

**РЕАЛІЗАЦІЯ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Алмашій Тетяна Йосипівна

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ	
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
1.1. Теоретичні основи аналізу ринку медичних послуг	7
1.2. Основні риси медичних послуг та їх класифікація	16
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ВЗАЄМОДІЯ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ	
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУБ'ЄКТІВ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	26
2.1. Форми проявів економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг	26
2.2. Оцінка структурних економічних інтересів закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг	39
Висновки до розділу 2	50
РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ	
ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА	
РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	52
3.1. Суперечливість економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг	52
3.2. Вдосконалення маркетингової діяльності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг	58
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77

ВСТУП

Актуальність проблеми. Розвиток сфери послуг виявило проблеми функціонування ринку медичних послуг в сучасній економіці України. Незважаючи на те, що відзначається зростання попиту на нові види медичних послуг, пропозиція медичних послуг на українському ринку характеризується одноманітністю і досить низькою якістю, поглиблюються диспропорції в розвитку окремих видів медичних послуг. Протиріччя ринку медичних послуг в Україні пов'язані з скороченням частки тих медичних послуг, які пов'язані з розвитком людини як особистості, з можливістю його самовдосконалення та самореалізації.

Неоднозначним є і процес глобалізації ринку медичних послуг. З одного боку, глобалізація виражається в зростанні міжнародної торгівлі медичними послугами, виникненні транснаціональних корпорацій в сфері послуг, поширенні нових інформаційних технологій і в посиленні взаємодії між державами. З іншого боку, незважаючи на те, що пріоритетом розвитку сфери послуг є розвиток і самореалізація індивіда, існує проблема уніфікації та стандартизації послуг, а також проблема виключення країн, що розвиваються зі світової економіки.

Сфера медичних послуг є однією з найбільш перспективних галузей сучасної економіки, що робить представлене дослідження своєчасним і актуальним.

Таким чином, зростання ролі і впливу сфери послуг на економіку, а також існуючі протиріччя в розвитку сфери нематеріальних послуг вимагають докладного аналізу інституційно-економічної структури ринку медичних послуг, тенденції його розвитку і напрямків узгодження інтересів його різномірних суб'єктів.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Теоретичні проблеми, пов'язані з різними аспектами економічних інтересів і їх взаємодії,

розглядалися в роботах зарубіжних авторів: Армстронга М., Маркса К., Маршалла А., Менгера К., Сміта А., Фішера І., Хайєка Ф., Шуметера І. та ін.

Серед українських, вчених економістів великий внесок в розвиток даного напрямку досліджень внесли Баєва О. В., Банчук М. В., Білинська Ю. В., Вороненко Н. О., Гладун З.С., Дурдикулієва Н., Ліштаба Л.В., Микитюк П.П., Солоненко І. М., Хожило І.І., Чухно І.А., Щокін Г.В.

Дня дослідження поставлених проблем важливе значення мали роботи, пов'язані з вивченням сучасних інституційних структур таких західних вчених як Т. Веблен, Дж. Гелбрейт, Дж. Коммонс, Р. Коуз, Д. Норт, Г. Саймон, О. Вільямсон і українських авторів - А. Олійника, В. Радаєва, А. Шаститко.

Мета кваліфікаційної роботи. Метою роботи є дослідження процесів формування і реалізації економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг.

Для реалізації мети дослідження поставлено такі **завдання**:

- розкрити сутність надання медичних послуг;
- охарактеризувати особливості економічної категорії «ринок медичних послуг» на основі виявлення особливостей даного сегмента ринку нематеріальних послуг; виявити загальні та особливі характеристики ринку медичних послуг;
- проаналізувати суб'єктну структуру ринку медичних послуг і виявити специфіку їх економічних інтересів;
- дати оцінку моделей ринку медичних послуг в залежності від типів покупців і виробників, механізму фінансування;
- розробити пропозиції щодо тенденції розвитку ринку медичних послуг в умовах інтернаціоналізації та глобалізації економіки;
- подати рекомендації щодо найбільш ефективної реалізації економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг.

Об'єктом дослідження є ринок медичних послуг як система економічних відносин між людьми, що охоплює процеси виробництва, розподілу, обміну та споживання медичних послуг.

Предметом дослідження є механізм збалансування економічних інтересів суб'єктів в процесі надання медичних послуг.

Теоретичною і методологічною базою дослідження послужили праці зарубіжних і вітчизняних економістів в області економічних проблем охорони здоров'я, проблем розвитку нематеріальної сфери в умовах глобалізації економіки. Важливе значення в методологічному плані мали концепції недосконалості ринкового механізму, теорії суспільних благ, соціально значущих послуг, зовнішніх ефектів, теорії людського капіталу.

Методи дослідження. В ході виконання дисертаційного дослідження застосовувалися різні загальнонаукові методи дослідження: функціональний, статистичний, синергетичний, аналіз і синтез, метод індукції і дедукції, системний підхід, вибіркоче спостереження та ін.

Інформаційне забезпечення роботи склали постанови Уряду України, нормативні документи, опубліковані матеріали міжрегіональних і регіональних наукових і науково-практичних конференцій, монографічна література вітчизняних та зарубіжних авторів, статті в періодичних виданнях, офіційні статистичні матеріали.

Практичне значення результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій з удосконалення. Розширено теоретичну і методологічну базу дослідження економічних інтересів суб'єктів сфери медичних послуг з позицій інституціональної економічної теорії. Даний підхід дозволяє розширити мікроекономічний аналіз, залучаючи до нього фактори, які не враховуються класичною мікроекономічною теорією. До таких належать фактори неповноти інформації, недовизначення власності, чинники невизначеності (очікування). Це створює можливість більш повного і об'єктивного дослідження економічних інтересів, що виникають між учасниками конкурентних відносин в сфері медичних послуг.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Збалансування економічних інтересів у процесі надання медичних послуг» у Збірнику всеукраїнської науково-практичної інтернет- конференції з

міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020) та тези доповідей «Підвищення ефективності управління людськими ресурсами в закладі охорони здоров'я» у Збірнику науково - практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі». (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 120 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 70 найменування та містить 11 таблиць і 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Теоретичні основи аналізу ринку медичних послуг

Ринок медичних послуг - система економічних відносин між людьми, що охоплює процеси виробництва, розподілу, обміну та споживання медичних послуг. Продукцією ринку медичних послуг є медичні послуги, тобто корисний ефект від діяльності утворюють цю галузь фахівців і підприємств (установ, організацій) з діагностики, профілактики та усунення (або компенсації) виникають або наявних у людини анатомічних і функціональних порушень (захворювань).

До теперішнього часу на ринку медичних послуг поки не розроблені єдині і чіткі правила обміну. Більш того, у багатьох учасників даного ринку немає єдності поглядів в питанні про те, що слід розуміти під медичною послугою. Тому поняття «медична послуга», що визначає специфіку відповідного ринку, заслуговує більш детального розгляду. У ст. 1 Генеральної угоди про торгівлю послугами (ГАТС), прийнятого в Марракеші 15 квітня 1994 р містяться такі положення: «послуги» включають будь-який вид послуг в будь-якому секторі, за винятком послуг, що постачаються при виконанні функцій державної влади; «Послуга, що надається при виконанні функцій державної влади» означає будь-яку послугу, яка надається не на комерційній основі і не на умовах конкуренції з одним або декількома постачальниками послуг ». У переліку термінів, короткому описі процедур і домовленостей, прийнятих в рамках СОТ, зазначено: «Послуга - це комерційна послуга, що надається на конкурентній основі. Послуги, які споживаються урядом для власних потреб, під дію ГАТС не підпадають. Таким чином, ГАТС не містить суворого визначення поняття «послуга». У спеціальній літературі під послугою розуміється доцільна діяльність людини, результат якої має корисний ефект, що

задовольняє будь-які потреби людини. Маркс вказував, що «в кожен даний момент в числі предметів споживання, поряд з предметами споживання, що існують у вигляді товарів, є відома кількість предметів споживання у вигляді послуг. Таким чином, загальна сума предметів споживання завжди виявляється більше тієї, якою вона була б при відсутності придатних для споживання послуг ». Послуга також має вартість і споживчу вартість. Від товару вона відрізняється наступними характеристиками:

- вона не має речової форми;
- її споживча вартість - це корисний ефект діяльності;
- її не можна накопичити.

Ще ряд характеристик послуги можуть як бути присутніми, так і бути відсутніми:

- послуга вимагає (не вимагає) присутності споживача;
- послуга зникає (появляється) в момент споживання,
- послуга має (не має) супутнє матеріальне втілення.

Під поставкою послуги розуміється виробництво, розподіл, маркетинг, продаж і доставка послуги. Виробництво і споживання послуг суміщені в єдиному процесі, що викликає ряд особливостей і умов процесу обслуговування населення:

- виробник і споживач послуги в їх взаємодії становлять необхідну умову процесу виробництва і споживання;
- продуктивна діяльність передбачає споживчу діяльність як своє логічне продовження і завершення;
- кінцевий корисний ефект послуги завжди є інтегральний результат, отриманий від складання активно спрямованих витрат живої праці виробника і споживача в певному співвідношенні за провідної ролі умов і факторів, що лежать на стороні виробництва;
- споживач послуги є діяльним співучасником виробництва, а виробник - співучасником споживання послуги, так як в коло його професійного інтересу входить аналіз і контроль протікання споживчої діяльності.

По суті справи мова йде про особливу сферу діяльності людей - споживної діяльності, без якої мета виробничої діяльності в сфері послуг виявляється недосяжною (а саме виробництво послуги - неможливим). У споживчій діяльності беруть участь жива праця споживача і специфічні засоби виробництва, що оточують працю і підвищують його ефективність.

Через ці особливості сприйняття цінності послуги є суб'єктивним. Невловимий характер послуги ускладнює нормування послуг, кожен споживач має певні уявлення про пропоновану послугу, які формуються на основі індивідуальних переваг, особистого досвіду. Виносячи оцінку якості послуги, споживач порівнює свої очікування з отриманою вигодою, що пояснює високий ступінь індивідуалізації послуги.

З точки зору витрат праці розрізняють послуги матеріального характеру і чисті (нематеріальні). До матеріальних послуг відносяться ті їх види, на виробництво (надання) яких витрачається праця, спрямовану на здійснення процесів обміну, розподілу чи споживання готових продуктів, тобто що не створює матеріальних благ, а виконує функції по доведенню продуктів, створених в процесі виробництва до споживачів і з обслуговування процесу їх споживання. Сюди включається діяльність колективів підприємств транспорту, заготовок, житлово-комунального господарства і т.д. Під чистими (нематеріальними) послугами розуміють ту частину витрат праці, яка не приймає предметної форми і не входить складовою частиною в вартість будь-якого товару. До них відноситься діяльність працівників установи освіти, охорони здоров'я, культури, органів державного управління, громадських організацій, оборони та охорони громадського порядку.

В даний час при підрахунку макроекономічних показників на основі СНС не проводяться відмінності між матеріальним і нематеріальним виробництвом і враховуються всі оплачені товари і послуги. Єдиними видами виробництва, що не враховуються в СНС, є виробництво товарів і послуг домашніми господарствами для внутрішнього споживання, виробництво проміжного

продукту, споживаного усередині сфери бізнесу, нелегальне виробництво товарів і послуг і безкоштовні або частково оплачувані послуги.

Ці послуги входять в сукупні макроекономічні показники як елемент державних витрат, тобто за витратами, як витрати державних і місцевих органів влади на придбання кінцевої продукції і покупку всіх виробничих ресурсів. Держава виступає в якості основного постачальника комплексу послуг, що надаються споживачам на безоплатній та безповоротній (повністю або частково) основі за рахунок фінансування з бюджетів усіх рівнів бюджетної системи та цільових бюджетних фондів. У деяких дослідженнях сфера послуг підрозділяється на платні і безкоштовні, а на сферу платних послуг і сферу державних послуг. Нам здається, що такий поділ не правомірний, тому що змішується два критерії класифікації послуг: платність послуг для кінцевого споживача і суб'єкт, який надає послугу. Держава як суб'єкт, який надає послугу, може надавати послуги на безкоштовній, пільговій (частково платній) і платній основі. Правомірніше розділити послуги за типами випуску: на ринкові (платні послуги за ринковими цінами) і неринкові (послуги, що надаються безкоштовно або за цінами, які не мають економічного значення; в останньому випадку оцінка проводиться з використанням ринкових цін подібних послуг, реалізованих на ринку).

Слід вказати на складність визначення одиниці виміру безкоштовних або пільгових послуг. У літературі є пропозиції при вирішенні цієї проблеми розрізняти безпосередні і кінцеві результати сфери послуг. При цьому безпосередні результати (такі як кількість глядачів, які відвідують театр, кількість читачів в бібліотеці) лише непрямым чином свідчать про роботу того чи іншого закладу невиробничої сфери. Кінцеві результати (такі як рівень культури, здоров'я населення, ступінь його освіти та ін.) Залежать, по-перше, не тільки від ефективності роботи розглянутих установ, але і від індивідуальних особливостей споживача; по-друге, від загальних умов, в яких протікає життєдіяльність людини (рівень здоров'я, наприклад, залежить не тільки від ефективності медичної допомоги, але йот загальних соціальних умов, ступеня

задоволення потреб населення в харчуванні, одязі, житлі і багатьох інших чинників).

Змістовно сфера послуг в цілому і охорону здоров'я, в тому числі, відносяться до розряду споживчого виробництва: тут відбувається споживання матеріальних благ, створених в галузях відповідної сфери. В охороні здоров'я одночасно відбувається створення фізичної та психологічної основи діяльності трудового потенціалу і створюється основа для соціального відтворення. Ринок медичних послуг можна визначити як сферу життя суспільства, що забезпечує можливість здійснення політичних, економічних, науково-освітніх, лікувально-профілактичних, управлінських та організаційних заходів, спрямованих на реалізацію права громадян на збереження власного здоров'я.

Під ринком медичних послуг ми розуміємо сукупне соціально-економічних інститутів, які організують, структурують і легітимізують господарські відносини, що виникають між економічними агентами в процесі виробництва, обміну і споживання медичних послуг. Сфера охорони здоров'я розглядається нами як система взаємовідносин чотирьох типів суб'єктів: виробників, споживачів (у разі безоплатної медичної допомоги), покупців (платників) (в разі платних медичних послуг), держави.

Результат спожитої медичної послуги можна уявити як досягнення здоров'я. Але, розглядаючи категорію "здоров'я" з точки зору пошуку наукового визначення, дослідники стикаються з труднощами, не дозволяють до теперішнього часу представити громадськості загальноприйнятого однозначного визначення і методу вимірювання здоров'я.

У 60 - 70-ті роки ХХ століття проблему визначення «здоров'я» як категорії в основному розглядали з позицій медико-фізіологічної сутності та пошуку якісних критеріїв відмінності його від патологічного стану організму (хвороби). В останні два десятиліття на перший план стали виходити питання, які розглядають проблему вивчення категорії "здоров'я" в зв'язку з посиленням економічної сутності охорони здоров'я.

Сучасне розуміння здоров'я виходить за рамки міркувань на морально-етичні теми і є більшою мірою економічною категорією. Поява теорії людського капіталу відобразила збільшену в останні роки роль нематеріальних чинників у розвитку людства. Людський капітал визначається як унікальне багатство, сукупність всіх виробничих якостей працівника. Це поняття включає придбані знання, навички, мотивацію й енергію, які використовуються для виробництва економічних благ. Його формування, подібно фізичному капіталу, вимагає як від самої людини, так і від суспільства істотних витрат. Вони були б неможливі, якби не забезпечували його власнику одержання більш високого доходу. Таким чином, людський капітал розглядається як запас, який може накопичуватися і бути джерелом більш високого доходу в майбутньому. Це вкладення в окрему особу, яка приносить віддачу, як і будь-яке інше вкладення капіталу. Ці вигоди пов'язані з більш високою продуктивністю праці і, як наслідок, з більш високим доходом.

