

## Держава і ринок медичних послуг: концептуалізація причин і наслідків взаємодії

*Статтю присвячено огляду сучасних наукових теорій, які досліджують питання державного регулювання ринку медичних послуг. Обґрунтовано основні причини функціонування держави на ринку медичних послуг в сучасній економіці.*

*Статья посвящена исследованию современных научных теорий, изучающих вопрос государственного регулирования рынка медицинских услуг. Обоснованы основные причины участия государства на рынке медицинских услуг в современной экономике.*

*The article is devoted to research of modern theories, studying question of the government regulation of the market of medical services. The author has substantiated the basic reasons of the government activity on the market of medical services in modern economy.*

**Постановка проблеми.** Ринок як об'єктивна форма організації та функціонування економічних зв'язків господарюючих суб'єктів має надзвичайно складну структуру взаємопов'язаних і взаємообумовлених елементів. За економічним призначенням об'єктів ринкових відносин у його структурі виділяють такі елементи: ринок капіталів, ринок праці й товарний ринок. Особливо важливе місце на товарному ринку займає ринок товарів і послуг, що об'єднує: ринки продовольчих та побутових товарів, транспортних, освітніх, комунальних і медичних послуг.

Ринок медичних послуг – це складна система економічних відносин, що виникають між виробниками та споживачами з приводу купівлі–продажу медичних товарів і послуг. Повноцінне функціонування ринкових відносин у цій сфері передбачає високий ступінь раціональності й економічної самостійності у господарській поведінці економічних суб'єктів, еквівалентний обмін, вільну конкуренцію та вплив закону вартості, попиту і пропозиції. За допомогою дії ринкових регуляторів ринок спроможний самостійно й об'єктивно вирішувати значні економічні завдання. Однак у процесі розвитку економічних відносин виникають проблеми, з якими ринковий механізм не може успішно справлятися без допомоги держави. Тому ринок медичних послуг функціонує в органічному поєднанні двох взаємодоповнюючих елементів, ринкового механізму і державного регулювання.

У сучасному світовому товаристві завдяки науково–технічному прогресу і стрімкому економічному розвитку відбувається процес поступового одержавлення ринку медичних послуг та зростання ролі держави у забезпеченні медичного обслуговування. Які ж основні причини державної ек-

спансії на ринку медичних послуг і чи участь держави є обов'язковою умовою розвитку і функціонування будь-якої системи медичного обслуговування?

**Аналіз досліджень та публікацій з проблеми.** Дослідженням теоретичних основ економіки охорони здоров'я і наукового обґрунтування ролі держави у фінансовому забезпеченні цієї галузі займалися представники різних наукових шкіл, зокрема: П. Самуельсон, Б. Абель–Сміт, Дж. Е. Стігліц, Г. Беккер, Т. Шульц, Дж. Кендрік та ін. Серед українських науковців, які вивчали економічні закономірності функціонування сектору медичного обслуговування і досліджували практику організації зарубіжних та вітчизняної систем охорони здоров'я, можна назвати А. Голяченка, В. Рудень, М. Шутова, В. Бідного, Ю. Вороненка, Б. Криштопу та ін. Незважаючи на проведені дослідження, в наукових роботах приділено недостатньо уваги питанням державного регулювання ринку медичних послуг та обґрунтування ролі держави у цьому секторі економіки.

**Метою статті** є з'ясування причин необхідності державного регулювання ринку медичних послуг з позиції аналізу сучасних наукових теорій: теорії відмови функціонування ринку; теорії суспільних благ; теорії людського капіталу та «інвестицій у людину»; теорії суспільного вибору. Також виокремлення основних функцій, які виконує держава у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку суспільства.

**Виклад основного матеріалу.** Аналізуючи тенденції розвитку ринку медичних послуг у світовому господарстві, можна відзначити, що держава завжди впливала на діяльність даного сектору економіки і відігравала важливе значення у виконанні такої функції, як охорона здоров'я. Світове співтовариство пройшло тривалий еволюційний шлях практичної апробації і наукової полеміки стосовно участі держави на ринку медичних послуг.

В умовах вільної ринкової економіки (початок XVI – кінець XIX ст.), коли на ринку медичних послуг домінувала приватна ініціатива, державна медична допомога функціонувала швидше як необхідний елемент опіки і благодійництва з метою захисту певних верств населення. На ринку медичних послуг діяли жорсткі економічні закони, й медична допомога була приватною справою кожної людини. В економічній науці панували ідеї вчених–класиків, і предметом наукових дискусій служили найчастіше питання: які обов'язки має виконувати держава, і як їх виконання вплине на розвиток ринкових відносин, на економічне зростання країни та рівень її добробуту. Державі відводили скромну,

## ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ініціально можливу роль в економіці й на ринку медичних послуг зокрема. Вчені того часу (У. Петті, А. Сміт, Д. Рікардо з іншими) безмежно вірили у силу «невидимої руки» ринку і зміщали приватну ініціативу. Вони визнавали необхідність державного фінансування окремих суспільно важливих потреб, однак не з'ясовували причин такого втручання і більше поклалися на «ринкову інтуїцію».

