежність від можливостей державного фінансування і кон'юнктури ринку. Особливості послуг охорони здоров'я потребують залучення соціальних механізмів ринкової економіки для досягнення ефективності їх реалізації.

Медичні послуги є об'єктивно необхідним елементом кінцевого споживання в цивілізованому суспільстві, при цьому послуги охорони здоров'я - не звичайний ринковий товар, виробництво і споживання якого визначаються співвідношенням платоспроможності попиту та пропозиції, а соціальне благо, яке має бути надано людині у будь-якому випадку, незалежно від того, багата вона чи бідна, здатна його оплатити чи ні [1, 16].

На наш погляд, не можна говорити про те, що охорона здоров'я не може і не має розвиватися за законами ринкового господарювання. Саме в умовах ринкових відносин з'являються передумови радикальних змін в організації охорони здоров'я. Звісно, в Україні на даний момент ринкові відносини не можуть бути розповсюджені на всю систему надання медичної допомоги. Таке становище обумовлено, по-перше, практично повним державним регулюванням діяльності медичних установ, по-друге, обмеженим числом медичних установ, серед яких можлива конкуренція, регулююча роль якої стосовно якості медичних послуг очевидна. У зв'язку з цим, цілком виправданою є поява двох категорій, що позначають кінцеві результати лікарської діяльності. Так, "медична допомога" – це кінцевий результат безкоштовної медицини, тоді як "медична послуга" – це продукт або товар медицини платної. На нашу думку, безкоштовної медицини не існувало і не існує. Безкоштовне надання медичних послуг пацієнтам можливе тільки в тому випадку, коли оплата здійснюється іншими платниками (державою, підприємством або "знеособленим" платником податків до бюджету) .

Дослідження функціонування ринкової економіки свідчить, що соціальна сфера робить суттєвий внесок у збільшення національного доходу соціальними послугами, що надаються населенню. Послуги постають особливими самостійними споживчими цінностями, що мають вартість і ціну. Інакше кажучи, з економічного погляду послуги є такими ж продуктами праці, як і матері-

альними благами. Частину з них споживач отримує в обмін на грошові доходи, а частину – в своє розпорядження при виникненні потреб, які можуть бути задоволені безкоштовно для споживача. До безкоштовних належать соціально значущі послуги, що сприяють відтворенню працездатності людини, її життєдіяльності, професійному розвитку. Однак безкоштовних послуг, як правило, не буває. Вони мають свого покупця в особі держави (або представників інтересів держави: управлінь охорони здоров'я, територіальних фондів обов'язкового медичного страхування, страхових медичних організацій), які оплачують їх виробництво, займаючи при цьому здебільшого монопольне становище; або в особі суб'єктів господарювання (в умовах страхової медицини), які мають бажання організувати додаткові медичні послуги для своїх співробітників; а також в особі самого пацієнта. Саме монопольне становище держави як єдиного покупця медичних послуг і спричинило фінансування галузі за залишковим принципом. Споживач же виступає реальним покупцем медичної послуги, оскільки є носієм попиту на неї, як на товар. У зв'язку з вищесказаним, вважаємо за можливе для позначення кінцевого продукту медичного виробництва, фінансованого за рахунок бюджетних чи інших коштів, використовувати категорію "медична послуга". В умовах ринкової економіки медична послуга виступає як специфічний особливий товар, наділений певними характеристиками.

У зарубіжній практиці великий вплив на організацію фінансів охорони здоров'я здійснила теорія суспільних благ, початок якої заклав А. Сміт (1723–1790) та продовжили лауреати Нобелівської премії з економіки Дж. Б'юкенен і П. Самуельсон, а також Е. Аткінсон, К. Ерроу, Р. Масгрейв, Г. Менкью, В. Нордгауз, Дж. Стігліц та ін. Вони трактували охорону здоров'я як суспільне благо, доступ до котрого повинні мати усі члени суспільства, незалежно від можливостей оплатити його. Для суспільних благ характерні такі характерні особливості, як неконкурентність, неподільність у споживанні, неможливість усунути індивідів від користування вигодами від цих благ, суспільна цінність, суспільна ефективність (рис. 1).