Здоров'я людей як одна з головних цінностей в сучасному світі повсюдно включається в розряд пріоритетних орієнтирів суспільного розвитку. Здоров'я населення - одна з фундаментальних характеристик цивілізації - формується і змінюється під впливом безлічі чинників суспільного життя. Зміцнення здоров'я населення є, можливо, єдиним можливим універсальним показником отримання певного позитивного результату праці працівників охорони здоров'я у формі корисного ефекту. Здоров'я характеризується кількома основними групами показників. До першої належать: чисельність населення, його склад, народжуваність, смертність, природний приріст. Другу групу складають показники захворюваності населення. У третю входять показники фізичного розвитку окремих груп жителів. Багато конкретні методи оцінки результату лікарської діяльності і, відповідно, здоров'я населення засновані на визначенні ряду показників лікувально-профілактичного характеру, які безпосередньо і більш тісно пов'язані з працею медичних працівників.

Своєрідними системними індикаторами, досить точно відбивають рівень економічного, морального, психологічного стану, ступінь напруженості

суспільних процесів, є показники захворюваності і смертності населення від хвороб, що мають «соціальне забарвлення», так званої соціопатії. Це захворювання і стан є підсумковими показниками неблагополуччя середовища проживання людини в тій чи іншій країні або регіоні, констатують наявність умов, що провокують небажану поведінку в суспільстві. До них відносять деякі інфекційні захворювання (зокрема туберкульоз, венеричні хвороби), пияцтво і алкоголізм, наркоманію і токсикоманію, самогубства, насильницьку смерть від інших причин.

Офіційні дані Міністерства охорони здоров'я та Держкомстату України вказують не тільки на високий рівень соціопатії серед населення країни, а й на значне зростання цих показників за останні 5-6 років з тенденцією до вирівнювання і стабілізації їх на новому досить високому рівні. За цей період часу відзначено значне зростання смертності від хвороб системи кровообігу, від нещасних випадків, травм, отруєнь, хвороб органів травлення, туберкульозу. Ці показники йшли паралельно з офіційними даними Держкомстату України, констатуючими кризовий стан економіки, бюджетний дефіцит, низький дохід на душу населення, значне майнове розшарування, незадовільне фінансування соціальної сфери країни.

Постійно зростаючі захворюваність і смертність від туберкульозу протягом останніх 10 років в значній мірі обумовлені двома факторами. Перший - загальносвітовий - поява збудників туберкульозу, стійких до лікарських засобів і які погано піддаються лікуванню. Другий - суто український: через фінансові труднощі в установах охорони здоров'я туберкульоз виявляється не в ранній стадії, а в запущеній. У 40% з нововиявлених хворих виявляється відкрита форма хвороби з розпадом легеневої тканини. Особливо несприятлива ситуація із захворюваністю і смертністю від туберкульозу складається для чоловіків працездатного віку. Аналіз соціального стану туберкульозних хворих свідчить, що серед них збільшується частка пенсіонерів, інвалідів, осіб звільнених з місць позбавлення волі, осіб без певних занять і інших асоціальних елементів. У зв'язку з цим

особливу епідеміологічно-логічну небезпеку становить широка амністія в'язнів, якщо вона попередньо не забезпечується адекватною системою протиепідемічних заходів.

Понад 70% населення України живе в стані зтяжненого психоемоційного та соціального стресу, що викликає зростання депресій, реактивних психозів, тяжких неврозів, алкоголізму, наркоманії, антисоціальних спалахів. Його основою є правова незахищеність на тлі високого рівня злочинності та безробіття, неможливість на сьогоднішній день силами правоохоронних органів законно забезпечити безпеку громадян, високий рівень інфляції, локальні війни, великомасштабні терористичні акти, збройні конфлікти на кордонах України, ломка звичних, засвоєних з дитинства цінностей, уявлень. В Україні істотно посилюється невротизація населення, різко збільшується число суїцидальних спроб, незалежно від матеріального рівня тих, хто ці спроби робить.

Велику роль в підтримці стресу відіграє майнове розшарування суспільства, причому ця проблема досить давно досліджується в економічно розвинених країнах, і є переконливі дані, що вказують на дуже тісний зв'язок цього фактора зі зростанням соціопатії у товаристві. Також доведено, що найбільш несприятливий вплив надає соціальна ізолюваність і відсутність підтримки, що особливо впливає на смертність чоловіків. Саме високий рівень стресу, відчуття своєї непотрібності, безперспективності ведуть до пияцтва, алкоголізму, наркоманії, в одного боку, а з іншого - вже пияцтво, алкоголізм і наркоманія є причиною розпаду сім'ї, проституції, ведуть до зростання числа самогубств, злочинності, моральної і фізичної деградації особистості зокрема, і суспільства в цілому. Особливо насторожує зростання захворюваності підлітків наркологічні розлади. В даний час відсутня система їх адаптації та реабілітації.

Важливо підкреслити, що відзначається паралелізм в динаміці смертності і причин, пов'язаних з алкоголем, особливо серед чоловіків, а також із зростанням рівнів смертності від туберкульозу та інших соматичних захворювань.

Зниження здоров'я всіх груп населення є наслідком падіння життєвого рівня. Відповідно до коефіцієнтом кореляції фактори, що визначають індивідуальний потенціал здоров'я, можуть бути ранговані наступним чином (у міру зниження значущості): матеріальне становище сім'ї, екологічна ситуація, якість харчування, житлові умови, умови праці. Навіть малопомітні коливання умов життєдіяльності дуже швидко відбиваються на якості здоров'я.

Здоров'я нації, залежне від здоров'я кожної людини, - сфера, яка реагує на соціально-економічні зміни в країні ". Між коефіцієнтом сумарної оцінки здоров'я населення і показниками, що характеризують соціально-економічне становище країни, простежуються прямі кореляційні зв'язки.

Громадське здоров'я - соціально-політична категорія, що відображає відтворення населення, його фізичний і духовний розвиток, збереження життєвого потенціалу і активність життя популяції, індивідуальну здатність кожного члена суспільства здійснювати біологічні та соціальні функції. Воно може бути представлене сукупністю статистичних показників, що характеризують процес відтворення здоров'я поколінь на основі взаємодії біологічних і соціально-економічних показників.

Процес відтворення зачіпає не одне покоління людей, тому важливим є врахування тенденцій демографічних і медико-біологічних факторів і їх взаємозв'язку з мінливими соціально-економічними та політичними умовами життя. Цій меті служать прогнози зміни суспільного здоров'я і сценарії можливого розвитку подій при певних умовах.

В даний час не можна за допомогою медицини вирішити всі проблеми здоров'я населення, що виникли внаслідок екологічних, економічних і соціальних катастроф. Соціологи відзначають, що зв'язок між медичним обслуговуванням і життям (смертю) набагато слабкіше, ніж здається. Куріння, пияцтво, звички в їжі, активний спосіб життя, рівень освіти - це фактори, які поряд з рівнем медичної допомоги, грають важливу роль в тривалості і якості життя. В Британії держава надає безкоштовне медичне обслуговування всім

громадянам, однак, соціальні відмінності в дитячій смертності, загальної тривалості життя як і раніше зберігаються.

У прогнозуванні громадського здоров'я економічна ситуація грає чільну роль. Закономірності формування популяційного здоров'я єдині для всього людства і залежать від одних і тих же факторів. Поширення здорового способу життя, крім формування сприятливих умов у виробничій та соціальній сферах, вимагає пріоритетної уваги до профілактики захворювань, до таких її сторонам, як охорона материнства і дитинства, санітарний контроль за умовами праці, станом природного середовища, води і їжі та ін.

Показники здоров'я наших співвітчизників можна порівняти з аналогічними показниками в Бразилії та Мексиці. Залежно від того, в якому напрямку піде зміна соціально-політичної та економічної обстановки в країні, буде змінюватися і якість громадського здоров'я. Аналіз медичної статистики показує, що, незважаючи на значні успіхи охорони здоров'я в певних областях, суспільство в цілому не стає здоровіше. Зниження смертності від ряду захворювань в розвинутих країнах супроводжується демографічними зрушеннями (постаріння населення, зниження народжуваності), які зумовлюють зростання хронічної патології та інвалідності. Все це сприяє збільшенню потреби в медичних послугах, яка, ймовірно, і в подальшому буде зростати.

Таким чином, результат спожитої медичної послуги і втілений в людині, при цьому послуга носить і соціальний, і індивідуальний характер. Медичні послуги завжди мають індивідуальний характер, так як призначені конкретній людині з його неповторним унікальним організмом, що обумовлює збіг споживання основної частини послуг охорони здоров'я з їх виробництвом.

1.2. Основні риси медичних послуг та їх класифікація

Можна виділити наступні характерні риси медичної послуги.

1. Висока соціальна спрямованість. Головною метою діяльності в сфері послуг виявляється не якийсь продукт як матеріальне благо, а сама людина. Матеріальне благо (ліки, обладнання, перев'язувальний матеріал тощо) є скоріше побічним наслідком, ніж метою.

2. Низька еластичність попиту. Величина попиту на гостро необхідні послуги незначно залежить від їх ціни. Імперативна нагальність потреби в послугах охорони здоров'я практично виключає субституцію (взаємозамінність) пов'язаних з ними витрат, вироблених з сімейного бюджету, на витрати, що здійснюються заради задоволення інших людських потреб: потреба в здоров'я не заміщується іншими потребами.

3. Невизначеність і непередбачуваність одержуваного результату. Результат діяльності в сфері охорони здоров'я неповторюваний - перш за все тому, що він складається безпосередньо в розвитку людини, і ще тому, що кожен результат, що отримується в процесі виробництва, має індивідуальні якості і характеристики, які не можуть бути скопійовані або відтворені.

4. Невідчутність. Споживча вартість значної частини медичних послуг не має речової форми. Нематеріальний характер послуг охорони здоров'я проявляється насамперед у неможливості продемонструвати їх пацієнтові (для пацієнта - побачити їх і спробувати) аж до надання (отримання) у вигляді сукупності профілактичних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних та інших заходів і процедур. Деякі можуть мати матеріально-речовий втілення: зокрема установка пломб, коронок і зубних протезів, ортопедичних пристосувань, кардіостимуляторів, видалення або заміщення частин органів або тканин, зміна функцій і форми окремих за рахунок їх переміщення або пересадки, виготовлення лікарських засобів і т.п. Таким чином, переважна більшість медичних послуг містить як функціональні, так і матеріально-речові компоненти (в політекономічній інтерпретації - матеріалізовану працю). Ступінь відчутності конкретної послуги визначається кількісним співвідношенням її функціональною і матеріально-речового змісту. Як

показник ступеня відчутності медичної послуги в процентах можна використовувати, наприклад, наступну величину:

$$O_{мп} = (C_{мрк}/C_{мп}) * 100\%, \quad (1.1)$$

де $O_{мп}$ - коефіцієнт відчутності медичної послуги;

$C_{мрк}$ - загальна вартість усіх матеріально-речових компонентів;

$C_{мп}$ - ціна (вартість) послуги.

5. Нерозривність процесів споживання і виробництва. Споживання за часом збігається з виробництвом. Процеси надання та споживання медичних послуг невіддільні одна від одної ні в просторі, ні у часі. Не є винятком з цього правила і послуги, пов'язані зі створенням матеріально-речових об'єктів, - зубних протезів, ортопедичних пристосувань, кардіостимуляторів тощо. На різних етапах надання цих послуг (уточнення параметрів, примірка, установка) неминуче виникає потреба в безпосередньому контакті між виробником послуг - медичних працівником - і їх споживачем - пацієнтом.

6. Незбереженість. На відміну від товарів медичного призначення медичні послуги не підлягають зберіганню та накопичення з метою подальшої реалізації - не можна, наприклад, скориставшись зростанням попиту на той чи інший вид послуг, миттєво "викинути" їх зі складу на ринок. Значна частина державних і муніципальних організацій охорони здоров'я завжди повинна мати певний "запас міцності", тобто резервними потужностями у вигляді матеріальних і кадрових ресурсів щодо ряду життєво важливих і соціально значущих послуг на випадок непередбачених обставин.

7. Невіддільність від джерела. На відміну від товарів медичного призначення послуги охорони здоров'я не можна відокремити від їх виробника (джерела). Це обумовлено їх невідчутністю і нерозривністю процесів надання та споживання. У переважній більшості випадків надання медичної допомоги вимагає безпосередньої участі в цьому процесі не тільки медичних працівників, але і пацієнтів - споживачів медичних послуг. Як правило, з ростом ступеня відчутності послуг тривалість прямого контакту лікаря з пацієнтом скорочується.

8. Сильна диференціація (неоднорідність) якості. Медицина - це творчий процес, який не буває однозначним, однорідним. Чи не секрет, що якість медичних послуг багато в чому залежить від того, хто і в яких умовах їх надає. Згідно з формулюванням, запропонованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), якість медичних послуг - це сукупність їх характеристик і властивостей, що мають емпіричну природу і здатних задовольняти встановленим вимогам. Якість медичної послуги формується в результаті узгодження бажань пацієнтів отримати користь від її надання з реально відчутним сприйняттям від її споживання.

9. Багатоваріантність. Результат різноманітний по терміну, необхідності повторного впливу, Послуги мають складну структуру, будучи результатом діяльності декількох категорій медичних працівників. Послуга може бути неподільною, але частіше не має сенсу при поділі на частини.

10. Залежність ходу надання послуги від місцевих природно-кліматичних умов, які можуть перешкоджати або, навпаки, бути сприятливими для лікування (профілактики) різних захворювань

11. Асиметрія інформації. На ринок виносяться не самі послуги, а інформація про них. Жодному пацієнту (навіть якщо таким пацієнтом виявиться хворий лікар) ніколи не вдасться заздалегідь дізнатися абсолютно все про споживчі властивості (корисний ефект і побічну дію) надаються йому послуг. Видається неможливим не тільки впевнено передбачити кінцеві результати хірургічного втручання, терапевтичного лікування, профілактичних процедур, але навіть хоча б більш-менш реально уявити собі їх наслідки. Будь-яка інформація про це, що виходить від лікуючого лікаря, завжди буде мати імовірнісний характер. Справжній суверенітет пацієнта на ринку медичних послуг неможливий через його недостатньої медичної інформованості. У зв'язку з цим медичну послугу можна віднести до категорії довірче благо. Визначення їх якості вимагає спеціалізованих знань, якими споживач не має. Зокрема, це пов'язано зі складнощами виокремлення корисного ефекту того блага, яке споживач використовує поряд з іншими благами. Як приклад можна

навести деякі лікарські препарати, вплив яких на організм сам споживач виявити може насилу, з огляду на існування інших факторів, що впливають на організм. Інший приклад - генетично модифіковані товари, вплив яких на здоров'я людини в довгостроковій перспективі поки однозначно не встановлено.

12. Індивідуальність і творчий характер наданні послуги. Наявність зворотного зв'язку. Виробництво є широким полем особистих контактів виробника і споживача. Немає масового виробництва послуг. Соціально-психологічний фактор відіграє велику, іноді вирішальну роль. Відрізняється високим ступенем наявності зворотного зв'язку. Виробництво медичних послуг без зусиль з боку суб'єкта-споживача, спрямованих на споживання, засвоєння послуги, беззмістовно і не має сенсу.

13. Суб'єктивність оцінки. Оцінка споживчих властивостей медичних послуг проводиться, як правило, за аналогією - на рівні суб'єктивного сприйняття їх результативності, відчуттів і емоційних переживань пацієнтів.

14. Результативність безпосередньо не пов'язана з величиною витрат. Неможливо з достатнім ступенем точності визначити необхідну для досягнення позитивного результату величину ресурсів. Отриманий результат безпосередньо не пов'язаний з величиною витрат, а залежить значною мірою від стану і реакції організму на проведене лікування.

15. Невизначеність у виникненні потреби в медичних послугах. Споживач найчастіше не може спланувати вірогідність виникнення потреби в медичній послугі, оскільки ця потреба може з'явитися в результаті непередбачених обставин, таких як екологічні та техногенні катастрофи, епідемії, масові заворушення і т.д.

16. Наявність різних механізмів надання. Медичні послуги можуть надаватися як платно, так і безкоштовно (пільговою).

Залежно від характеру задоволення потреб населення і суспільства медичні послуги діляться на взаємозамінні, взаємодоповнюючі і незалежні.