Активізація діяльності держави на ринку медичних послуг і стрімкий розвиток державного сектору охорони здоров'я почали відбуватись у XX столітті. Науково-технічний прогрес, економічний розвиток і гуманізація суспільства сприяли процесу одержавлення ринку медичних послуг та підвищенню відповідальності держави в даному секторі економіки. Усвідомивши економічну доцільність і соціальну необхідність охорони здоров'я, уряди багатьох країн світу почали брати активну участь у визначенні пріоритетів та формуванні політики цієї сфери. У результаті заходів, які вжила держава, виникла розгалужена мережа медичних закладів державної і муніципальної форми власності, залучено значну кількість кваліфікованих кадрів, підготовлено відповідну матеріально-технічну базу. Все це привело до значних фінансових зобов'язань і зростання обсягів державних витрат у сфері охорони здоров'я. Якщо проаналізувати частки державного фінансування у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в економічно розвинутих країнах світу, то можна побачити, що цей показник досягає рівня переважно 70% і вище.

Таке посилення ролі держави зумовлене, насамперед, неспроможністю ринкових механізмів вирішувати складні соціально-економічні проблеми, що виникають у сфері медичного обслуговування. Найзначніших результатів у наведенні наукових аргументів щодо необхідності державного впливу на ринок медичних послуг досягли представники неокласичного напрямку. Теорія відмови функціонування ринку, яку вони проголосили, послужила теоретичним контраргументом тим науковим поглядам, що наголошували на виняткових перевагах ринку і дискредитували роль держави<sup>1</sup>. У сфері охорони здоров'я зарубіжні вчені (П. Самуельсон, Дж. Е. Стігліц, Ш. Бланкарт, Ю. Немец та ін.) виділили низку об'єктивних явищ, які заважають ефективному функціонуванню ринкових механізмів, а саме: негативні зовнішні ефекти; інформаційна асиметрія; неспроможність ринку приватного медичного страхування тощо. Тому дану галузь вважають яскравим прикладом порушення ефективності функціонування ринку та необхідності державного регулювання.

Суттєвим ринковим недоліком і переконливим аргументом на користь функціонування державного сектору охорони здоров'я є нездатність приватного ринку медичних послуг бути відповідальним і протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям). Виникнення негативних екстерналіїв у сфері охорони здоров'я спричинено певними видами захворювань (інфекційних і паразитарних, психічних, соціальних: наркоманія, алкоголізм, СНІД тощо), що

можуть викликати епідемії в суспільстві і завдати значних соціально-економічних втрат.

Ринкова модель охорони здоров'я не здатна виробляти блага, загальнодоступні для населення та неконкурентні у споживанні. Медичну допомогу можуть отримати лише ті споживачі, які спроможні заплатити сформовану на конкурентному ринку ціну. Тому у випадку настання епідемії (негативної зовнішньої екстерналії) при індивідуальній (приватній) формі надання медичних послуг обов'язково виникнуть «вогнища захворюваності» великих груп населення, оскільки в суспільстві населення поляризоване за рівнем доходів. Приватна медична послуга не може створювати вигоди для всього суспільства, як це відбувається у випадку державного втручання. Так, на думку П. Самуельсона, «викорінення віспи принесло користь мільйонам потенційних жертв, а для фірми користі не було фактично ніякої» [2, с. 332]. Факт неспроможності ринку протистояти негативним екстерналіям змушує державу вживати відповідних заходів: організувати карантин, обов'язкову вакцинацію населення та фінансувати їх за рахунок бюджетних коштів.

Виникнення системи приватного страхування здоров'я частково пов'язане з реакцією суспільства на «провали» ринку в сфері медичного обслуговування. Страхування здоров'я дає змогу знизити ступінь фінансового ризику у випадку настання хвороби і перекласти оплату на інших, проте воно теж не позбавлене вад та недоліків. Проблема в тому, що приватне страхування не поширюється на «погані ризики» і не охоплює певні верстви громадян. Чим більша в людини ймовірність захворіти, тим дорожче коштуватиме «страховка», або цій особі можуть відмовити у страхуванні. До згаданої групи ризику належать літні особи, діти, інваліди, малозабезпечені. Зрозуміло, що страхові компанії спрямовано відбиратимуть клієнтів за їхніми доходами і станом здоров'я. Найкращими клієнтами для системи приватного медичного страхування будуть заможні й здорові люди. У цій ситуації саме державі перебирати опіку над ними і надавати їм медичну допомогу незалежно від платоспроможності, статі, віку, стану здоров'я.