Неконкурентність, невинятковість та неподільність у споживанні, які є одними з основних особливостей суспільних благ, на що звертають увагу М. Блауг, С. Брю, К. Макконелл, Н. Менкью, П. Самуельсон, Дж. Стігліц та ін. [2; 3; 4; 5; 6], означають, що споживання медичних послуг одним індивідом не зменшує доступності цих соціальних послуг для інших людей. Ці особливості передбачають, що збільшення кількості споживачів благ не спричинює зменшення корисності, яку отримує кожен з

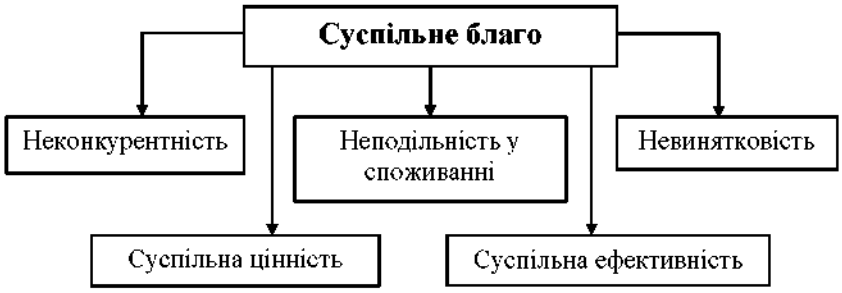

Рис. 1. Характерні особливості суспільного блага*

* Складено на основі [2; 3; 4; 5; 6].

них, тобто споживачі не конкурують між собою за право користуватися тим чи іншим благом. Також збільшення кількості користувачів цим благом, як правило, не тягне за собою суттєвого збільшення витрат на задоволення цього попиту, тоді як поява додаткового споживача збільшує ефективність від його надання для всього суспільства [6; 7; 8], тобто має місце суспільна ефективність. Такі блага представляють собою цінність лише тому, що призначені не для однієї людини. Збільшення споживачів у таких випадках суттєве не лише з точки зору мінімізації затрат, а й із позицій досягнутого ефекту [9, 37].

Таким чином, в умовах ринкових відносин, медична послуга виступає специфічним товаром, який володіє наступними характерними властивостями:

– непередбачуваність (пацієнт, що прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат відвідування, а необхідність в медичній послузі оцінюється споживачем вже після надання цієї послуги);

– невіддільність від джерела послуги (пацієнт, що записався до певного лікаря, отримає вже не ту послугу, якщо потрапить через відсутність одного лікаря до іншого);

– непостійність якості (одну і ту ж медичну послугу лікарі різної кваліфікації надають по-різному);

– неможливість нагромадження (медична послуга існує (виникає) тільки в момент споживання, у зв'язку з чим не можливе її нагромадження і зберігання).

Згідно з підходом Л. Рове та Г. Хеннеланда, профілактика хвороб населення є суспільним благом у світовому масштабі, вигідним за такими позиціями: по-перше, попередження захворюваності однієї особи спричинює позитивний ефект не тільки для неї, а й для інших індивідів, котрі могли б заразитися; по-друге, добре організована охорона здоров'я нації має глибокі економічні наслідки, пов'язані зі збереженням добробуту населення й підтримкою продуктивності економічної системи [10, 105].

Загалом у XIX ст. у країнах із соціалістичним ладом планова економіка демонструвала великі успіхи у створенні і використанні суспільних благ, зокрема в таких сферах, як оборона, наука, наукові дослідження у сфері охорони здоров'я, освоєння космосу та ін. Щодо забезпечення приватних благ державними фінансовими ресурсами, то в умовах переходу до ринкової економіки це стало причиною менш ефективного, порівняно з ринковою економікою, використання фінансових ресурсів.