Зростання споживання взаємозамінних медичних послуг одного виду завжди супроводжується відповідним падінням попиту на пов'язані з ними послуги іншого виду. До числа взаємозамінних можуть ставитися, зокрема, профілактичні та лікувальні послуги: активна і своєчасна профілактика захворювань сприяє, як відомо, зниження потреби в здійсненні лікувальних заходів. Слід в той же час мати на увазі, що не можна без ризику для здоров'я людини замінити одне передбачене технологією лікування лікувально-діагностичне заход іншим (звичайно, за винятком впровадження нової вдосконаленої технології, але це зовсім інший випадок).

Для взаємодоповнюючих медичних послуг характерна інша тенденція: зі збільшенням попиту на одну з них зростає попит і на всі інші. Удосконалення діагностичних технологій, наприклад, стимулює зростання потреби в лікуванні захворювань, виявлених на початкових стадіях розвитку. Чітко простежується взаємозв'язок між споживанням лікувально-профілактичних та медико-сервісних послуг (особливо в лікарняному секторі). Послуги, потреба в яких не корелюється, називаються незалежними.

Розподіл медичних послуг на взаємозамінні, взаємодоповнюючі і незалежні можна ефективно використовувати в цілях перспективного бізнес-планування. Завжди важливо знати, які зміни в кон'юктурі ринку відбудуться при виробництві медичної організацією нового для неї виду послуг. Якщо, припустимо, ці послуги є взаємозамінними по відношенню до тих, які вже пропонуються на ринку, вони можуть або частково, або повністю витіснити їх (маючи явні переваги), або, навпаки, виявитися незатребуваними (в силу низької якості, високої ціни, відсутність реклами і т.п.). У процесі планування виробництва нових видів медичних послуг нерідко доводиться вирішувати етико-економічні проблеми. Наприклад, ефективна профілактика карієсу, як відомо, сприяє зниженню попиту на послуги, пов'язані з лікуванням цього захворювання, тому лікарям, зацікавленим в отриманні стабільно високих доходів, немає, здавалося б, ніякого сенсу переорієнтуватися на профілактику. Однак ринок все ж змушує їх слідувати своєму лікарському обов'язку.

Слід також зупинитися на відмінностях в поняттях «медична допомога» та «медична послуга». Деякі автори наполягають на тому, що термін «медична послуга» слід вживати тільки в разі оплати за ринковими цінами. Під послугою, що поставляється при виконанні функцій державної влади, яка надається не на комерційній основі і не за умовами конкуренції з одним або декількома постачальниками послуг, слід розуміти гарантований обсяг медичної допомоги. Таким чином, медична допомога - категорія неринкових відносин лікаря і пацієнта. Категорію "медична допомога" правомірно розглядати тільки поза рамками маркетингових відносин лікаря і пацієнта, як тільки ці відносини переносяться в поле ринку - починають діяти інші закони, при яких такі елементи системи маркетингу, як задоволення потреб і попит пацієнта (клієнта), лікарські пропозиції медичних послуг і лікарські дії у вигляді медичних процедур - універсально і однозначно характеризують цільові функції ринку здоров'я. Ми не згодні з даними розмежуванням. Воно виходить з наявності різних механізмів надання медичної послуги: на платній або на безкоштовній (пільговій) основі. У багатьох міжнародних і українських нормативно-правових актах і документах поняття «медична допомога» та «медична послуга» ототожнюються. Зокрема, в Декларації про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі, прийнятої Європейською нарадою з прав пацієнта (Амстердам, 1994), зазначено: «Медична допомога - лікарські, сестринські або пов'язані з ними послуги, що надаються виробниками медичних послуг і лікувально-профілактичними установами ». З точки зору юридичної техніки, знаходження в дужках «медичних послуг» означає тотожність поняттю «лікувально-профілактичної допомоги». Тому не випадково багато учасників ринку медичних послуг не розрізняють поняття «медична допомога» та «медична послуга». Разом з тим в п. 1 Правил надання платних медичних послуг населенню медичними установами, затверджених постановою Уряду України від 13 січня 1996 № 27, зокрема, визначено: «Ці Правила визначають порядок та умови надання платних медичних послуг населенню (додаткових до гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги)

лікувально-профілактичними установами незалежно від відомчої підпорядкованості та форми власності». Здавалося б, що це положення Правил дозволяє визначити сферу медичних послуг, що відрізняється від до гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги. Однак, термінологічна невизначеність в даному питанні зберігається.

Так само не можна погодитися з тим, що медичні послуги мають як товарний, так і нетоварний характер лише на підставі того, що частина медичних послуг (вакцинація, фундаментальні наукові дослідження) відноситься до категорії «чисті суспільні блага». Медичні послуги мають споживчу вартість, задовольняючи певні потреби людини, але вони мають і вартість, тому що на їх виробництво витрачено певні ресурси.

Частина медичних послуг можна представити як соціально значущі (заслужені) блага, тобто мають яскраво виражений зовнішній ефект. Зовнішній ефект може поєднуватися з виключається благом спільного споживання. Наприклад, Р. Масгрейв і А. Пікок пропонують поняття *заслужених благ* (merit goods) для аналізу деформацій раціональності. На їхню думку, заслужені блага тотожні суспільних благ і виконують аналогічну роль. Триваюча вже понад сорок років дискусія про товари і послуги, "заслужують" державної підтримки, (К. Шмідт, М.Тітцель, Мюллер, Б.Пріддат та ін.) чітко виявила дві постійно відтворюваних проблеми. Предметом аналізу є особливі потреби суспільства (merit wants), які принципово відрізняються від економічних інтересів окремих індивідуумів, ці потреби не можна звести до суми індивідуальних потреб. А це означає, що будь-яке благо може задовольняти потреби якісно різних учасників ринкових відносин, в тому числі і потреби суспільства в цілому. Дії держави, спрямовані на задоволення несвідомих потреб суспільства, проявляється у вигляді якісного поліпшення суспільного середовища.

Соціально значиме благо має властивості приватного блага і властивостями громадського блага завдяки позитивному ефекту. Граничні витрати на вакцинацію однієї дитини далекі від нуля. Граничні середні витрати

приблизно однакові. І не представляє труднощів встановити плату для індивідуума за користування цією послугою.

Відносячи медичні послуги до виключно змішаного суспільного блага (благо спільного споживання), не можна не помітити, що зовнішній ефект медичних послуг виникає не тільки у безпосередніх учасників діяльності, пов'язаної з виробництвом медичної послуги, а й у осіб, які є сторонніми по відношенню до даної діяльності. Мало того, по довгостроковості впливу на майбутні покоління зовнішній ефект безстроковий. Довгостроковий характер і величезна масштабність зовнішнього ефекту охорони здоров'я унеможливають кількісно і якісно виміряти і оцінити внесок зусиль кожного суб'єкта виробництва медичних послуг в загальний зовнішній ефект.

Таким чином, можна запропонувати таку класифікацію медичних послуг:

- медичні послуги, що мають властивості суспільних благ (які не призначені для індивідуального споживання, надходять в розпорядження всього суспільства, не можуть бути виключені з споживання на підставі вимог про виплату певної ціни, граничні витрати їх надання нульові),

- медичні послуги, що мають властивості мериторних благ (ці блага можуть надаватися на платній основі, але оскільки вони мають яскраво виражений зовнішній ефект і являють собою вкладення в людський капітал, то держава надає безкоштовний, мінімальний, загальнодоступний стандарт медичних послуг);

- медичні послуги, що мають властивості приватних подільних благ (споживання їх пов'язано з потребами окремої людини і з його рівнем доходів).

Висновки до розділу 1

1. Ринок медичних послуг має місце тоді, коли існує потенційна можливість для обміну. Ринок медичних послуг визначається наявністю двох сторін - потребують медичних послуг і пропонують їх; наявністю суб'єктів

ринку - необхідних медичних установ, де можуть здійснюватися реалізація і споживання медичної послуги чи товару; наявністю свободи вибору взаємних пропозицій виробників і споживачів медичних послуг.

Об'єктом ринку медичних послуг є медичні послуги, які мають специфічні характеристиками і відрізняються від інших нематеріальних послуг.

2. Частина медичних послуг можна представити як мериторні, соціально значимі (заслужені) блага, тобто мають яскраво виражений зовнішній ефект. Соціально значиме благо має властивості приватного виключається блага і властивостями громадського блага завдяки позитивному ефекту. Зовнішній ефект може поєднуватися з виключається благом спільного споживання. Заслужені блага тотожні суспільних благ і виконують аналогічну роль. Будь-яке благо може задовольняти потреби якісно різних учасників ринкових відносин, в тому числі і потреби суспільства в цілому. Дії держави, спрямовані на задоволення несвідомих потреб суспільства, проявляється у вигляді якісного поліпшення суспільного середовища.

3. Відносячи медичні послуги до виключно змішаного суспільного блага (перевантажувати благо спільного споживання), не можна не помітити, що зовнішній ефект медичних послуг виникає не тільки у безпосередніх учасників діяльності, пов'язаної з виробництвом медичної послуги, а й у осіб, які є сторонніми по відношенню до даної діяльності. За довгостроковості свого впливу на майбутні покоління зовнішній ефект безстроковий. Довгостроковий характер і величезна масштабність зовнішнього ефекту охорони здоров'я унеможливають кількісно і якісно виміряти і оцінити внесок зусиль кожного суб'єкта виробництва медичних послуг в загальний зовнішній ефект.

РОЗДІЛ 2.

ВЗАЄМОДІЯ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУБ'ЄКТІВ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. **Форми проявів економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг**

В якості суб'єктів ринку медичних послуг в подальшому будуть розглянуті страхувальники (роботодавці для працюючого населення, органи місцевої влади для непрацюючого населення), страховики (страхові медичні організації - страхові медичні компанії різних форм власності та фонди ЗДСМС), лікувально-профілактичні установи різних форм власності, що мають ліцензію встановленого зразка на здійснення медичної діяльності різного профілю і акредитацію для співпраці зі страховими медичними організаціями.

В офіційних документах відсутнє таке поняття, як «допомога», хоча, важливо підкреслити, що подібна термінологічна невизначеність є не стільки теоретичною, скільки практичною проблемою. Це проявляється, наприклад, в зміщенні критеріїв моральної оцінки різних сегментів медичної діяльності. Які основні критерії морального виміру ринку медичних послуг? У числі основних критеріїв морального виміру ринку медичних послуг, на наш погляд, слід розглядати рівні реалізації принципів справедливості, свободи і довіри.

Американські біоетики Т. Бічамп і Л. Уолтере виділяють наступні шість принципів, на яких може ґрунтуватися теорія розподільної справедливості:

- 1) кожному по рівній частці;
- 2) кожному згідно з його потреби;
- 3) кожному згідно з придбаним їм на вільному ринку;
- 4) кожному згідно вкладеним зусиллям;
- 5) кожному згідно його внеску в загальне благо;
- 6) кожному згідно з його достоїнств.

Фахівці в галузі медичної етики Л. Кемпбелл, Г. Джіллєтт, Г. Джонс (2004), говорячи про застосування цих принципів до забезпечення людей медичною допомогою, помічають, що деякі з них видаються більш справедливими, ніж інші. Автори підкреслюють, що ми можемо вибирати тільки між рівним розподілом (принцип 1) або розподілом відповідно до потреб (принцип 2). При цьому важливо зауважити, що перевагу першим двом принципам, безумовно, якщо мова йде про розподіл суспільних ресурсів в сфері охорони здоров'я - при наданні гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги. Разом з тим, не слід забувати про принцип свободи, коли мова йде про «класичний» ринок медичних послуг. В цьому випадку істотно зростає значимість принципу 3 - кожному згідно з придбаним їм на вільному ринку.

Як зазначає один з основоположників теорії справедливості Д. Ролз, при розгляді складових справедливості слід дотримуватися двох основних принципів:

- 1) принцип свободи;
- 2) принцип відмінностей.

Д. Ролз доводить, що принципи справедливості, будуть можливими, якщо умови їх реалізації та процедури досягнення згоди по ним є чесними: кожен індивід повинен володіти рівним правом щодо найбільш загальної системи рівних основних свобод; соціальні та економічні нерівності повинні вести до найбільшої вигоди тих, хто досягнув найменшого успіху в умовах чесної рівності можливостей.

Звісно ж, що принципи справедливості та свободи реалізуються як при наданні медичної допомоги, так і при наданні медичних послуг. Можна лише говорити про різні рівні їх реалізації в кожному конкретному випадку. При наданні медичної допомоги відбувається актуалізація принципу справедливості, а при наданні медичних послуг досягається його розумний баланс з принципом свободи. В останні роки часто говорять про кризу довіри, що розвивається в соціальній системі багатьох економічно розвинених країн. Про це чимало написано відомими американськими вченими П. Кругманом, Е. Тоффлер, Ф.

Фукуямою. Наскільки важливий рівень довіри як критерій морального виміру ринку медичних послуг можна зробити висновок з наступного висловлювання Ф. Фукуями: «Довіра - це що виникає у членів спільноти очікування того, що інші його члени будуть вести себе більш-менш передбачувано, чесно і з увагою до потреб оточуючих, в згоді з деякими загальними нормами. Дещо з цих норм відноситься до сфери «фундаментальних цінностей» (наприклад, до розуміння Бога або справедливості), проте в їх число входять і такі цілком світські речі, як професійні стандарти і корпоративні кодекси поведінки. Так, довіряючи лікарю і сподіваючись, що він не заподіє нам навмисної шкоди, ми розраховуємо на його вірність клятві Гіппократа і встановленими правилами медичної професії».

Таким чином, ринок медичних послуг слід розглядати в єдності соціальних, політичних, економічних і духовно-культурних компонентів, що передбачає необхідність його морального виміру за шкалою: розум - добра воля - вище благо. При цьому в якості основних критеріїв морального виміру ринку медичних послуг виступають: справедливість, свобода, довіра.

Сучасний ринок медичних послуг - це трьохрівнева ринкова структура, що включає в себе як ринок медичних послуг, так і ринки супутніх товарів і послуг. Пропонується виділяти первинний, вторинний і третинний ринки. Первинний ринок - це ринок стоматологічних, ортопедичних, хірургічних, косметологічних, репродуктивних, трансплантологічних, ендокринологічних, терапевтичних, судово-медичних, лікувально-фізкультурних і медико-реабілітаційних, санітарно-екологічних та нервово-психіатричних послуг.

Вторинний ринок медичних послуг - це фармакологічний ринок, що забезпечує первинний ринок медичних послуг необхідними лікарськими засобами. Постачанням лікарських засобів (ЛЗ) населенню в Україні, навіть в межах одного міста, займається велика кількість аптечних установ різних форм власності. Вартість ЛЗ оплачується з особистих наявних доходів людей. На ринку ЛЗ виступає три основних споживача: населення, лікувально-профілактичні установи (ЛПУ) і місцевий бюджет, що забезпечує закупівлю ЛЗ для пільгових категорій громадян. Між продавцями ЛЗ і перерахованими

споживачами складаються різні види ринкових відносин. Відповідно до категоріями споживачів пропонується розбити ринок ЛЗ на три сегменти: I сегмент, де споживачем виступає населення; II сегмент, де споживачами виступають ЛПУ; III сегмент, де споживачем є місцевий бюджет.

Особливостями I сегмента ринку ЛЗ є: дуже велика кількість продавців і покупців; відносно низькі вхідні бар'єри; деякі обмеження економічної інформації; частковий контроль над цінами. Таким чином, структура даного сегмента ринку ЛЗ близька по деяких параметрах до досконалої конкуренції.

Характерними рисами II сегмента ринку ЛЗ, де споживачем виступають ЛПУ, є: невелика кількість продавців і покупців; досить високі вхідні бар'єри; деякі обмеження економічної інформації; значний контроль над цінами. Представлена ринкова структура найбільше нагадує олігополію.

Характерними рисами III сегмента ринку ЛЗ є наступні: в якості продавців тут виступають державні та муніципальні аптечні установи, які фактично об'єднані в одну організацію (легальний картель); в якості покупця - місцевий орган самоврядування (місцевий бюджет); непереборні вхідні бар'єри; жорстка обмеженість економічної інформації для споживача; повний контроль над цінами з боку продавця. Наведена характеристика відображає монополістичну структуру даного сегмента.