Фінансування наукових досліджень і розробок у сфері медицини, медична освіта і культура – все це обмежена сфера дії для ринку, оскільки згадані види діяльності є здебільшого неприбутковими і не викликають комерційного інтересу.

Регулююча роль держави на ринку медичних послуг також пов'язана з існуванням інформаційної асиметрії, котра сприяє формуванню такого економічного явища, як «попит, що стимулює постачальників». Споживач медичних послуг майже не володіє інформацією щодо своїх потреб, необхідного рівня та форми лікування і цілком покладається на ініціативу лікаря. Така асиметрія створює монопольне стано-

<sup>1</sup> Порушення функціонування ринку (відмова ринку) – це економічне ситуація, за якої ринок неспроможний за допомогою властивих йому інструментів і механізмів самостійно регулювати попит та пропозицію [1, с. 66].

вище і можливість нав'язати низькоякісне, зайве або надто дороге лікування, тому урядові відведена роль справедливого регулятора і захисника інтересів споживачів у сфері медичних послуг. Видача ліцензій, контроль за якістю медичних послуг, патентування ліків – ці аспекти теж свідчать на користь державного втручання.

Теорія відмови функціонування ринку доводить, що переваги у використанні держави як виробника чи посередника при вирішенні проблем охорони здоров'я в тому, що, на відміну від ринкової моделі, держава може влоратися з негативними зовнішніми ефектами (екстерналіями), захистити найвразливіші верстви населення і гарантувати їм необхідний рівень медичної допомоги й забезпечити належний контроль за якістю медичних послуг. Дана теорія доводить, що певні об'єктивні причини змушують державу реагувати на проблеми у сфері медичного обслуговування і діяти в інтересах охорони здоров'я всього суспільства.

На ґрунті теорії відмови функціонування ринку виникла інша концепція, котра стала стрижнем, навколо якого сформувалися теоретичні основи сучасного наукового уявлення про державний сектор економіки і державні фінанси – це теорія суспільних благ. Досліджуючи науковий доробок із даної проблематики, відомий український вчений В. Андрущенко в монографії «Фінансова думка Заходу в ХХ столітті (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів)» виділив наступні властивості суспільних благ: по-перше, споживання суспільних благ є загальнодоступним; по-друге, їх надають споживачам, оминаючи конкурентний ринок; по-третє, ці блага невичерпні в тому розумінні, що задоволення потреби однією людиною практично не зменшує обсягу задоволення тєї самої потреби іншими; по-четверте, рішення про постачання суспільних благ приймають за суспільною згодою, оскільки окремий споживач у приватному порядку неспроможний створити попит на них або нав'язати його суспільству; по-п'яте, фінансують суспільні блага через механізм державних фінансів [3, с. 66].

На практиці дуже складно виділити чисті суспільні блага, оскільки критерії їх визначення постійно змінюються. В економічній теорії приділено чимало уваги характеристиці та класифікації суспільних благ, проте досі нема єдиної узгодженої позиції з даного приводу. Медична послуга належить до групи змішаних суспільних благ<sup>2</sup>. Вона є конкурентною у споживанні через граничну пропускну спроможність усіх закладів охорони здоров'я, внаслідок якої отримання медичних послуг одним пацієнтом обмежує їхнє споживання іншими [4, с. 104]. Однак, як і всі суспільні блага, медична послуга не є винятковою, оскільки держава гарантує для всіх членів суспільства, незалежно від їхньої платоспроможності, вільний доступ до медичного обслуговування.

Отже, теорія суспільних благ пояснює характер товарів і послуг у сфері медичного обслуговування, вивчає способи їх виробництва й розподілу та джерела фінансування. Згідно з цією теорією, медичну послугу лише частково можна

вважати суспільним благом, що об'єктивно потребує обов'язкового державного фінансування. Дві полярні інституції – держава і ринок можуть брати участь у виробництві послуг із охорони здоров'я. Питання щодо того, які послуги мають постачати тільки державний або приватний і державний сектори одночасно, а які з них можна повністю передати у приватні руки, вирішує уряд кожної країни. Таким чином, державна активність у фінансуванні сфери охорони здоров'я може бути викликана не лише об'єктивними, а й суб'єктивними чинниками.