Можуть існувати розбіжності у поглядах, куди віднести певні програми. Дж. Е. Стігліц подає державні програми охорони здоров'я як наближені до чистих товарів суспільного споживання. Програма, внаслідок якої населення позбувається деяких захворювань, приносить вигоду всім членам суспільства: було б неможливим чи небажаним ізолювати будь-якого індивіда від цих вигод [6, 162]. Звісно, якщо до державних програм віднести вакцинацію, значні наукові дослідження, пов'язані з цією проблемою, то ми вважаємо це виправданим. Проте стосовно інших медичних послуг однозначної відповіді дати не можна. Держава може пропонувати товари індивідуального споживання. Якщо товар індивідуального споживання надається безкоштовно, то, ймовірно, виникне надмірне споживання цього блага. Оскільки індивіду не потрібно платити за товар, то попит на останній зростатиме до тих пір, поки гранична вигода, яку він отримує від блага, дорівнюватиме нулю, незважаючи на той факт, що з пропозицією цього блага пов'язані реальні затрати. У випадках, таких як певні види медичних послуг, спотворення внаслідок надмірного споживання можуть сягати великих розмірів. У даному випадку знижен-

ня добробуту може вимірюватися різницею між тим, скільки індивід готовий заплатити за зростання обсягу виробництва від точки, коли ціна дорівнює граничним витратам, до точки, коли ціна дорівнюватиме нулю, та затратами на збільшення виробництва між цими точками [6, 169].

Не всі медичні послуги можуть бути зараховані до суспільних благ. Значна їх частина задовольняє індивідуальну потребу споживача, оплачується ним і стає недоступною для інших споживачів. Іншими словами, вигоди такого блага платні та конкурентні в споживанні. Отже, за місцем в системі суспільних благ вирізняють медичні послуги, які задовольнять приватні потреби споживачів, і є швидше приватним благом та наближені до чистих суспільних благ. Фундаментальні наукові дослідження у галузі медицини відносять до суспільних благ, які повинні фінансуватися з бюджету держави. Однак в умовах обмеженості фінансових ресурсів виникає проблема: як визначити, яка із запропонованих програм найбільш перспективна та обіцяє найбільшу вигоду? Взагалі ефективне надання суспільних благ є процесом більш складним, ніж надання приватних благ. Покупці приватного товару визначають його цінність за допомогою ціни, яку вони готові заплатити. Коли економісти оцінюють необхідність надання урядом суспільного блага, вони не мають можливості скористатися ціновими сигналами. Відповідно, оцінка витрат і вигод суспільних проектів є у кращому випадку приблизним розрахунком [4, 154]. Ринкові критерії визначають "належну" кількість суспільних благ і рішення про надання цих благ приймається за суспільною згодою. Отже, за методами розподілу вирізняємо ринкові медичні послуги (тобто такі, попит на які може стимулювати їх "виробництво") та неринкові.

М. Блауг зазначає, що тільки політичне рішення шляхом голосування може визначити кількість суспільних благ, яку потрібно виробляти [2, 453]. Американський економіст Г. Таллок у монографії про суспільні блага дав влучну назву "приватні потреби суспільними засобами", маючи на увазі, що ринок неспроможний взагалі, або адекватно реагувати на суспільні потреби в сфері оборони, національної безпеки, освіти, охорони здоров'я та ін., тому в формі так званого "вимушеного колективізму" держава бере на себе важливі для життєдіяльності суспільства функції, фінансуючи їх за рахунок суб'єктів господарювання і громадян. Отже, держава може сама вирішувати, які з медичних послуг будуть надавати державні заклади, а які – приватні. Тому за способом виробництва вирізняємо приватні та державні медичні послуги.