Розглянемо умови і чинники формування ринку медичних послуг в Україні. Ринок медичних послуг продукції в основному відноситься до числа ринків з розвиненою конкуренцією, що обумовлено наступними факторами: досить великими обсягом і асортиментом лікарських засобів (ЛЗ) як вітчизняного, так і імпортного виробництва, що знаходяться на ринку, великою кількістю постачальників ЛЗ, в тому числі імпортерів, значною взаємозамінністю препаратів всередині груп, досить розвиненою аптечною мережею. Ринок медичних послуг України має ряд особливостей, якими він відрізняється від ринків інших товарів. До цих особливостей можна віднести широкий асортимент вироблених ЛЗ, тривалий цикл їх розробки, високу наукоємність, нееластичний попит, так як хворий не може відстрочити прийом

ліків, залежність потреби в препаратах від епідемій, стихійних лих та інших екстремальних ситуацій і т.д.

Впровадження ринкових механізмів на ринку медичних послуг призвело до насичення українського ринку широким асортиментом ЛЗ. Значна частка ЛЗ імпортного виробництва на українському ринку пояснюється насамперед недостатністю виробництва ЛЗ в повному обсязі і асортименті, недостатньою ефективністю ряду вітчизняних препаратів.

Умовно ринок медичних послуг можна розділити на чотири основні групи:

- ЛЗ, які виробляються в Україні і є адекватною заміною імпортним препаратам;
- ЛЗ, вироблені в Україні, але не мають широкого поширення і практично недостатньо відомі лікарям;
- ЛЗ, що випускаються в Україні, але значно поступаються імпортним аналогам за якістю і ефективністю;
- ЛЗ, не вироблені в Україні і не мають вітчизняних аналогів.

Вітчизняний ринок медичних послуг зазнає значних труднощів у розвитку виробництва як готових ЛЗ, так і їх субстанцій. До них відносяться значна зношеність основних засобів та обладнання, технологічна відсталість підприємств, які виробляють ЛЗ, застарілий асортимент ЛЗ, невміння наших виробників ЛЗ працювати в умовах конкуренції, відсутність досвіду в просуванні ЛЗ українських виробників, загальні проблеми української економіки-неплатежі, хронічний дефіцит оборотних коштів.

Головними структурними параметрами сучасного українського ринку є співвідношення: лікарських засобів вітчизняного та імпортного виробництва, рецептурних і безрецептурних препаратів, лікарських засобів лікарняного і аптечного відпуски.

Основними факторами, які надають значний вплив на формування вітчизняного ринку медичних послуг, є:

- розвиток кон'юнктури. Фармакологічний ринок як складова української економіки безпосередньо залежить від стану ринкової кон'юнктури, її підйомів і падінь, що яскраво продемонстрував досвід останніх років;

- державна політика. На ринку медичних послуг держава відіграє двояку роль; з одного боку, встановлює загальні рамки і правила діяльності, задаючи тим самим умови конкурентної боротьби для інших суб'єктів ринку. З іншого боку, держава є найбільшим покупцем, визначаючи закупівлі ЛЗ за рахунок коштів бюджетів усіх рівнів, а фактично і засобів обов'язкового медичного страхування. Відповідно інші суб'єкти ринку активно конкурують за державний попит на ЛЗ;

- населення (як сукупність пацієнтів і як сукупність покупців). Значний вплив на обсяг і динаміку на ринку медичних послуг надає демографічна ситуація в Україні, основними характеристиками якої є: велика загальна чисельність, повільне скорочення чисельності населення в останні роки і зростання чисельності населення старше працездатного віку, низька щільність населення і значна просторова віддаленість великих міст. Іншим фактором, що впливає на ринок, є рівень платоспроможності населення. Слід зазначити, що попит на ЛЗ має досить низьку цінову еластичність, що пояснюється практично незмінною часткою витрат населення і закладів охорони здоров'я по відношенню до їхніх доходів.

Існує ряд взаємозв'язаних джерел конкурентних і порівняно несприятливих умов для українських фармакологічних компаній. По-перше, за міжнародними мірками українські компанії відрізняються досить низькою продуктивністю праці. По-друге, очевидними слабостями конкурентних позицій вітчизняних промисловців є високі витрати, низька якість і застарілий асортимент продукції. По-третє, слабкий маркетинг.

До основних характеристик сучасного вітчизняного ринку медичних послуг слід віднести:

1) Великі бар'єри для входу на ринок. Величина компаній-лідерів ринку сама по собі є досить значущим бар'єром входу на товарний ринок. Поступовий їх зростання при обліку первісного інвестора - держави дозволило компаніям-лідерам при коректному управлінні зайняти провідні на ринку позиції, тобто ціна входу на ринок для невеликих підприємств доволі велика. В цьому випадку, враховуючи потенційну ємність ринку медичних послуг і певну залежність від імпорту, невеликі компанії користуються іншими факторами конкурентоспроможності. Крім цього, держава може сама регулювати бар'єри входу (знижувати, усувати, підвищувати) з метою захисту вітчизняних виробників від надмірного вторгнення конкурентів, для забезпечення продукцією кінцевих споживачів і надання їм права кращого вибору. При цьому бар'єри можуть носити економічний, нормативно-правовий, структурний, організаційний, технічний (технологічний), фінансовий, інформаційний характер. Це пов'язано з предметом діяльності держави, наприклад, ліцензування діяльності, реєстрація, стандарти виробництва, порядок ціноутворення, державне регулювання (забезпечення і організація проведення тендерів на закупівлі ЛЗ), митна, податкова та інвестиційна політика, патентне право.

2) Недосконала інформація (суб'єктивний фактор). Для забезпечення узгодженої інформаційної взаємодії та забезпечення достовірною інформацією в сфері ціноутворення та прогнозування потреб на ринку медичних послуг сучасних технологій.

Важлива особливість на ринку медичних послуг полягає в тому, що споживання товарної продукції оплачується не тільки з коштів кінцевого користувача (на це джерело припадає більша частина в структурі споживання ЛП), але і з інших джерел (бюджетні кошти різного рівня, фонди медичного страхування).

Український ринок медичних послуг відчуває на собі повною мірою вплив нестабільності пережитого нашою країною періоду. Він є ще більш рухливим і мінливим в порівнянні з іншими товарними ринками в зв'язку з тим,

що в його формуванні бере участь не тільки вся гама політичних і соціально-економічних чинників, але також і інші фактори, що впливають на інші ринки опосередковано (екологія, наслідки природних і техногенних катастроф).

Як первинний, так і вторинний ринки медичних послуг безпосередньо залежать від виробництва відповідних технічних засобів, тому пропонується виділити третинний ринок – найбільший "матеріальний" з усіх. Він безпосередньо переплітається з матеріальним виробництвом і відповідальний за медичне обладнання. Третинний ринок являє собою групу галузей сфери матеріального виробництва, покликаних забезпечувати технічну реалізацію первинного і вторинного ринків медичних послуг. Ринок медичного обладнання виконує такі основні функції:

- загальноекономічну, яка виявляється в участі господарюючих суб'єктів ринку медичних послуг і товарів медичного призначення в суспільному розподілі праці;

- ресурсну, спрямовану на ефективне використання обмежених ресурсів;
- інноваційну, обумовлену потребою в безперервному техніко-технологічному розвитку матеріальної бази надання медичних послуг.

Глобальний ринок медичного обладнання є в даний час одним з тих, що найбільш динамічно розвиваються. Щоб виграти на тих чи інших порівняльних перевагах, відомі постачальники цього обладнання часто виробляють компоненти великих медичних систем в декількох різних країнах, а збірку здійснюють в якійсь третій державі. В результаті походження деякого медичного обладнання іноді важко визначити. За оцінкою газети Die Welt, світові продажі медичного обладнання та матеріалів в 2007 році перевищили 75 млн. дол. Безсумнівним лідером на цьому ринку є США (понад 40% продажів), які виробляють і поставляють продукцію практично по всій гамі медичної техніки. У той же час, США купують 37% виробленого в світі медичного обладнання, будучи найбільшим споживачем даної продукції. Іншими великими ринками збуту медтехніки є Японія, ЄС і Канада. Стійкий попит на новітню високоякісну медичну техніку і технології привів до виникнення

глобальної індустрії медичного обладнання, щорічний оборот якої оцінюється в 138 мільярдів доларів США. Згідно зі статистичними даними 1997 року, виробництво медичного обладнання в США оцінювався в 55,6 мільярди - На 400 компаній, розташованих в згаданих вище 10 штатах, припадає 57% обсягу виробництва. Всього в США налічується: 250 виробників медичного обладнання, в яких працює понад 300 000 чоловік, а щорічні витрати на зарплату становлять 11,8 мільярдів доларів.

Друге місце за обсягами продажів займає Західна Європа (25%) і третє - Азія (21%, в тому числі Японія - 15%). На ринку недорогої медтехніки все більш помітну роль відіграють Індонезія, Малайзія, Пакистан і інші країни, що розвиваються.

Найбільший виробник медичної техніки в Західній Європі - Німеччина, на частку якої припадає 54% медико-хірургічного та ортопедичного устаткування, виробленого в ЄС. Німецькі фірми Karl Storz і Richard Wolf в рівних частках контролюють 70% світового ринку ендоскопів. Досить сильні позиції Німеччини і на ринку апаратури для анестезії, де лідирує компанія Aesculab . Потужний виробник діагностичного обладнання - компанія Behring Diagnostics, Річний обсяг продажів якої становить близько 1,5 млн. дол. Виробництвом медичного обладнання та матеріалів в країні зайнято 170 фірм. Більшість з них - невеликі компанії. Проте, на їх частку припадає близько половини світового виробництва малогабаритних медичних приладів. Успіх німецьких продуцентів на даному ринку обумовлений їх міцною репутацією щодо якості.

Друге місце серед європейських виробників медичної техніки займає Франція. Виробництво медичного обладнання у Франції здійснюють національні підприємства і дочірні фірми багатонаціональних корпорацій. Всього в галузі зайнято 250 компаній, на підприємствах яких працюють в цілому 20 тис. чоловік. В основному це дрібні та середні спеціалізовані компанії; їх річний оборот становить в середньому 8 млн. дол., а число зайнятих - 50 тисяч. Частка 10 найбільших продуцентів в сумарних продажах

продукції галузі дорівнює 30%, в числі зайнятих - 28% і в експорті - 50%. Видимий в даний час тенденція до злиття компаній відображає зростаючий вплив великих національних і міжнародних груп. Більше половини з займають перші 20 місць компаній є дочірніми фірмами транснаціональних об'єднань. В результаті цілий ряд "престижних" виробів, наприклад, сканери, зняті з виробництва. У структурі виробництва медтехніки переважає лабораторне обладнання, пристрої для функціональних досліджень, системи візуального відображення внутрішніх органів, пристрої анестезії і реанімації, а також терапії та моніторингу. Пріоритетний розвиток у Франції отримали електронна апаратура підтримки літніх людей, засоби дистанційної медицини, хірургічні пристрої з мінімальним втручанням в організм людини і засоби компенсації фізичних вад. Найбільш перспективними на ринку сьогодні вважаються функціональні стимулятори: відео- і слухові протези. Лідирують в галузі такі великі компанії, як Sanofi Diagnostic Pasteur, Biomerieux, Synthelabo, DMS, а також Ela Medical, на частку якої припадає 5% світових продажів кардіостимуляторів.

Приблизно 60% реалізованого на французькому ринку медичного обладнання купується державними лікарнями, 30% – приватними лікарнями і 10% – іншими споживачами. При цьому слід мати на увазі, що в групу державних лікарень включені ті приватні лікарні, яким дозволено функціонувати в рамках державної системи охорони здоров'я. Щоб уникнути зайвих інвестицій в межах того чи іншого регіону (наприклад, дублювання закупівель ідентичного обладнання із засобами відображення), уряд Франції контролює витрати лікарень як державного, так і приватного сектора. Для підтримки контролю над інвестиціями воно створило складну систему, іменовану " Carte Sanitaire ", Відповідно до якої вся Франція поділена на регіони. Для кожного регіону встановлено певну кількість обладнання на 12 типів в залежності від чисельності проживаючого населення. Така система покликана забезпечувати досить високу ступінь використання однакового обладнання в державних і приватних лікарнях. Крім того, вона запобігає

застосування приватними лікарнями над дорогого обладнання для досліджень, які не є необхідними. За останні три роки 70% проданого у Франції устаткування вказаних 12 типів було придбано державними лікарнями, а решта 30% - приватними. Незважаючи на критику системи «Carle Sanitaire» зі сторони, як продуцентів, так і покупців, французький уряд навряд чи від неї відмовиться, бо не захоче втратити настільки ефективний спосіб контролю за розмірами і напрямками поставок найдорожчого високотехнологічного медичного обладнання.

В цілому, ринок медичного обладнання Західної Європи схильні до дуже суворої процедури перевірки якості. Відповідно до директив ЄС вся медична продукція, що вимагає дозволу на продаж і імпортована в будь-яку країну ЄС, повинна мати маркувальний знак "CE", який суттєво підвищує довіру споживачів до якості і безпеки медичного обладнання, яке вони купують.

Сьогодні найвищі темпи приросту продажів (15-24%) характерні для ринку медичного обладнання Китаю і Тайваню. До 2006 року найбільшим постачальником медичного обладнання в Китай були США. Але потім посилилася конкуренція з боку Японії і країн ЄС. Велику увагу приділяє Китай розвитку власного виробництва медичного обладнання. У зв'язку з цим зростає число спільних підприємств, частка яких в загальному обсязі продажів на ринках Китаю і Тайваню становить 20-25%. найбільшим попитом на китайському ринку користується електромедичне, хірургічне та стоматологічне обладнання. В останні роки зарубіжні, перш за все європейські, виробники медичної техніки почали активно діяти в Україні, яка незважаючи на складні економічні проблеми стає одним з великих покупців цієї продукції. Висока частка імпортного обладнання в споживанні свідчить про те, що покупці віддають перевагу якості і інших достоїнств продукції, а не країні її походження.

Згідно з розрахунками, сумарна вартість нормативного оснащення електронної медичною технікою лікувально-профілактичних установ України становить 15,1 млн. дол. Однак загальний рівень оснащеності не перевищує

58% від нормативного. Фактична недооснащеність по відношенню до нормативної оцінюється в 6,3 млн. дол. За забезпеченості населення медичною технікою Україна більш ніж на порядок відстає від США і Німеччини. Реальна потреба в медичній техніці набагато перевищує названу цифру, оскільки велика частина використовуваних приладів і обладнання морально застаріла. Наприклад, 70% сільських лікарень оснащені застарілим рентгенівським обладнанням, половина якого виготовлена більше 10 років тому. 11,5% такого обладнання через зношеність і несправностей не працює.

Крім рентгенівського обладнання, українським лікувальним установам гостро не вистачає такої діагностичної техніки, як комп'ютерні рентгенівські і магніторезонансні томографи, агіографічні установки, що сканує УЗ-апаратура з відтворенням тривимірного зображення, літотріптери, деякі види ендоскопічної техніки. Високий дефіцит лабораторної техніки, зокрема біохімічних високошвидкісних аналізаторів. Гостро потребує наша медицина пристроїв і обладнання для надання екстреної медичної допомоги, особливо у випадках травматизму та отруєнь. В зв'язку з недостатньою забезпеченістю медтехнікою програми охорони материнства і дитинства можна очікувати значного зростання попиту на обладнання для передпологового догляду, допомоги при пологах, вакцинації та ін.

У той же час вартість цього обладнання надзвичайно висока і має тенденцію до збільшення в міру її ускладнення і підвищення надійності. У табл. 2.2 наведено орієнтовні ціни на деякі класи медичних приладів.

З цього дуже короткого списку очевидно, що навіть поетапне переоснащення лікарні до сучасного рівня вимагає величезних витрат. На це, мабуть, і розраховують зарубіжні виробники медичної техніки, яких приваблює сюди величезний потенціал українського ринку. Офіційної статистики щодо імпорту медичного обладнання в Україні немає. Учасники ринку оцінюють річний оборот медтехніки, включаючи стоматологічне обладнання (на його імпорт припадає близько 30% всіх машин), в 20-25 млн. дол. У останні роки на вітчизняному ринку з'явилося безліч зарубіжних фірм - виробників медичної

техніки, а також торгових домів, що пропонують широкий асортимент приладів, апаратів і обладнання для медицини. Їх широкомасштабну експансію, по суті, стримував тільки один фактор - високі ціни, не доступні переважній більшості медичних установ нашої країни.