У демократичному суспільстві є ще одна причина, яка може суттєво впливати на масштаби державного фінансування охорони здоров'я і визначати пріоритети у згаданій галузі – це суспільний вибір. Так, в умовах демократії рішення про діапазон послуг у сфері охорони здоров'я та обсяг державного фінансування виробляють у рамках політичного процесу і визначають колективно (суспільним вибором). Взаємозв'язок економічної теорії і політичної науки обґрунтовано теорією суспільного вибору, яку розробив відомий американський вчений, Нобелівський лауреат Д. Б'юкенен. Він довів, зокрема, що в умовах демократії суспільний вибір, який відображає позицію громадян-виборців щодо бачення ролі та функціонального призначення держави, значною мірою впливає на обсяги державного фінансування.

В економічній теорії питання про необхідність державного фінансування охорони здоров'я розглядають також у контексті концепції людського капіталу. В ХХ ст. в економічній теорії відбулося наукове осмислення ролі індивіда як найціннішого ресурсу, набагато вартіснішого, ніж природні ресурси або нагромаджене багатство. В епоху науково-технічної революції значення людини в економічному житті суспільства значно зросло. У результаті, пожевавився науковий інтерес до проблем не лише ефективності використання робочої сили, а й ефективного «виробництва» самої людини.

Людський капітал – вирішальний економічний фактор, основа науково-технічного прогресу суспільства. Особливо важливими економічними ресурсами держави є освіченість, досвід, здібності та здоров'я її народу [5, с. 447].

Над проблематикою «людського капіталу» працював американець Г. Беккер, який за розробки у цьому напрямку нагороджений у 1992 році Нобелівською премією з економіки. Вчений дослідив економічну доцільність як державних, так і приватних капіталовкладень у «людський фактор». На думку Г. Беккера, значні інвестиції в підготовку студентів і працівників, у медичне обслуговування, особливо дитяче (він навіть пропонував ввести для цього спеціальний податок), у соціальні програми, спрямовані на збереження, підтримку і розширене відтворення кадрів, рівноцінні інвестиціям у виробництво або придбання нового обладнання, машин, технологій, адже в майбутньому повертаються такими

<sup>2</sup> Змішаними називають суспільні блага, на які лише частково поширюються принципи винятку і суперництва [1, с. 90].

самими, якщо не більшими прибутками. Науковець вважає, що високоякісне медичне обслуговування і сучасні профілактичні заходи в поєднанні зі заняттями фізкультурою та спортом дадуть змогу уникнути значних витрат на лікування й відшкодування втрати професійних кадрів [5, с. 487].

Процес формування чи виробництва людського капіталу потребує від людини і суспільства значних витрат або інвестицій. Концепція «інвестицій у людину» найпоширеніша на Заході, її автори – неокейнсіанці Л. Туроу, С. Боулз, М. Блауг, Р. Кембелл, Б. Сіджел та ін. Американські економісти К. Макконелл і С. Брю інвестицією в людський капітал називають зрідь-який захід для зростання продуктивності праці робітників (підвищення їх кваліфікації і розвиток здібностей); видатки на поліпшення освіти, здоров'я працівників та зростання мобільності робочої сили [6, с. 171]. Вони виділили три види інвестицій у людський капітал: витрати на освіту (загальну і спеціальну, формальну і неформальну, підготовку за місцем роботи); витрати на охорону здоров'я (на профілактику захворювань, медичне обслуговування, дієтичне харчування, поліпшення житлових умов); витрати на мобільність.

Із усіх видів інвестицій у людський капітал найважливішими є капіталовкладення в здоров'я та освіту. Інвестиції в охорону здоров'я зменшують рівень захворюваності й смертності, продовжують працездатний вік людини, отже, і час функціонування людського капіталу. Здоров'я людини можна розглядати як капітал, котрий частково залежить від генетичних факторів, спадковості й певною мірою – від зусиль і затрат самої людини та суспільства. Інвестиції, пов'язані з охороною здоров'я, вповільнюють процес зносу людського капіталу.

Американський учений Дж. Кендрік, який також досліджував дану проблематику, стверджував, що інвестиції в охорону здоров'я протягом певного часу дають ефект не тільки у грошовій, а й у психологічній формі. Лікування, профілактика захворювань та інші заходи у сфері охорони здоров'я – важливий фактор зниження рівня захворюваності, що позитивно впливає на продуктивність праці й благополуччя населення. Вчений доводив, що в результаті зниження рівня смертності та продовження трудового життя людини значно зростають доходи населення і збільшується національний дохід [7, с. 45].