Незважаючи на те, що існує низка класифікацій медичних послуг, наприклад, за характером – профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультаційні, реабілітаційні; за сегментами галузі охорони здоров'я – стаціонарні, амбулаторно-поліклінічні, санітарно-гігієнічні, параклінічні, епідеміологічні; за рівнями надання медичної допомоги – спеціалізовані, високоспеціалізовані, долікарські, лікарські медичні послуги, чинним законодавством визначені види медичної допомоги (швидка та невідкладна, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, санаторно-курортна тощо) та перелік платних медичних послуг (косметологічна допомога, анонімне обстеження, медичні огляди, протезування та ін.), вони також можуть бути класифіковані "за джерелами фінансування". За джерелами фінансування можна виділити медичні послуги, отримання яких для користувача буде платним або ж безоплатним. Таким чином, всі медичні послуги можна розділити на чотири групи:

– основні медичні послуги, тобто послуги, які фінансуються за рахунок бюджетних коштів або коштів обов'язкового медичного страхування;

– оплачувані медичні послуги, тобто послуги, що фінансуються за рахунок коштів конкретного підприємства і призначені для працівників даного підприємства (ці послуги можуть надаватися також в рамках добровільного медичного страхування);

– платні медичні послуги, тобто послуги, надання яких пацієнт оплачує за рахунок власних коштів у повному обсязі після надання йому цих послуг;

– спеціальна медична допомога – це комплекс послуг, фінансування яких здійснюється цільовим призначенням тільки за рахунок бюджетних коштів.

Е. Аткінсон та Дж. Стігліц зазначають, що перш, ніж віддати перевагу державі у наданні того чи іншого блага, слід врахувати факт, що рішення може залежати від вибору інструментів, які є в розпорядженні держави та звертають увагу на адміністративні витрати, розмаїття смаків, перерозподільчі цілі та ін. Якщо за приватного забезпечення суспільними благами споживач сам робить вибір на користь того чи іншого товару, то за державного забезпечення такі завдання повинна вирішувати держава [1, 678].

Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я потребують державного регулювання та дієвої економічної політики, які в ринкових умовах залежать від потреб держави і населення як користувачів медичних послуг та платників податків. Держава при виборі соціальної політики та розробки моделі організації фінансів охорони здоров'я повинна зважати на особливості медичних послуг, їх місце в системі суспільних благ, на традиції, звички, потреби людей і умови надання медичних послуг.

Література

1. *Корчагін В.П. Вартість медичних послуг: реальний об'єм і інфляційна складова / В.П. Корчагін // Економіка охорони здоров'я. – 1997. – № 6 (18). – С. 5–8.*

2. *Блауг М. Економічна теорія в ретроспективі. – К., 2001. – 684 с.*

3. *Макконнелл К., Брю С. Макроекономіка: Пер. з англ. – 13-е вид. – Львів: Просвіта, 1997. – 671 с.*

4. *Менкью Н. Г. Принципы экономикс: Учебник. – Санкт-Петербург: Питер Ком, 1999. – 784 с.*

5. *Самуэльсон П. А., Нордхауз В. Д. Экономика: Пер. с англ. – 15-е изд. – М.: Бином-КноРус, 1997. – 799 с.*

6. *Стігліц Дж. Е. Економіка державного сектора. – К.: Основи, 1998. – 854 с.*

7. *Аткинсон Э. Б., Стиглиц Дж. Э. Лекции по экономической теории государственного сектора: Учебник; Пер. с англ. под ред. Л. Л. Любимова. – М.: Аспект Пресс, 1995. – 832 с.*

8. *Державні фінанси: Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі / За ред. Ю. Немеца: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.*

9. *Якобсон Л. И. Экономика общественного сектора: Основы теории государственных финансов: Учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс, 1996. – 319 с.*

10. *Abbing R. Health, human rights, and health law: the move towards internationalization, with special emphasis on Europe. In: Health legislation at the dawn of the XXIst century // International digest of health legislation, special issue. – Vol. 49. – No. 1. – 1998. – 205 p.*