Таблиця 2.1

Орієнтовна вартість деяких видів сучасного медичного обладнання (в тис. дол. США)

Вид обладнання	Ціна
<i>Лікувальне обладнання:</i>	
Літотриптор	750-1200
Штучна нирка	20-40
Ендоскопічний кабінет	100-180
<i>Діагностичне обладнання:</i>	
Комп'ютерний томограф	800-2000
ЯМР-томограф	200 - 2000
Ультразвуковий скенер	40-350
Моніторні системи	100-400
Рентгенодіагностичні установки	120-600
Лабораторні комплекси	120-500
Агіографічні установки	800-1000
Електрокардіограф	6-25

Найбільш активно на українському ринку діють компанії Німеччини, Швеції, Франції, США, Фінляндії, Нідерландів. Більшість компаній діють тут через своїх офіційних дилерів, мережа яких швидко зростає. Так, у компанії Dornier 15, а у Kontron 12 доларів. Багато фірм використовують систему фірм-партнерів, які допомагають встановлювати контакти з покупцями. Цілий ряд світових продуцентів медичної техніки передали права на реалізацію своїх виробів в Україні великим австрійським торговим фірмам Comesa і Vamed, Давно працюють на нашому ринку. А ось фірма Siemens воліє просувати свою продукцію через власних фахівців зі збуту, які проходять обов'язкове навчання в Німеччині. Деякі фірми організували в нашій країні виробництво своєї продукції, здебільшого стоматологічної, відкрили навчально-торговельні та

клінічні центри. З'явилися на українському ринку і фірми, що пропонують бюджетним поліклінікам і приватним лікарям дороге устаткування по лізингу.

2.2. Оцінка структурних економічних інтересів закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг

Т. Парсонс почав побудову своєї теорії охорони здоров'я з критики концепції економічного інтересу, що розглядала промислові і торгові фірми як типові форми організації капіталістичного суспільства. Як контраргумент він розглядав існування професій, представники яких заперечували економічні інтереси в якості мотивів своїх дій, наприклад професію лікаря. Представники цієї професії наполегливо стверджували, що для них головне - здоров'я пацієнта і що всі інші інтереси, включаючи фінансові, повинні бути підпорядковані головному.

Атрибутом хвороби є слабкість хворого, тому останній особливо схильний до експлуатації. При цьому медична професія відрізняється особливою ступенем технічної компетенції, недоступною для непрофесіонала. Споживач медичної послуги не тільки не може точно визначити, яка послуга йому потрібна, але навіть перевірити, наскільки успішно вона надається. Якщо раціональне і послідовне проведення економічного інтересу є невід'ємною властивістю людської природи, то хворий повинен неминуче піддаватися експлуатації з боку лікаря, набагато інтенсивнішою, ніж звичайна індустріальна капіталістична експлуатація.

Підвищена увага громадськості України до звичаїв пацієнта в складі прав людини пояснюється кілька особливим становищем пацієнта через відомі обмежень, пов'язаних зі станом здоров'я і з цієї причини з його більшою залежністю від зовнішніх обставин. Необхідність подальшого поглиблення і розширення прав пацієнтів визначається в даний час поряд чинників. Розвиток економічних методів управління в охороні здоров'я підсилює матеріальну зацікавленість і відповідальність медичних працівників за кінцеві результати

праці. Розширення самостійності, введення нових форм власності в охороні здоров'я, посилення відповідальності медичних установ вимагає створення міцних механізмів захисту прав споживачів медичних послуг.

Згідно з Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» (ст. 7) наданням медичних послуг господарюючі суб'єкти можуть займатися тільки на підставі спеціального дозволу – ліцензії. Мета ліцензування – забезпечення єдиної державної політики при здійсненні ліцензування, регулювання та захисту прав громадян, захист їх законних економічних інтересів, моральності і здоров'я, встановлення правових основ єдиного ринку. В законі міститься перелік видів діяльності, на здійснення яких потрібно ліцензії, зокрема: виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорт лікарських засобів– з урахуванням особливостей, визначених Законом України «Про лікарські засоби»; медична практика; діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України; ветеринарна практика; виробництво ветеринарних препаратів.

До обов'язкових умов здійснення ліцензованих видів діяльності відноситься дотримання ліцензіатом законодавства України, екологічних, санітарно-епідеміологічних, гігієнічних, протипожежних норм і правил, положень про ліцензування конкретних видів діяльності. Якщо окремі види діяльності вимагають спеціальних знань (в охороні здоров'я, освіті, фінансовій сфері і т.д.), в число ліцензійних умов можуть додатково включатися кваліфікаційні вимоги до претендента ліцензії, зокрема вимоги до працівників юридичної особи (лікарям) або індивідуальному підприємцю. Якщо види діяльності вимагають спеціальних умов для їх здійснення (медична діяльність, зберігання лікарських засобів і виробів медичного призначення), в число ліцензійних умов можуть включатися додаткові вимоги про відповідність цим спеціальними умовами об'єктів (будівель, споруд, спеціального обладнання чи інших технічних засобів), в яких або за допомогою яких здійснюється такий вид діяльності.

Приватний сектор став значущим з економічної точки зору компонентом охорони здоров'я. Необхідно якнайшвидше розвиток правової основи його діяльності. Актуальним стає проведення комплексу заходів з підтримки приватного сектора охорони здоров'я і включення його в систему реалізації державних зобов'язань: полегшення оренди площ і обладнання державних і муніципальних ЛПУ, пільгові кредити, державні гарантії по фінансовий лізинг, податкові пільги за програмами державних гарантій.

Розмір витрат населення на формально безкоштовну медичну допомогу і придбання ліків можна порівняти з об'ємом державного фінансування охорони здоров'я. Недостатнє фінансове забезпечення державних зобов'язань компенсується особистими платежами населення. При фактично сформованому співвідношенні витрат держави і населення на охорону здоров'я державні зобов'язання щодо надання населенню безоплатної медичної допомоги вже не можуть бути повністю забезпечені навіть при більш сприятливих для охорони здоров'я бюджетних пріоритетах. Існуючі державні зобов'язання в цій сфері мають декларативний характер, їх захід не відповідає економічним можливостям держави.

Міжнародні зіставлення свідчать про наявність тісної кореляції між рівнем економічного розвитку країни і заходом державних зобов'язань щодо надання населенню безоплатної медичної допомоги. Отже, продовжувати закривати очі на заміщення безкоштовної медицини на платну, і виступати проти перегляду фактично не виконує, той конституційної норми про право всіх громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги, - це значить посилювати соціальну несправедливість.

Реально події, що відбуваються в Україні, пов'язані з реформами системи охорони здоров'я, залишили далеко в стороні безпосередніх учасників відбуваються - лікарів, інший медичний персонал, що працює в лікувальних установах. Соціологічні дослідження, проведені серед медичних працівників в 2015-2019 рр., зафіксували відсутність «одностайності» в оцінках змін, що відбуваються. Це може побічно свідчити про сумніви лікарів в правильності

обраного курсу реорганізації галузі. Більшість головних лікарів, що негативно ставляться до нововведень, вважають медичне страхування несвоєчасним, недостатньо продуманим і взагалі недоцільним для використання в нашій країні.

Негативне ставлення лікарів до проведеним реформам охорони здоров'я свідчить про незавершеність процесу інтернаціоналізації (освоєння і сприйняття) медичним співтовариством в цілому і окремими його представниками нових соціальних правил і цінностей. Потрібен час і відчутні позитивні результати, що відбуваються змін, щоб пропонувані нові соціальні умови були прийняті як медичними колами, так і суспільством в цілому. Принципове значення має і почався процес ресоціалізації медичних працівників, який є процесом знайомства, навчання та адаптації (звикання) до роботи в пропонованих нових умовах.

Вічні цінності охорони здоров'я населення повинні діяти в будь-якому суспільстві, незалежно від того, яка політична група знаходиться в даний момент при владі. Не можна ігнорувати і основоположні засади функціонування суспільства. Неможлива інтеграція тотального державного регулювання в систему ринкових економічних відносин. Без державного регулювання не може бути створена найбільш функціонально-вигідна для суспільства загальнонаціональна система охорони здоров'я. Саме тому соціальні норми, на базі яких ґрунтується функціонування охорони здоров'я в якості соціального інституту, з одного боку, носять універсальний характер, а, з іншого боку, є специфічними для того етапу розвитку суспільства, в період якого вони діють.

Аналіз тенденцій розвитку національних систем охорони здоров'я дозволяє стверджувати, що реформування охорони здоров'я не може бути ефективним без урахування корпоративних економічних інтересів медичного персоналу, що передбачає активну участь в розробці стратегії і технології проведення реформ, корпоративних об'єднань лікарів, сестринської та інших категорій персоналу охорони здоров'я.

Процеси самоідентифікації медичного персоналу йдуть неприпустимо повільно, викликаючи тривогу і занепокоєння як політиків, так і управлінського персоналу охорони здоров'я України. Разом з тим, без самоідентифікації лікарів і сестер, так само як і інших працівників, в професійних медичних співтовариствах немає гострої потреби в саморегуляції своєї професійної діяльності. Без самоідентифікації професійних груп громадян немає корпоративності. Без розвиненого почуття корпоративності немає потреби в самореалізації своєї професійної діяльності в інтересах пацієнта, суспільства, держави. Асоціації лікарів повинні відігравати вагомую роль не тільки в медичних закладах охорони здоров'я як соціального інституту, а й у визначенні та регулюванні принципів функціонування системи охорони здоров'я.

Зокрема, нереальні зобов'язання держави з надання безкоштовної медичної допомоги поєднуються з вкрай низьким рівнем соціального страхування в сфері лікарського забезпечення населення. Деякі громадяни працездатного віку не приймають життєво важливих ліків через їх високу вартість, і саме цим частково пояснюється зростання смертності, зокрема, від серцево-судинних захворювань.

В Україні дуже висока частка витрат населення на лікарські засоби. Все це поєднується зі слабкістю регулювання українського ринку лікарських засобів. Вирішення цих проблем вимагає реалізації більш дієвих заходів регулювання ціноутворення на ліки; широкого впровадження формулярний систем, що упорядковують ціноутворення і витрати держави на ліки, що відпускаються хворим безкоштовно або за пільговими рецептами; введення жорсткої вимоги про заміну при відпустці виписаних патентованих засобів дженериками для підвищення цінової доступності життєво важливих ліків для населення країни.

В українському охороні здоров'я не створені соціально прийнятні і економічно раціональні форми залучення особистих коштів населення. Основною формою залучення коштів населення є платні види допомоги, а не платежі населення, як в країнах з розвинутою економікою. ДМС нерозвинене,

витрати на придбання страховок непорівнянні з розміром прямої оплати населенням отримуваних послуг, при цьому більше чверті витрат на медичну допомогу проводиться неформально.

Неструктурованість системи особистих платежів призводить до того, що населення витрачає на оплату медичної допомоги більше, ніж в ситуації легально встановлених і контрольованих державою умов оплати послуг, що надаються. При існуючому стані у споживача відсутня достовірна інформація про можливість отримання безкоштовної медичної допомоги і «ціною» послуг в неформальному секторі, і тому він неминуче переплачує.

Сформована система соціальних гарантій не здатна захистити найбільш потребує частина населення. Виникають серйозні підстави зосередитися на першочерговому задоволенні потреб найбільш нужденних категорій хворих, переносячи частину навантаження з оплати лікування на більш заможні групи сімей. Принцип суспільної солідарності (багатий платить за бідного, здоровий - за хворого) повинен діяти і в розподілі тягаря особистих витрат населення па медичну допомогу.

Надмірні державні зобов'язання стримують, а в ряді випадків повністю виключають побудова раціональної системи економічних відносин в охороні здоров'я. Незбалансованість державних зобов'язань і їх фінансового забезпечення робить важко здійсненним дієвий контроль за якістю медичної допомоги. Незбалансованість стримує формування повноцінних договірних відносин між котра фінансує стороною і медичними організаціями. В результаті відсутня міра договірної відповідальності державних і муніципальних ЛПУ за обсяги безкоштовної медичної допомоги, в той же час тіньовий ринок деформує систему оплати медичної допомоги.

Держава поки не вирішувалося офіційно переглянути гарантії надання безкоштовної медичної допомоги. Уряд розраховує вирішити проблему дисбалансу зобов'язань і їх фінансового забезпечення шляхом перерозподіл коштів на користь більш ефективних і менш дорогих форм медичної допомоги і

скорочення за допомогою цього загальної потреби галузі в державному фінансуванні.

Виникла чергова плутанина в характеристиці створюваної системи охорони здоров'я. Спостерігається підміна поняття національна система охорони здоров'я поняттям державна система охорони здоров'я. Термін «державна система охорони здоров'я» в масовій суспільній свідомості сприймається і обговорюється тільки в контексті прав власності. Державні (регіональні) лікувальні установи, також як і муніципальні, знаходяться в суспільній власності, а приватні (комерційні) - в приватній. Звідси і прагнення партій і політиків лівого спрямування ратувати за збереження державної системи охорони здоров'я (мається на увазі власність), а політиків правого спрямування - домагатися роздержавлення системи (диверсифікація власності та формування реальної багатоукладності TM лікувальних установ).

У країнах Заходу для характеристики особливостей системи охорони здоров'я в кожній з них, широко використовується термін «національна система охорони здоров'я».

Існують три групи причин зміни потреб суспільства в способах функціонування системи охорони здоров'я:

1 . Причини, пов'язані з недоліками існуючої адміністративно-командної системи управління охороною здоров'я:

- функціонування охорони здоров'я за єдиними для всієї країни нормативам, без урахування реальної потреби населення в різних видах медичної допомоги;

- оцінка діяльності медичних установ за єдиними для всієї країни показниками без урахування економічних інтересів охорони здоров'я конкретної людини, його потреб і запитів;

- жорстко централізована система управління і фінансування, яка визначає низьку ефективність використання обмежених ресурсів, незбалансованість структури надання медичної допомоги;

- що відбувається, в умовах дефіциту коштів у галузі, зміщення надання медичної допомоги в бік дорогих її видів;

- відсутність мотивації праці медичних працівників, що було головною причиною низької якості медичної допомоги та економічних втрат в суспільстві.

2. Причини, пов'язані з об'єктивним погіршенням показників здоров'я населення України ;

- природне зменшення населення за рахунок зниження народжуваності і зростання смертності;

- зменшення середньої тривалості життя на 2,8 року;

- відмінності в середній тривалості життя чоловіків (57,3 року) і жінок (71,1 року).

3. Причини, зумовлені наростанням соціальної напруженості, пов'язаної з незадоволеністю населення організацією і якістю медичної допомоги.

До теперішнього часу всередині бюрократичного коридору в охороні здоров'я змінювалися лише джерела фінансування, їх кількість, напрям фінансових потоків, уточнювалися форми звітності і процеси перерозподілу коштів. До обіцяних і необхідних змін від галузевої структури справу так і не дійшла. Хоча про це заявлялося в Програмі приватизації 1994 р і в Програмі реструктуризації мережі лікувальних установ 2013 року, і в Концепції розвитку охорони здоров'я і медичної науки України 2007 р яка закінчила свою дію в 2016 р. На цю концепцію багато посилалися, але не було вирішено жодної актуальної із заявлених нею значущих завдань: зміни пропорцій надання стаціонарної та амбулаторної допомоги ; введення державних медико-економічних стандартів; змін організаційно-правових форм установ; підтримки розвитку приватної медицини шляхом надання в оренду надлишку площ державної охорони здоров'я, скорочення ліжкового фонду, поділу стаціонарів за ефективністю і т.п. Нинішнє керівництво Міністерства охорони здоров'я вважає, що хоча завдання, проголошені концепцією, як і раніше актуальні, сьогодні її місце зайняв національний проект "Здоров'я".