У радянській економічній літературі лише у 1970–1980-х роках почали публікувати роботи, присвячені дослідженню теорії людського капіталу (В. Гойло, Р. Капелюшников, М. Критський, В. Марцінкевич, С. Струмлінін та ін.). З позиції домінуючої тоді політичної економії соціалізму праці зарубіжних вчених із цих питань здебільшого піддавали критиці, однак були окремі науковці, яким дана теорія імпонувала. Наприклад, академік С. Струмлінін спробував визначити народногосподарську ефективність охорони здоров'я. Він підрахував, що на 100 крб. витрат у сфері відтворення робочої сили отримують 220 крб. «заново створеного народного доходу» [8, с. 30].

У сучасній українській та російській економічній літературі дослідженню сутності людського капіталу і його ролі в зміцненні економіки достатньо уваги приділили А. Добринін, С. Дятлов, Є. Сумароков, В. Харченко, Д. Полозенко. Щоправда, науковці ґрунтовніше аналізують економічний і соціальний ефекти від інвестицій в освіту, а питання результативності капіталовкладень в охорону здоров'я розглядають поверхнево, тому це потребує подальшого наукового обґрунтування. Необхідність досліджень у згаданому напрямку влучно виражає вислів американського політолога М. Кастельса «Джерело продуктивності – освічена робоча людина. Водночас освіченість нічого не варта, якщо працівники при тому не мають здоров'я, гідного житла, психологічної стабільності та високого рівня культури...» [9, с. 34].

Згідно з теорією людського капіталу, відбувся поділ усієї економічної діяльності суспільства на два види: виробництво предметів і послуг та виробництво продуктивних сил. Ці процеси відбуваються як на мікро-, так і на макрорівні, причому, є тенденція до розширення можливостей прямого чи опосередкованого втручання держави у сферу відтворення трудових ресурсів. Держава може використовувати як обов'язкові – примусові заходи, наприклад, обов'язкова медико-профілактична допомога (щеплення, диспансерний огляд і т. д.), так і стимулюючі заходи для поживлення приватних інвестицій у людину. Спрямовуючи бюджетні кошти на інвестиції в людський капітал або спонукаючи до цього приватні фірми чи індивідуумів, держава виступає важливим партнером загального процесу формування, збереження і розвитку продуктивних сил суспільства. Зокрема, держава отримує економічні вигоди від вкладання коштів у здоров'я громадян. Стан здоров'я значно впливає на людські ресурси, а через них – на економічні та виробничі фактори. Здорові працівники володіють вищою продуктивністю праці й здатні виробляти більше товарів, робіт, послуг, що є запорукою багатства нації. Медичні витрати – своєрідна форма капіталовкладень у людину, а кожний працівник – це носій і джерело капітальної вартості. Із позиції концепції «інвестицій у людину» економічний і соціальний ефект від вкладання інвестицій в охорону здоров'я громадян, який проявляється у підвищенні продуктивності праці, збільшенні національного доходу та поліпшенні показника суспільного здоров'я, спонукає державу до заходів у цій сфері.

Незважаючи на утопічність теорії про продуктивну і непродуктивну працю, історичні результати її впливу є вагомими. Адже положення саме даної теорії лягли в основу фінансового забезпечення охорони здоров'я у колишньому Радянському Союзі та розвитку такої її системи, де пріоритетним джерелом фінансування вперше у світовій історії був державний бюджет.

Ідейним ініціатором згаданої теорії став відомий англійський вчений А. Сміт, котрий стверджував, що «один вид праці збільшує вартість предмета, до якого він додається, інший вид праці не створює такої дії» [10, с. 202]. Він вважав, що

## ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

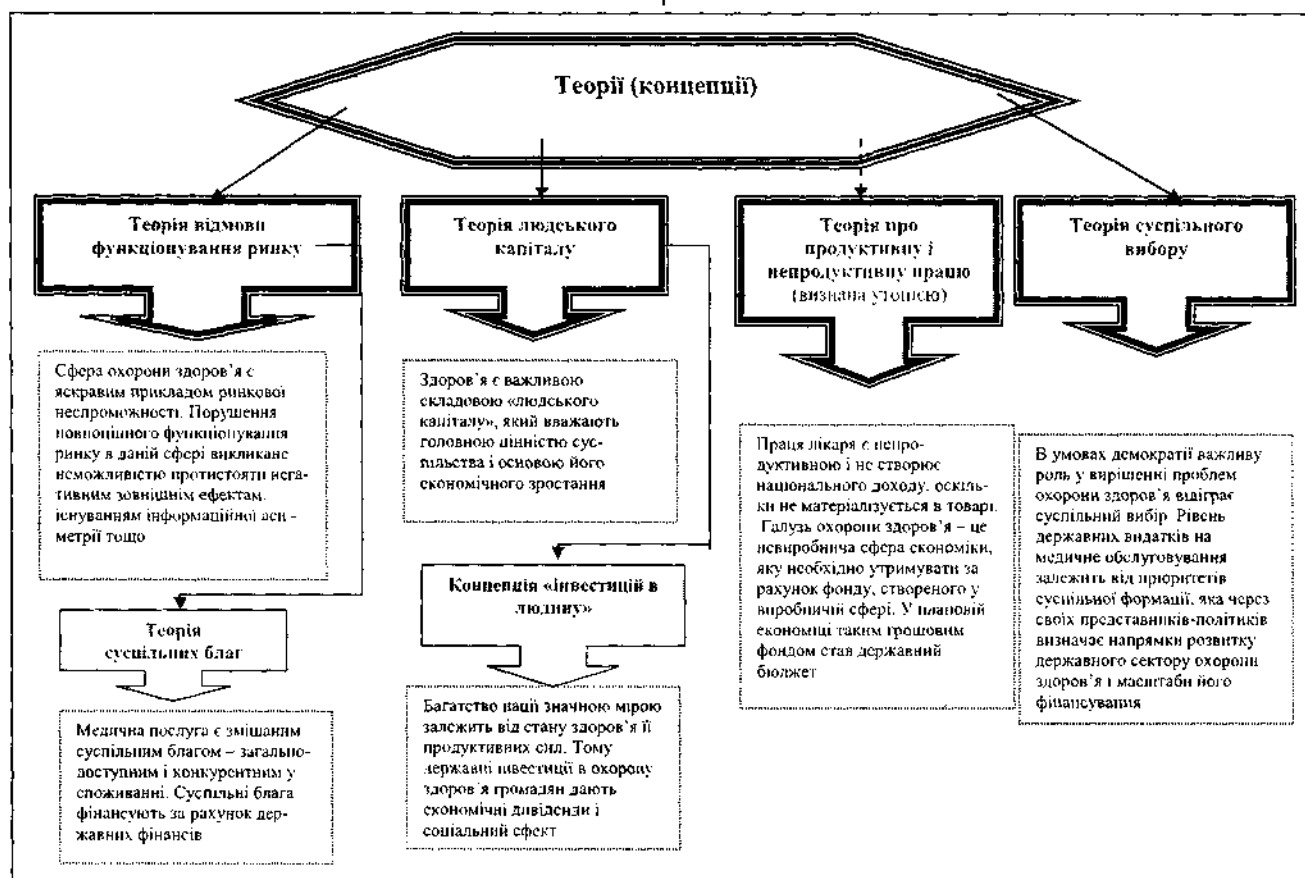
праця лікаря є непродуктивною і не створює ніякої вартості, оскільки не матеріалізується в товари, а дохід лікаря зменшує національне багатство. Науковим послідовником згаданої теорії став відомий німецький вчений К. Маркс, який ґрунтовно проаналізував її та доповнив своїми ідеями та захистив від критичних нападів опонентів К. Маркс, визнаючи корисною працю лікаря, яка підтримує здоров'я і так зберігає джерело всіх вартостей – робочу силу, вважав, однак, що даною працею неможливо створити фонд для її оплати, тому вводив її до витрат на виробництво фонду, котрий створює взагалі всі вартості. Послуги лікаря він відносив до витрат «на ремонт робочої сили», що належать до *faux frais* виробництва (з французької – «корисні витрати»). Тобто становлять такі витрати, які безпосередньо не беруть участі у процесі виробництва, але є необхідними для його функціонування, тому що відтворюють робочу силу.

Протягом тривалого часу марксистські ідеї про економічну природу вартості та продукту займали домінуючу позицію в радянській економічній науці. У політичній економії переважала думка, згідно з якою сфера послуг становила той сектор економіки, де вартість (цінність) не створювали, а доходи осіб, які надавали послуги, вважали відрахунком від вартості, створеної у виробничій сфері. Ця теза була основним теоретичним аргументом на користь повного бюджетного забезпечення сфери послуг, у т. ч. охорони здоров'я. В курсах полі-

текономії соціалізму відбувався поділ економіки на дві сфери – виробничу (де створювали продукт) і невиробничу (де застосовували непродуктивну працю). До виробничої сфери відносили всі галузі, що виробляли матеріальні блага: промисловість, будівництво, сільське господарство, частково транспорт і зв'язок, побутове обслуговування, комунальне господарство. До невиробничої зараховували освіту, охорону здоров'я, культуру, спорт, науку тощо.

Теорія про продуктивну і непродуктивну працю була підда- на гострій критиці й викликала неприйняття багатьох дослідників, однак найбільш вдало науково спростувати помилкові твердження представників класичної школи зуміли вчені-неокласики. Принципи концепції маржиналізму, що лягли в основу розвитку неокласичного напрямку економічної науки кінця XIX – початку XX століття, стали початком усвідомлення необхідності віднесення до продукту виробництва не лише матеріальних, а й нематеріальних благ, у тому числі нематеріальних послуг. Тому проблема продуктивної праці зникла сама собою, оскільки вихідним положенням теорії став принцип «суб'єктивної корисності» продукту. Іншими словами, економічна наука відкинула всі основні постулати концепції А. Сміта про продуктивну і непродуктивну працю як такі, що не відповідають реальному станowi речей.

Сучасна економічна теорія визначає продукт виробництва як життєве благо, створене виробничими факторами (капіта-



Теоретична аргументація причин державного регулювання ринку медичних послуг

Розроблено автором самостійно.

## ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

лом, працею, природними ресурсами, підприємницькою здібністю), що існує у речовій і неречовій формах (у вигляді послуг). Послуга – це виробнича діяльність із корисним ефектом, яка буває матеріальною і нематеріальною [11, с. 8]. Впливаючі вчені однотайно погоджуються, що соціальна сфера не є утриманкою матеріального виробництва і робить суттєвий внесок у збільшення національного доходу послугами, що надає населенню. До макроекономічного результату зараховують не лише матеріальні, а й нематеріальні блага. Економіка поділяється на дві виробничі сфери: матеріально-го виробництва (де створюють матеріальні блага) і нематеріального виробництва (де створюють нематеріальні цінності), а національний дохід – грошовий вираз усієї сукупності вироблених громадянами країни за рік благ і наданих ними послуг, у тому числі сферою охорони здоров'я.

Отже, явище державної експансії на ринку медичних послуг та зростання ролі держави у фінансуванні охорони здоров'я має наукове пояснення з позиції різних економічних теорій і концепцій. Пропонуємо наступну типологічну схему теорій, через призму яких обґрунтовано причини державного втручання у ринок медичних послуг і необхідність функціонування державного сектору охорони здоров'я (див. рис.).

Таким чином, обов'язковим учасником ринку медичних послуг є держава, оскільки доцільність її діяльності зумовлена низкою причин, а саме:

- неспроможністю приватного сектору медичних послуг протистояти негативним зовнішнім ефектам (екстерналіям);
- наявністю на ринку медичних послуг явища інформаційної асиметрії, що може викликати «попит, стимульований постачальником»;
- нездатністю ринку приватного медичного страхування забезпечити медичне обслуговування окремих верств населення (пенсіонерів, інвалідів, дітей) через намагання знизити страхові ризики і максимізувати прибуток;
- неприбутковістю діяльності, яка пов'язана з науковими дослідженнями у сфері медицини;
- необхідністю інвестицій у здоров'я громадян, у результаті чого підвищується продуктивність праці, отже, збільшується валовий внутрішній продукт і національне багатство країни;
- вимогами суспільства, яке в умовах демократії через «суспільний вибір» може визначати державну політику в сфері охорони здоров'я.

### Висновки

Підсумовуючи наведені аргументи, можна стверджувати, що у зв'язку з об'єктивними і суб'єктивними причинами держава має виконувати на ринку медичних послуг наступні функції: соціально-стабілізаційну та економічну.

Суть соціально-стабілізаційної функції в тому, що основним завданням держави на ринку медичних послуг є забезпечення соціальної справедливості й стабільності в суспільстві. Найвища мета соціально справедливої суспільства – це забезпечення загальної доступності медич-

них послуг для всіх верств населення, незалежно від рівня особистих доходів і соціального статусу.

Такий підхід у науці називають специфічним егалітаризмом, представники якого відстоюють думку про те, що медичну послугу необхідно розглядати окремо від інших товарів, і, аналогічно до права на життя, доступ до медичних послуг не має контролювати ринок. У цьому випадку шлях до соціальної справедливості пролягає через згортання ринкових структур у сфері медичного обслуговування та повне її одержавлення. Такий максималізм у прагненні забезпечити соціальну справедливість спричиняє надмірне втручання держави в дану сферу, що може призвести до низької дієздатності й економічної неефективності. Тому проблему соціальної справедливості у сфері медичного обслуговування можна вирішувати у менш радикальній формі, коли кожній людині (або окремим верствам населення – інвалідам, пенсіонерам, мало-забезпеченим особам тощо), держава гарантує право на доступ до певного рівня медичних послуг. В цьому випадку вона встановлює межі власної відповідальності й визначає соціальні гарантії для населення у даній сфері.

У демократичному суспільстві концепція соціальної справедливості в сфері медичного обслуговування формується у політичному середовищі, й вона завжди залежить від суспільного вибору та соціально-економічних інтересів, репрезентованих у парламенті. Тому в демократичній державі реалізація соціальної функції на ринку медичних послуг є відображенням колективної думки і пріоритетів суспільства щодо охорони здоров'я його громадян.