Невирішеність принципових структурних проблем галузі, в чималому ступені сприяють її окостенілі інститути, на практиці призводить до того, що проста людина сьогодні залишається слабким і беззахисним перед хворобою. Навіть при явному порушенні його прав він не впевнений в сприятливих наслідках їх відстоювання, не готовий до цього, скоріше він готовий доплатити, докупити ліки та витратні матеріали, звернутися за допомогою до знайомих. Статuti більшості державних установ охорони здоров'я сьогодні написані таким чином, що цілком відповідають трансформації структур і процедур приватних корпорацій. Створено особливий тип законодавства, за допомогою якого при бажанні можна паралізувати діяльність комерційної організації, легально працює в сфері платної медицини, і навіть не регулювати ціну платних послуг державних установ, формально вже оплачених із бюджету. Це не приносить користі фінансової дисципліни, негативно позначається на нових виробничих відносинах. При слабкій, близько 1% стаціонарної і 8 - 9% амбулаторної представленості приватних медичних організацій, обсяг платної допомоги в останні роки наближається до 50% сукупних витрат на охорону здоров'я і продовжує рости, вже вдвічі перевищивши аналогічний показник в країнах Європи.

На думку експертів МОЗ всі минулі роки працював без мети, в основному перебував в очікуванні кадрових і політичних змін. Сьогодні все, що відбувається в сфері охорони здоров'я оцінюється, завдяки мажорному інформаційного забезпечення, відповідно до пріоритетів Національного проекту «Здоров'я» 2020-2022 рр., на його реалізацію виділено 1456 млн. грн. У тому числі на проведення додаткової диспансеризації працюючого населення: 20 млн. грн. в 2020 році і 40 млн. грн. - в 2021 році (це відповідно 4 і 75 млн. обстежених)(табл.2.2)

Таблиця 2.2

**Фінансове забезпечення пріоритетного національного проекту «Здоров'я»
на 2020-2022 роки**

Запланований обсяг фінансування з державного бюджету	1571 млн. грн.
--	----------------

Необхідний обсяг фінансування на рахунок коштів державних позабюджетних фондів	376 млн. грн.
Разом: Загальна сума фінансових витрат	1947 млн. грн.

Платна медицина в рамках державної охорони здоров'я - вже реальність. У неї є своя конкуренція, свій слабо розвинений ринок. Державна організація надання платних медичних послуг, вже оплачених державою за заниженими тарифами, крім зниження доступності допомоги, погіршує і можливості розвитку приватної системи, знижує її конкурентоспроможність, створюючи привілейовані умови для державних установ, відмінності в доступі до матеріальних і адміністративних ресурсів. Це додатково знизило доступність лікування, збільшило число добровільних відмов від лікування важких, часто смертельних захворювань по матеріальним обмеженням в інтересах інших членів сім'ї.

Таблиця 2.3

**Фінансове забезпечення пріоритетного національного проекту «Здоров'я»
в 2020-2022 рр. (млн. грн.)**

	2020	2021	2022
Запланований обсяг фінансування	1273	939	1008
- підготовка лікарів	3	3	3
- здійснення грошових виплат	211	231	236
- здійснення грошових ви плат медичному персоналу	12	112	112
- оснащення діагностичним обладнанням муніципальних амбулаторно-поліклінічних установ	154		
- оснащення автомобілями швидкої медичної допомоги	39		
- обстеження населення з метою виявлення ВІЛ-інфікованих і були інфіковані вірусним гепатитом В і С	78	78	93
- проведення імунної нації населення в рамках Національного календаря профілактичних щеплень	61	61	61
оплата медичної допомоги, наданої під час вагітності, пологів та в після родовому періоді жінкам і дітям першою року життя	145	166	170
- проведення диспансеризації за додатковими програмами	6	60	60
- додаткова оплата первинної медико-санітарної допомоги	3		
- будівництво нових центрів високих медичних технологій	194		
- надання високотехнологічної медичної допомоги	175	220	265
- інформаційна підтримка та управління проектом	7	3	3

Інструментом боротьби з корупцією, нецільовим використанням коштів оголошується визначення зобов'язань, забезпечення державних гарантій і формування системи доплат за економічно обґрунтованими надані послуги тільки за їх рамками, інформуванням пацієнта про додаткові платні послуги. Гроші повинні не нараховуватися за фактом існування установ, а "бути зароблені", слідувати за пацієнтом.

Економічний блок Уряду України останні роки обґрунтовано заявляв, що без структурних реформ фінансові вливання в істотно комерціалізовану і недофінансовану галузь з невизначеними зобов'язаннями, великим числом комерційних посередників, невідповідністю організаційно-правових форм установ їх статутним функцій, вільним наданням платних послуг на основі ідеології виживання лише посилює сформовані диспропорції, тому виникає питання про ефективність нових фінансових вливань тощо фактичну відсутність структурних перетворень.

Давно назріле підвищення зарплат первинній ланці дільничних лікарів саме по собі не мотивує зростання якості послуг, не має права продовжувати господарських прав лікарів загальної практики, дільничних лікарів і не призводить до переміщення медичної допомоги зі стаціонарного сектора в амбулаторний. У Чехії 70% дільничних лікарів перейшли на приватну загальну лікарську практику, і завдання реструктуризації медичної допомоги на користь амбулаторного надання послуг була вирішена.

Представляється перспективним надання знають лікарям, заслуженим людям права на відкриття лікарських практик, юридично самостійних, що перетворюють службовця, «гвинтика» системи в вільного лікаря з, лікаря в складі групової практики. Перспективна передача їм часткових характер фондо утримання, надання допомоги при формуванні прикріпленого контингенту за місцем проживання, при розвитку оплати страховою компанією лікування і обстеження пацієнта. Оренда офісів на базі своїх же поліклінік для лікарів загальної практики, сімейних лікарів - соціально найбільш прийнятний і стійкий інститут, з ресурсом розвитку. У населення з'явиться реальний вибір:

люди будуть знати, який лікар краще, і це знайде своє матеріальне втілення. У страховиків з'являться справжні страхові функції. Однак для керівництва галузі більш звичний адміністративний контроль поліклінік, питання ж розширення господарських прав медпрацівників серйозно не розглядався.

Вся система виконавчої влади, за відсутності дієвого поточного контролю за використанням ресурсів, відчуває себе більш бізнес-корпорацією, "закритою гордовитою кастою", ніж структурою, створеною на гроші платників податків для виконання громадських функцій. Якщо додати до цього, як скріплює ланки, самостійне освоєння коштів бюджету та позабюджетних фондів, то це буде найкоротший шлях до корпоративно-консервативному режиму, з "належною" ієрархією статусів, черговим варіантом піраміди влади-власності.

Висновки до розділу 2

1. Кінцеві результати діяльності сфери послуг (рівень культури, здоров'я населення, ступінь його освіти) залежать від ефективності роботи спеціалізованих установ, від індивідуальних особливостей споживача, від умов протікання життєдіяльності людини (рівень здоров'я, наприклад, залежить не тільки від ефективності медичної допомоги, а й від загальних соціальних умов, ступеня задоволення потреб населення в харчуванні, одязі, житло і багатьох інших факторів).

2. Проведений нами аналіз медичних послуг дозволив виділити три тісно пов'язаних між собою аспекти: економічний соціальний і інституційний. Економічний аспект медичних послуг передбачає, що їх виробництво і споживання є основним засобом підвищення якості людського капіталу товариства, отже, сприяє по підвищенню продуктивності праці і створює передумови для економічного зростання. Соціальний аспект медичних послуг передбачає їх соціальну корисність і проявляється в скороченні транзакційних витрат координації діяльності господарюючих суб'єктів і зростання суспільної добробуту. Даний аспект є похідним від економічного аспекту, що дозволяє

його виділення розглядати як умовне. У свою чергу, соціальна корисність медичних послуг визначається інститутами, в першу чергу, неформальними - традиціями, звичаями, ідеологією, засадами, які існують у суспільстві.

3. Результат спожитої медичної послуги втілений в людині, при цьому послуга носить і соціальний, і індивідуальний характер. Медичні послуги завжди мають індивідуальний характер, так як призначені конкретній людині з його неповторним унікальним організмом, що обумовлює збіг споживання основної частини послуг охорони здоров'я з їх виробництвом.

РОЗДІЛ 3.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ЕКОНОМІЧНИХ ІНТЕРЕСІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Суперечливість економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг

Споживачі медичної послуги зацікавлені в отриманні всієї необхідної і своєчасної високоякісної безкоштовної медичної допомоги. При відсутності обмежень частина населення схильна до Надмірне споживання медичних послуг. Цей суб'єктивний фактор робить непрямий вплив на визначення обсягу необхідних послуг і збільшення виділення державних коштів на безкоштовну охорону здоров'я. Непрямим регулятором попиту населення на безкоштовні медичні послуги є черги в поліклініках за місцем проживання. Якщо припустити, що час також має ціну, то час, витрачений в чергах, і становить ціну медичної послуги для споживача. При однаковій якості медичної послуги вибір споживача з різною суб'єктивною оцінкою свого часу буде різним. Той, для кого час має велику цінність (наприклад, через високий погодинного заробітку), безсумнівно, віддасть перевагу заплатити за послугу і отримати її негайно. Тільки в одному випадку поліклініки за місцем проживання є монополістами: мова йде про надання лікарняних листів (до останнього часу) і деяких видів обов'язкових довідок.

Ставлення до медицини, лікарям і системі охорони здоров'я взагалі сильно залежать від доходів. Дослідження, проведені в американських гетто, показали, що чим менше дохід, тим більше внутрішній опір медицині. Це особливо характерно для вихідців з бідних кварталів, які відносяться до етнічних спільнот з тісними кровно-родинними зв'язками.

Люди з середніх і вищих класів з великою увагою ставляться до свого здоров'я і більше часу приділяють профілактиці захворювань. Однак дослідження, проведені англійськими соціологами після введення в

Великобританії бюджетної охорони здоров'я, показали, що прямої залежності між витратами на лікування та рівнем доходів не існує. Після введення безкоштовної охорони здоров'я ставлення будинків до свого здоров'я не змінилося. Бідність породжує систему вірувань і цінностей, ворожих медицині: скептицизм по відношенню до можливостей медичної науки, по відношенню до намірів докторів і меншу чутливість по відношенню до тривожних симптомів.

Багато лікарів вимагають, щоб пацієнти співпрацювали з ними в процесі зцілення. Роль пацієнта повинна бути не пасивною, а активною. Тим самим терапевтична функція повинна бути розподілена між двома особистостями - лікарем і пацієнтом. Антитезою концепції економічного або егоїстичного інтересу є концепція «колективної орієнтації». Важлива характеристика ролі лікаря - виконання їм функції члена колективу. Солідарність цього мікроколективу створює основу довірчих відносин між пацієнтом і лікарем. Не випадково в медичному середовищі не заохочуються, а засуджуються «перебіжки» хворих від одних лікарів до інших в пошуку більш низької ціни.

Парсонс наділяє лікаря суспільною функцією соціального контролю, що дозволяє більш ефективно впроваджувати здоров'я як соціальну цінність. Рольові відносини «лікар-пацієнт» існують не у вакуумі, а в локальному соціальному оточенні, в культурі, безпосередньо залежать від панівних норм і цінностей. Для різних культур, в різних етнічних середовищах відносини «лікар-пацієнт» будуть різні.

У той час як поняття класу є об'єктивною характеристикою соціального життя, пов'язаної з рівнем доходів і власністю, його недостатньо для розкриття такої важливої характеристики, як спосіб життя. Останній характеризується також і суб'єктивною компонентою - статусом, що показує, яким саме повагою користується людина в суспільстві. Статус визначається не тільки рівнем життя, але і своєю освітою, місцем роботи, родом занять. Статусні групи розрізняються не тим, що вони виробляють, а тим, що і як споживають. Належність до статусної групи характеризується подібними матеріальними умовами, рівнями освіти і способом життя.

Ставлення людей до свого здоров'я визначається приналежністю до тієї чи іншої статусної групи в значно більшому ступені, ніж рівнем їх доходів. Чим вище соціально-економічна статусна група, тим більшою мірою характерні для неї ринкові цінності, тим більше її представники незалежні від лікарів в своїх міркуваннях, тим більше рівні вони у відносинах з лікарями. І навпаки, чим нижче статусна група, тим в більшій залежності від лікарів перебувають пацієнти, тим сильніше патріархально-патерналістські відносини між лікарями і пацієнтами, тим частіше звернення до лікарів.

Для більш детального вивчення характеру статусного розшарування суспільства по відношенню до свого здоров'я можна виділити дві великі групи: тих, хто приймає відповідальність за стан свого здоров'я на себе, і тих, хто вважає, що хвороба все одно неминуча, - або на активістів і пасивістів. Група активістів, що характеризується активним ставленням до свого здоров'я, відрізняється від групи пасивістів здоровим способом життя, чітко ринковою системою цінностей - велика перевага кар'єри і меншим - сім'ї та дозвілля, більш терпимим ставленням до комерційних палат і приватизації закладів охорони здоров'я, більш високою оцінкою рівня свого здоров'я, меншою вимогливістю до існуючих медустанов і більш високою оцінкою якості медичного обслуговування і більш позитивним ставленням до ЗДСМС. Ці статусні групи майже не відрізняються один від одного за віком і за доходами. Найважливіших критеріїв, що відрізняють статусні групи один від одного, два: рівень освіти і місце роботи. За міру переходу від груп з низьким рівнем освіти до груп з високим рівнем освіти частка ринкових цінностей неухильно зростає. У нашій країні своєрідний еквівалент західного середнього класу - шар осіб з вищою освітою (особи інтелігентних професій). Просвітницька діяльність лікаря працює на активізацію пацієнта як споживача медичних послуг, будучи фактором збільшення доходів галузі.

Попит на платні медпослуги вимагає додаткового формування. Незважаючи на моду і декларацію "здорового способу життя", для значної частини населення уважне ставлення до свого здоров'я та профілактика

захворювань неактуальні, люди звертаються до лікаря лише в разі серйозних захворювань, і культура турботи про здоров'я поки не сформована.

Оздоровлення умов життя, зміна пріоритетів в системі цінностей населення неможливі до вирішення тих проблем, які в даний час об'єктивно є найбільш актуальними на індивідуальному рівні. У ситуації, що склалася, коли за отримання формально безкоштовної медичної допомоги доводиться платити, в гіршому положенні виявляються менш забезпечені верстви населення і сім'ї, що живуть поза великими містами. Населення з доходами нижче прожиткового мінімуму витрачає на медичне обслуговування і ліки триразово більшу частину своїх доходів, ніж та частина населення, яка має найвищі доходи. При цьому бідні люди рідше заможних відвідують амбулаторно-поліклінічні заклади. У представників малопробиткових груп людей коротше терміни перебування в лікарнях, в порівнянні з представниками високопробиткових груп.

Частка витрат на медичну і лікарську допомогу в сімейному бюджеті тим більше, чим нижче сукупний дохід сім'ї. Якщо зазначену суму розподілити по 20-ти відсотковим дохідних груп, ті домогосподарства, які мали витрати на медичні потреби, то виявляється, що група з найменшими доходами затратила на ліки і лікування 36% місячного доходу, а група з найбільшими доходами - 12%. У бідних велика частина з цих витрат припадає на придбання ліків - 68%. У багатьох пропорція протилежна: 62% витрат на медичні потреби становить оплата медичних послуг.

Для середнього і вищого класів в набагато більшому ступені, ніж для нижчих класів, характерний ринковий підхід до здоров'я, коли пацієнт розглядається, перш за все, як споживач ринкових послуг, а лікар-як їх представник. Для ринкового суспільства характерна зміна традиційних відносин «лікар-хворий» в бік більшого контролю над лікарем з боку пацієнта, вирівнювання їх соціального статусу навіть у процесі хвороби і підвищення відповідальності хворого за результат лікування, що починає зближувати медицину з іншими сферами суспільного життя на Заході. Це добре пояснюється концепцією Парсонса, Згідно з якою саме люди з низькими

доходами схильні перекладати відповідальність за поганий стан свого здоров'я на кого-то другого. Для людей з нижчих шарів суспільства взагалі характерно більш пасивне ставлення до життя і менше бажання брати відповідальність на себе. Для нижчих і забезпечених верств характерно різне ставлення до здоров'я. Для людей з середніх класів здоров'я - персональна цінність, яка повинна використовуватися людиною для отримання задоволення від життя, продовження її радощів. Для людини з нижчих класів здоров'я - це здатність працювати і заробляти.

Т. Парсонс визначає здоров'я і хвороби людини через поняття соціальних очікувань, ролей, завдань. Він перший почав розглядати відносини «лікар - пацієнт» в їх взаємозв'язку з соціально-економічною системою, в якій вони живуть. Здоров'я і хвороба - стану індивідів як на особистісному, так і на соціальному рівні. Здоров'я - це стан оптимальної здатності ефективно виконувати потрібні суспільству завдання.

Здоров'я - це стан, що оцінюється і інституційно закріплений в культурах і соціальних структурах різних товариств. Відповідно, в кожній культурі, в кожному суспільстві повинні існувати свої власні стандарти або критерії, що відрізняють задовільні стану індивідів від незадовільних.

Заклади охорони здоров'я мають реалізувати функції соціального контролю, що виправляє ці відхилення. Розвиток цілої системи установ, що реалізують функції соціального контролю, неминуче ставить проблему розробки критеріїв оцінки ефективності їх діяльності. В силу того, що ці установи існують не у вакуумі, а в суспільстві, перші по важливості питання - про правомірність оцінки закладів охорони здоров'я з економічної точки зору і про співвідношення чисто економічних критеріїв з іншого.

Спроби створення системи державної соціальної стандартизації робляться близько десяти років. В умовах соціальної та економічної нестабільності це - неймовірно складне завдання, що пояснює її незавершеність. Український варіант ідеї такої стандартизації зародився і реалізується не стільки за соціальними, скільки за бюджетно-фінансових причин. Спочатку

передбачалося, що мінімальні соціальні стандарти покликані встановити ті порогові значення соціальних благ, нижче яких опускатися не можна (з позицій сучасних уявлень про рівень і якість життя). Однак у зв'язку з цим «стандартна» норма повинна бути також доступною, безкоштовною для споживача, оплаченої з бюджетних і позабюджетних коштів для відповідних категорій населення. В контексті раніше сформульованих уявлень про соціальні зобов'язання держави можна сказати, що, встановлюючи мінімальні соціальні стандарти, воно, перш за все, стурбоване натуральній і вартісній ціною своїх зобов'язань, яку повинні заплатити бюджети і позабюджетні фонди всіх рівнів. В результаті всі труднощі становлення системи державних мінімальних соціальних стандартів виявилися похідними від їх непеєднуване подвійній ролі як, з одного боку, розрахункової величини (своєрідного соціального індексу), використовуваної в проектуванні видаткової частини бюджетів (і в побудові міжбюджетних відносин), а з іншого, - жорсткої норми соціальних благ, гарантовано надається кожному.

Зв'язок соціальної стандартизації з бюджетно-нормативною діяльністю виявилася найбільш відчутною і явною на муніципальному рівні, де відбувається безпосереднє виконання практично всіх зобов'язань держави в соціальній сфері. Це стало основною причиною переведення державної концепції ролі і сенсу мінімальних соціальних стандартів в практичну площину в нормативних актах, прямо або опосередковано регулюють розвиток місцевого самоврядування і роботу його органів.

Отже, повинні:

а) існувати державні мінімальні стандарти, нижче яких місцеві органи не можуть «задовольняти основні життєві потреби населення»;

б) у зв'язку з попереднім розраховуватися нормативи мінімальної бюджетної забезпеченості;

в) на основі цього визначатися мінімально необхідні витрати місцевих бюджетів;

г) з урахуванням всього зазначеного складатися мінімальні місцеві бюджети. А оскільки вказаний вихідний мінімум генетично пов'язаний з соціальним державним боргом, фінансовим забезпеченням мінімальних місцевих бюджетів (і двох попередніх мінімумів) покликане здійснювати держава (Україна і її суб'єкти). Для реалізації цієї цілком логічною схеми, крім значних грошей (які, як і стосовно інших соціальних завдань, були відсутні), необхідні були перш за все самі мінімальні стандарти, до моменту прийняття акту теж були відсутні.

3.2. Вдосконалення маркетингової діяльності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг

Напрямок та розвиток реформ в галузі охорони здоров'я в Україні передбачають, при інших рівних, розробку і реалізацію стратегії охорони здоров'я, здійснювану органами державної влади та місцевого самоврядування.

Удосконалення економічних відносин, в зокрема розвиток партнерських відносин при отриманні економічної самостійності ЛПУ. Сучасні економічні відносини в охороні здоров'я характеризуються бажаннями отримання ЛПУ правової та економічної самостійності і нагальними потребами посилення партнерських взаємин.

Основними елементами системи охорони здоров'я стають не окремі лікувально-профілактичні установи або сама галузь охорони здоров'я, а стратегічні альянси, що представляють собою територіальні угруповання ЛПУ і пов'язані з ними організації, що діють в певній сфері і характеризуються спільною діяльністю та взаємодоповнюють один одного.

З одного боку, класичний стратегічний альянс, як одну з безлічі форм організації, необхідно відрізнити від олігополії, а з іншого, коректно співвіднести з реальною можливістю виникнення в умовах існуючої моделі системи охорони здоров'я.

Будучи досить поширеною формою ринку олігополія в сфері виробництва і надання медичних послуг має наступні характеристики:

- невелика кількість конкурентів при значних вхідних бар'єри в галузь нових лікувально-профілактичних установ;
- надається медична допомога в рамках економічних характеристик (медична послуга) може бути як стандартизованою, так і диференційованою;
- ефективність медичної допомоги вимагає, щоб обсяг виробничих потужностей кожного ЛПУ займав велику частку сукупного ринку медичних послуг. Доцільна досить висока ступінь концентрації ЛПУ в рамках регіону, при якій сумарна частка чотирьох-восьми медичних установ I-II категорії не нижче 60% від загального обсягу потреб в медичних послугах;
- вигідно розширення матеріально-технічної бази ЛПЗ до великих розмірів за рахунок слабкості або відсутності поля привабливою і помірної конкуренції;
- абсолютна вертикальна взаємозалежність ЛАУ, що нейтралізує ефективні механізми конкурентоспроможності;
- переважно нецінова конкуренція при виробництві та споживанні медичних послуг в системі муніципальної форми надання медичної допомоги.

Кожне велике лікувально-профілактичний заклад в умовах олігополії намагається вести себе як монополія, діяльність якої обмежена потужністю конкурентів. В рамках досконалої конкуренції, через те, що успіх олігополіста можливий за рахунок ослаблення позиції підприємств-конкурентів, конфлікти на такому ринку іноді призводять до запеклої конкурентної боротьби.

На практиці частіше відбувається зворотне. ЛПУ на рівні вищестоящих або координуючого органу охорони здоров'я прагнуть дійти згоди (картелю) з приводу розподілу ринку медичних послуг (директивно проводиться закріплення території обслуговування за кожним ЛПУ, а всередині територій - закріплення певного числа обслуговуючого контингенту за конкретною лікарською посадою). Затверджуються плани державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги. Узгоджуються і затверджуються відповідні

тарифи вартості медичних послуг і т.п. В результаті сукупність ЛПУ-олігополістів фактично діє як чиста монополія, але при цьому формально на них не поширюється антимонопольні санкції держави.

При першому наближенні олігополію можливо ототожнювати з функціонально-структурною формою організації. Відмінною рисою олігополії від функціонально-структурної форми організації є залежність виникнення олігополії від рівня реальної наявності різноманітних конкуруючих ЛПУ на ринках медичних послуг. Олігополія породжується ринком чистої конкуренції, будується на договірних засадах зацікавлених учасників, а не створиться директивними установками.

Неоднозначність і складність олігополії пояснює недостатньо повну опрацювання її теорії. В даний час олігополія найменш вивчена модель конкуренції. Розглянемо механізм олігополії на прикладі картелю.

Ефективність і якість лікарського обслуговування населення багато в чому визначаються повнотою асортименту лікарських засобів в аптеках і оптимізацією управління запасами медикаментів, не допускаючи, з одного боку, дефіциту, з іншого - перевищення встановлених нормативів товарних запасів.

Удосконалення системи задоволення потреб населення і ЛПУ. Розглянемо на прикладі лікарських засобів. Попит на лікарські препарати представляє собою форму вираження потреб (дійсних, реалізованих і незадоволених) і може виявлятися соціологічними методами.

Аналіз закономірностей, що впливають на споживання ліків, дозволяє удосконалювати систему задоволення потреб населення і ЛПУ в лікарських засобах. Їх споживання залежить від появи нових методів лікування і препаратів, наявності аналогів. Значна частина номенклатури світового ринку лікарських засобів (до 70%) припадає на препарати-аналоги. З урахуванням різної якості препаратів-аналогів і антимонопольних позицій бажано мати досить великий вибір препаратів. Динаміка споживання лікарських засобів носить сезонний характер і з року в рік суттєво змінюється.

Попит на лікарські препарати залежить від статі, віку і соціальної структури населення. Більш 81% попиту на серцево-судинні засоби припадає на населення старше 40 років; вік активного попиту для жінок складає 55-59 років, для чоловіків - старше 60 років. Інтенсивність попиту на серцево-судинні препарати у осіб, які мають вищу освіту, на 4,6% вище, ніж в осіб з середньою освітою.

В умовах, коли потреба в лікарських засобах значно перевищує наявні ресурси (виробництва або імпорту), важливе значення надається запропонованій ВООЗ концепції основних лікарських засобів (ОЛС), що включають препарати, необхідні для медикаментозного забезпечення більшості населення країни (приблизно 80%). Шостий перелік основних лікарських засобів, затверджений ВООЗ в листопаді 1989 року, містить 288 найменувань, згрупованих в 26 терапевтичних категорій. В даний час більш ніж в 100 країнах світу є національні переліки ОЛС, 40 держав реалізують програми лікарського забезпечення, засновані на цій концепції.

В останні роки на ринку медичних послуг з'явилося безліч нових лікарських засобів, про які практичні лікарі не мають необхідної інформації, відсутній досвід їх реального використання. За даними, з усієї номенклатури лікарських засобів лікарі активно використовують лише 10%. У той же час багато хто з цих препаратів досить добре відомі в розвинених країнах Європи і Америки. Це вказує на необхідність підвищення ефективності реклами та цілеспрямованого маркетингу.

Сформована в даний час система ринку медичних послуг маркетингу орієнтована на рекламу лікарських препаратів серед населення (телебачення, засоби масової інформації), що певною мірою сприяє поширенню різних форм самолікування. Зарубіжні фірми та їхні представництва в більшій мірі зацікавлені в оптовій реалізації, а роздрібним продажем займаються аптеки. Більш доцільною нам представляється комплексна система маркетингу, спрямована на рекламу лікарських препаратів в першу чергу серед лікарів, а в другу чергу - серед населення. Професійна реклама може бути декількох рівнів:

для фахівців, що відповідають за оптові закупівлі лікарських препаратів (кон'юнктура і аналітична інформація і т.д.), і для лікарів практичної охорони здоров'я (інформація про показання та протипоказання, оглядова та аналітична інформація про різні групи лікарських препаратів, про практичний досвід використання рекламованих препаратів), які безпосередньо призначають лікарські препарати, в тому числі за рецептами. Реклама для населення повинна здійснюватися переважно аптечною мережею, що реалізує ліки в роздріб, а також через телебачення та інші засоби масової інформації; професійна реклама - через наукові медичні журнали.

Створення умов для формування ефективного конкурентного середовища. Розвиток конкурентоспроможності медичних послуг і медичних праць – ефективний інструмент на шляху якісного зміни виробничих відносин в самій галузі охорони здоров'я та абсолютно необхідна умова формування сучасних маркетингових відносин між пацієнтом і лікарем, медичними працівниками, лікувально-профілактичними установами.

В системі організації охорони здоров'я зберігається жорстке закріплення пацієнта за дільничним лікарем і ЛПУ за місцем проживання, а система фінансування не враховує вартість медичної послуги як товару, тому очевидно, що в нашій країні існує спотворений ринок медичних послуг. Невеликий сектор реального ринку медичних послуг охоплюють платні послуги, трохи більший - тіньовий ринок, основний же сектор (до 80%) - це потенційний ринок медичних послуг, на якому держава виступає одночасно в трьох особах: продавця медичних послуг, фактичного покупця медичних послуг і власника медичних установ. Такий стан справ має сприяти можливості гнучкого регулювання державою обсягу, якості, вартості, порядку надання медичних послуг, проте реальну ситуацію важко назвати регульованим ринком.

Ресурси, можливості, територія, вікова структура населення, інститути і порядки, що склалися в правлячій владі, відносини еліт, відсутність корпоративної ідеології та етики, що вразили державні органи і структури влади, негативна налаштованість до економічної легалізації значної частини

працевдатних людей, високий відсоток залежного від бюджету населення в структурі зайнятості, значна частка неконкурентоспроможних працівників - все це обмеження формування ефективного ринку медичних послуг.

Згідно з опитуваннями, нерівність у доступі до медичної допомоги розцінюється людьми болючіше, ніж інші види нерівностей (житло, транспорт, освіту, доходи і т.п.).

Формування легального ринкового простору розглянемо на прикладі надання спеціалізованих стаціонарних медичних послуг (високих медичних технологій). Йдеться про новий в кінці 1990-х р інтегрованому напрямку - репродукції людини і планування сім'ї, про нову організаційно-правову форму комерційної організації – розрахункове державне підприємство, що працює на умовах оренди. Досвід нового господарського механізму, розширення прав вже діючих медичних організацій були сприйняті оптимістично, особливо його виконавцями, що скинули тягар оформлення або поводження централізованої госпіталізації за направленням органів управління охороною здоров'я. Спонтанно почали формуватися визнані сьогодні перспективними організаційні технології мікрорівня, такі як бригадна форма організації та оплати праці, лікар загальної практики, часткове фондо-утримання поліклінік на оплату послуг стаціонару, денні стаціонари, стаціонари на дому. В цілому це сприяло як вилучення прибутку від надання медичної послуги, так і підвищенню якості обслуговування, створювало ясну і легко реалізовану мотивацію її поліпшення. Нормативно невідрегульована практика медичної підприємницької діяльності на базі державних установ потім реалізувалася в феномен "приватизації робочих місць" .

При традиційній структурі системи охорони здоров'я, функції стратегічного планування та управління зосереджені частково на регіональному рівні і жорстко пов'язані з конкретно прийнятими рішеннями і установками Міністерства охорони здоров'я.

При існуючій організаційній структурі системи охорони здоров'я в рамках своєї функціональної сутності, органи охорони здоров'я регіонального

та муніципального рівнів, зобов'язані забезпечувати узгодження тих чи інших проектів розвитку системи і прийнятих управлінських рішень. Таке узгодження ускладнюється тим, що керівники ЛПУ недостатньо володіють сучасними методами стратегічного планування; тим, що практично не використовують метод соціального маркетингу при стратегічному плануванні в охороні здоров'я; тим, що часом недостатньо інформації, необхідної для стратегічного планування на різних рівнях управління; не відпрацьована технологія підготовки рішень в області стратегії і тактики охороні здоров'я.

Діючи в Україні система охорони здоров'я відноситься до традиційної класичної форми організації - бюрократичної. У функціонуючій державній системі охорони здоров'я відсутні умови появи незалежних рівноправних партнерів і конкурентів, діють лише функції вертикальних взаємин типу «керівник-виконавець». Розмежування повноважень на різних рівнях прийняття управлінських рішень, формування середовища вільного функціонування лікувально-профілактичних установ, середовища, що сприяє створенню горизонтальних взаємин між установами, є реальною ґрунтом, на якій можливо і необхідно забезпечення партнерства та стратегічного альянсу.

Можливі спроби адаптувати методи і форми стратегічного альянсу, як категорії ринкових відносин, до системи охорони здоров'я з високою часткою ЛПУ державної і муніципальної форми власності, призведуть до посилення планових, розподільних і контрольних функцій діючих адміністративних органів охорони здоров'я.

В рамках систем, в яких переважають вертикальні взаємозв'язку суб'єктів, говорити про будь-якій формі стратегічного партнерства не має сенсу. У подібній системі взаємин можна коректно говорити лише про стратегічне планування, при цьому визнаючи, що стратегічне планування іноді стає перешкодою на шляху ініціативи і підприємництва.

Ринковий характер відносин в охороні здоров'я підтверджується наявністю тіньового ринку медичних послуг, існуванням попиту, багато в чому випереджаючого пропозицію і можливості ЛПУ. Перехід до ринкових відносин

в охороні здоров'я супроводжується зміною психологічних стереотипів як у населення, так і у медичних працівників.