Виконання державою такого важливого завдання, як соціальна стабілізація проявляється при вирішенні глобальних проблем, пов'язаних із ліквідацією епідемій і масових захворювань. Виникнення в суспільстві загрозливих ситуацій, що можуть призвести до втрати здоров'я, а інколи й життя, спричиняє до порушення суспільної стабільності. Мета держави – забезпечити необхідні економічні та соціальні заходи, спрямовані на вирішення проблем, що виникають або їх попередження.

Процес реалізації економічної функції держави на ринку медичних послуг відбувається за наступними основними напрямками.

По-перше, держава регулює діяльність недержавного (приватного) сектору охорони здоров'я шляхом:

- запобігання монополістичним тенденціям і забезпечення повноцінної конкуренції між виробниками медичних послуг (впровадження антимонопольних законів та контроль за їх дотриманням);
- проведення ліцензування й акредитації медичних закладів усіх форм власності та осіб, які займаються індивідуальною медичною практикою, з метою забезпечення належного рівня якості медичного обслуговування. Такі заходи здійснюються для захисту споживача, і вони підтверджу-

## ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ ТА ВИДІВ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ють право на медичну допомогу в обсязі й за якістю не нижче від стандартів;

– регулювання ринку освіти щодо підготовки фахівців медичного профілю (лікарів, медичних сестер тощо);

– застосування податкових, грошово-кредитних, цінових та інших важелів впливу на розвиток підприємницької діяльності у сфері медичних послуг із метою її стимулювання або сповільнення.

По-друге, держава є самостійним суб'єктом економічної діяльності у сфері медичних послуг і відповідає за організацію й фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я державної та муніципальної форм власності. Вона свідомо інвестує в здоров'я громадян, і у майбутньому ці кошти повертаються економічними дивідендами у вигляді зростання національного доходу й багатства країни. Тобто державна опіка здоров'я населення має не лише соціальне підґрунтя, а й меркантильний інтерес та економічну вигоду.

Із розвитком економічних відносин роль держави на ринку медичних послуг настільки зросла, що дана сфера перетворилася на цілісну систему, відому під назвою «система охорони здоров'я». Дана система перебуває у постійній динаміці й має складну внутрішню організаційну структуру, яка у найбільш спрощеному варіанті поєднує два взаємодоповнюючих сектори: державний і приватний. Кожному секторові притаманні особливості фінансово-господарської діяльності, яка в цілому спрямована на досягнення спільної мети – збереження, зміцнення та відтворення здоров'я громадян.

### Література

1. Бланкерт Ш. Державні фінанси в умовах демократії. Вступ до фінансової науки: Пер з нім. / Ш. Бланкерт. – К.: Либідь, 2000. – 654 с.
2. Самуельсон П.А. Экономика: Пер. с англ. – 15-е изд. / П.А. Самуельсон, В. Д. Нордхауз. – М.: Бином-КноРус, 1997. – 799 с.
3. Андрущенко В.Л. Фінансова думка Заходу у ХХ столітті: (Теоретична концептуалізація і наукова проблематика державних фінансів) / В.Л. Андрущенко. – Львів: Каменяр, 2000. – 303 с.
4. Державні фінанси. Теорія і практика перехідного періоду в Центральній Європі: Пер. з англ. – К.: Основи, 1998. – 542 с.
5. Хрестоматія по экономической теории / (сост. Е.Ф. Борисов). – М.: Юристъ, 2000. – 536 с.
6. Макконелл К.Р. Экономика: Принципы, проблемы и политика: В 2 т.: Пер. с англ. 11-го изд. Т. 2. / К. Р. Макконелл, С. Л. Брю. – М.: Республика, 1992. – 400 с.
7. Кендрик Дж. Совокупный капитал США и его формирование / Дж. Кендрик. – М.: Прогресс, 1978. – 275 с.
8. Струмилин С.Г. О народнохозяйственной эффективности здравоохранения / С.Г. Струмилин // Экономические науки – 1966. – № 5. – С. 28–30.
9. Полозенко Д.В., Іваницький Д.О. Добробут і його фінансове забезпечення / Д.В. Полозенко // Фінанси України. – 2004. – №10. – С. 28–35.
10. Сміт А. Добробут націй. Дослідження про природу та причини добробуту націй / А. Сміт. – К.: Post-Royal, 2001. – 563 с.
11. Загальна економічна теорія (політична економія): Підручник: У 2 ч. / За ред. Буяна І.В., Козальчука В.М. – Тернопіль, 1998. – Ч. 2. – 296 с.