Маркетинг в охороні здоров'я має свої відмінні риси, пов'язані зі специфікою споживчого попиту і ринку медичних товарів і послуг. Його можливості багато в чому обумовлені формою фінансування охорони здоров'я та оплати медичних послуг (приватна, страхова, державна), формою власності підприємств, що виробляють товари медичного призначення та надають медичні послуги (приватна, муніципальна, державна, благодійних фондів і т.д.).

У структурі маркетингу в сфері охорони здоров'я умовно виділяють ряд напрямків: маркетинг медичних послуг, маркетинг лікарських препаратів, маркетинг медичної техніки, маркетинг медичних технологій, маркетинг наукових ідей.

Маркетинг медичних послуг (включаючи оздоровчі заходи) має значення для формування у населення мотивації зміцнення здоров'я і відповідного стилю життя, створення іміджу здорової людини, системи здорового способу життя.

Маркетинг медичних послуг необхідний в умовах як приватної і страхової, так і державної медицини. Він повинен включати вивчення потреб населення в різних медичних послугах, інформацію про можливості їх надання, формування та регулювання ринку медичних послуг.

Технології маркетингу універсальні для багатьох сфер охорони здоров'я. Вихідними є відповіді на наступні питання: яка медична допомога необхідна; чому, для кого, коли, де, ким і як вона буде надаватися; ким, як і в якому обов'язі вона буде фінансуватися.

Маркетинг як універсальний механізм системи управління, спрямований на максимально повне задоволення потреб людини, має безпосереднє відношення до найрізноманітніших областей охорони здоров'я, в тому числі до системи забезпечення якості медичної допомоги (КМП). При цьому широко застосовуються методи інтерв'ювання, анкетування пацієнтів і медичного персоналу, незалежної експертизи. Частка осіб, не задоволених КМП, переважає в середніх вікових категоріях (до 56% у віці від 40 до 60 років), серед

осіб із середньою спеціальною та вищою освітою, серед зайнятих в медицині та економіці, а також серед учнів. Забезпеченість лікарськими засобами, рівень цін на яку вони надають допомогу і медичні товари, доброзичливе ставлення медичних працівників, матеріально-технічний стан медичних закладів і науково-технічний рівень медичної допомоги за значимістю для населення посіли відповідно 2, 3, 4, 5 і 6 місця.

Мета маркетингових досліджень полягає в отриманні та аналізі об'єктивної інформації, в розробці прогнозів розвитку ринку лікувально-профілактичних послуг, в оптимізації стратегії надання медико-санітарної допомоги, у вирішенні проблем створення ринку нових послуг для більш повного задоволення попиту на них. Таким чином, медичний ринок володіє відповідним інформаційним полем, яке піддається вивченню, вимірюванню та оцінці.

Дослідження попиту на товари і послуги базуються на матричній і функціональній системах і їх комбінації. Матрична система включає: географічний, споживчий, асортиментний аспекти. Функціональна система маркетингових досліджень спрямована на: вивчення певного виду лікувально-діагностичної; рекреаційно-оздоровчої; інформаційного забезпечення.

Медичний маркетинг поряд з аналізом, контролем і прогнозом попиту на увазі також управління попитом. Активна позиція в медичному маркетингу реалізується в різноманітних технологічних рішеннях. Кожному стану попиту (негативному, відсутньому, потенційному, зниженим, хиткому, повного, надмірного, ірраціонального) відповідають свої методи впливу: конверсійні (змінюють), що стимулюють, розвиваючі, ремаркетингові, синхромаркетингові, що підтримують, демаркетингові, які протидіють.

Маркетингові дослідження на ринку медичних послуг і товарів базуються на глибокому і всебічному вивченні потреб та фінансових можливостей фактичних і потенційних споживачів медичних послуг і покупців фармпрепаратів, на аналізі рівня і динаміки цін, на виявленні факторів, що впливають на розвиток охорони здоров'я і медичної допомоги.

Головна особливість маркетингу на ринку медичних послуг і товарів полягає в поєднанні всебічного вивчення даного ринку з урахуванням його демографічних, соціальних, економічних, валеологічних параметрів, з активним впливом на цей ринок і на формування потреб громадян у медичних послугах.

Сегментація ринку медичних послуг і визначення його ємності здійснюються на основі даних про чисельність обслуговуваних хворих і розмір їх середньодушового доходу, рівні витрат на медичну допомогу і лікарські засоби, товари медичного призначення.

Функціональна схема маркетингу в охороні здоров'я включає ЛПУ, маркетингових посередників і пацієнтів. Ці елементи з'єднані чотирма головними потоками: потік медичних послуг, потік грошових коштів, отриманих в оплату за надання медичної допомоги, інформаційний потік, потік комунікацій. ЛПУ - виробники медичних послуг, з одного боку, і елементи ринкової інфраструктури, де реалізується і споживається медична допомога, - з іншого. Маркетингові посередники - це організації, що допомагають виробникові товарів і послуг в просуванні, збуті і розповсюдженні його продукції серед клієнтів, що виявляють конкретні ринки збуту, що забезпечують комунікації між виробником і споживачем (торгові посередники, фірми, агентства з надання маркетингових послуг, кредитно-фінансові установи, страхові медичні організації).

Концепція маркетингу в охороні здоров'я в умовах ринкових відносин і медичного страхування передбачає виникнення нових економічних суб'єктів охорони здоров'я - організація медичного страхування, що забезпечують систему зв'язків між ЛПУ і споживачами медичних послуг, які акумулюють кошти на оплату і оплачують надання медичних послуг, які збирають і аналізують інформацію, що надходить з ринку медичних послуг інформацію і передають її в ЛПУ. Роль держави в цій схемі обмежується створенням умов для існування ринку медичних послуг і захистом прав їх споживачів.

Маркетинг на ринку медичних послуг промисловості істотно відрізняється від маркетингу в інших сферах виробництва тим, що продукція

виробляється в строго необхідних кількостях, не надається безпосередньо споживачеві, ціноутворення прямо або побічно визначається урядом, на національних ринках присутня величезна кількість конкурентів, і жодна з фірм не має суттєвої частки ринку. У той же час на частку фірми "Glaxo SmithKline" доводиться 7,3% світового ринку медичних послуг; "Pfizer" (+ Warner Lambert) - 6,7%; "Astra Zeneca" - 4,6%; "Aventis" - 4,4%; "Merck" - 4,4%; "Novartis"- 4,1%; "Bristol - Myers Squibb"- 4,1%; "Johnson & Johnson"- 3,6%; "Roche"- 3,2%; "Lilly"- 3,1%.

Маркетинг лікарських препаратів повинен здійснюватися не тільки на макrorівні (держави, великі фірми-виробники), а й на мікрорівні - в аптечній мережі. В ідеалі кожна аптека повинна мати в своєму асортименті всі фармакологічні групи препаратів. Однак у кожній з цих груп міститься різна кількість препаратів, причому в повному обсязі види ліків взаємозамінні. Фармакологічні групи з високою взаємозамінністю препаратів можна уявити щодо меншим числом найменувань. В іншому випадку аптекам довелося б мати хоча б по одній упаковці кожного виду препаратів. Хоча такий асортимент можна вважати ідеальним, все ж він не завжди вигідний для аптеки з точки зору її доходів. Щоб домогтися оптимального поєднання рентабельності аптеки з асортиментом лікарських засобів, потрібно враховувати як прибутковість кожної окремої фармакологічної групи, так і кількість наявних у продажу препаратів з цієї групи.

За рівнем прибутковості всі фармпрепарати можна умовно розділити на п'ять видів. До першого виду належать антибіотики, а також інсуліни і синтетичні протидіабетичні засоби, протиастматичні препарати, транквілізатори, гіполіпідемічні засоби і вітаміни. Препарати цього виду користуються високим стійким попитом і вважаються найбільш рентабельними: зазвичай вони забезпечують аптекам приблизно 75-80% денного доходу.

На наступному рівні прибутковості знаходяться медикаменти другою виду: антиагреганти, противиразкові, антиангінальні, седативні, гіпотензивні,

протипаркінсонічні, протизапальні, протиревматичні і жарознижуючі засоби, анальгетики, травні ферменти, протигрибкові препарати. Середня прибутковість препаратів другого виду приблизно на 20-25% нижче, ніж першого.

До третього виду фармпрепаратів відносяться спазмолітики, ноотропи, відхаркувальні, синтетичні і антибактеріальні препарати, антитиреоїдні і антиалергічні засоби. Рентабельність цих препаратів вдвічі нижче рентабельності препаратів першого виду.

Фармпрепаратами четвертого виду є протиглаукомні, протипротозойні і протипаразитарні засоби, антиаритмики, діуретики, препарати для лікування і профілактики венеричних захворювань, оральні контрацептиви, протиепілептичні засоби та засоби від кашлю.

До фармпрепаратів п'ятого виду відносяться серцеві глікозиди, противірусні препарати, засоби проти катаракти, антидіуретики і проносні. Продаж цих препаратів приносить аптекам вельми незначний прибуток, обсяг якої, правда, плавно зростає з розширенням їх асортименту.

В основі раціональної політики, що забезпечує аптечній торгівлі високу і стабільну прибутковість, лежать наступні правила. В асортимент лікарських засобів рекомендується включати препарати першого виду, причому так, щоб купівельний попит задовольнявся на 30-35%. Аналогічним чином слід чинити і з препаратами другого виду, з тією лише різницею, що їх асортимент повинен задовольняти попит на 40-50%. Для препаратів третього, четвертого і п'ятого видів цей показник становить 50, 60 і 70% .

Маркетинг медичної техніки умовно можна розділити на наступні сектори: виробництво медичного призначення, призначені для населення (медична техніка для використання на дому); медична техніка, призначена для приватно практикуючих лікарів; медична техніка для установ (незалежно від типу власності).

На Заході щорічний приріст збуту медичної техніки, призначеної для використання на дому (пристрої для вимірювання температури і кров'яного

тиску, контролю рівня цукру при діабеті, тренажери, контактні лінзи і очкова оптика), становить 10,4%. Найбільшим ринком медичної техніки для використання на дому є Німеччина, Італія, Франція, Великобританія. Серед різних видів медичної техніки за обсягом продажів найбільша питома вага припадає на пристрої для комп'ютерної томографії, рентгеноскопії, ЯМР-томографи, електромедичне обладнання, системи збору донорської крові, кардіостимулятори та ін.

Про необхідність маркетингу в галузі медичної техніки свідчить той факт, що тільки в США у виробництві виробів медичного призначення зайнято 2600 фірм із загальним числом працюючих в них 179 тис. чоловік. Найбільшими світовими виробниками медичної техніки є "General Electric" (США), "Philips" (Нідерланди), "Siemens" (ФРН), "Toshiba" (Японія) та ін. Продукція, що випускається ними відрізняється не тільки вартістю, але і умовами поставки, післяпродажного сервісу, термінами гарантії. Все це обумовлює необхідність проведення маркетингових досліджень з боку і виробників, і покупців медичної техніки.

Маркетинг медичних технологій - абсолютно невивчена область економіки охорони здоров'я і менеджменту. У структурі медичних технологій можна виділити лікувально-профілактичного впливу, технології отримання лікарських препаратів, способи діагностики та реабілітації і т.д. В охороні здоров'я широко використовуються різні медичні технології - від найбільш найпростіших (системи переливання крові і т.д.) до складних (пересадка кісткового мозку, нирок і т.д.). При цьому навіть в одній установі одна і та ж операція або метод можуть виконуватися з різних медичних технологій. Ринок медичних технологій використовується тільки в таких його сегментах, як технології виготовлення лікарських препаратів, технології експлуатації складних технічних лікувально-діагностичних комплексів. У Західній Європі і США широке поширення набули так звані клініко-статистичні групи і протоколи лікування, які здійснюють не тільки стандартизацію медичних технологій, можливість техніко-економічної характеристики методів

діагностики і лікування, а й можливість широкого використання методів маркетингу. Маркетинг в цій сфері охорони здоров'я повинен включати збір інформації про використовувані медичних технологіях, їх аналіз (з медичної та з економічної точки зору), стандартизацію, рекламу, заходи щодо просування на медичний ринок. Вкрай важливою є проблема тиражування та навчання фахівців нових медичних технологій.

Маркетинг наукових ідей також є практично невивченою областю, визначальною процеси їх просування до реального використання в науці, техніці, виробництві або суспільній практиці. Важливий аспект маркетингу наукових ідей - їх правовий захист, яка здійснюється через систему патентування охороняються і технічних рішень, авторське право і практику наукового пріоритету при їх публікації. Маркетинг наукових ідей включає проведення патентно-інформаційних досліджень, експертизу планованих і завершених НДР, техніко-економічні та кон'юнктурні дослідження, інноваційний процес.

Одним з етапів маркетингу наукових знань є вивчення попиту суспільства на науково-технічні досягнення. Практика показує, що при відсутності попиту на нові наукові ідеї процес їх реалізації відкладається на багато років. Багатьма вченими і керівниками науки досі не усвідомлена сама можливість існування ринку наукових ідей з притаманними йому елементами конкуренції, змагальності, рентабельності, доцільності.

Реформи охорони здоров'я, спрямовані на впровадження нових форм господарювання, платної медицини, обумовлюють практичний інтерес до маркетингу як однієї з форм організації та управління охороною здоров'я та надання медичної допомоги населенню. Оскільки концепція маркетингу передбачає чітке пов'язування цілей і завдань з наявними ресурсами і попитом, можливостями реального використання і величиною віддачі в зіставленні з вкладеними коштами, безсумнівно, ця методологія повинна стати однією з провідних форм в медичному менеджменті. Вже найближчим часом необхідно здійснити ряд організаційних заходів та досліджень щодо практичного

використання маркетингу як у сфері охорони здоров'я, що фінансується з бюджету, так і в області медичного бізнесу. Доцільно регулярно проводити курси з маркетингу в охороні здоров'я, створити довідково-інформаційне бюро з маркетингу, активно виявляти нові медичні технології та навчати їм лікарів практичної охорони здоров'я. В умовах обмеження валютних коштів, що виділяються на закупівлю закордонних лікарських препаратів і медичної техніки, важливого значення набувають цілеспрямована реклама та маркетингові дослідження по виявленню фірм і умов укладення найбільш вигідних контрактів. Обмеження ресурсів, що виділяються на наукові дослідження в галузі охорони здоров'я, обумовлює необхідність у проведенні ретельної техніко-економічної експертизи кожної знову планованої НДР з урахуванням етапу інновації наукових результатів, а також можливого комерційного чи соціального ефекту.

Маркетинг в галузі охорони здоров'я - це особлива сфера бізнесу, в якому інтереси фірми, отримання прибутку не повинні вступати в протиріччя з інтересами суспільства і кожної особистості. Виходячи з цього реклама повинна бути максимально об'єктивною, а маркетингові дослідження - всебічними. Основу медичної реклами і маркетингу повинні складати інтереси пацієнта. Держава в особі Міністерства охорони здоров'я і його організацій зобов'язане здійснювати контроль за об'єктивністю реклами.

Висновки до розділу 3

1. Ринок медичних послуг слід розглядати в єдності соціальних, політичних, економічних і духовно-культурних компонентів, що передбачає необхідність його морального виміру за шкалою: розум - добра воля - вище благо. При цьому в якості основних критеріїв морального виміру ринку медичних послуг виступають: справедливість, свобода, довіра.

2. В результаті дослідження виявлено такі тенденції в реалізації інтересів суб'єктів ринку медичних послуг: відсутність прямої залежності між витратами на лікування і рівнем доходів, посилення значущості статусної приналежності; необхідність формування додаткового попиту на платні медичні послуги; дію ефекту заміщення щодо платних і безкоштовних послуг; зміна традиційних відносин «лікар - пацієнт» в бік більшого контролю над лікарем з боку пацієнта, вирівнювання їх соціального статусу в процесі хвороби і підвищення відповідальності хворого за результат лікування; посилення взаємозв'язку відносини «лікар - Пацієнти» з соціально-економічною системою; поглиблення і розширення прав пацієнта в складі прав людини; зміна концепції економічного або егоїстичного інтересу концепцією «колективної орієнтації»; наявність культурних і громадських стандартів і критеріїв, що відрізняють задовільний стан від незадовільного; необхідність соціального контролю, що усуває ці відхилення; посилення зв'язку соціальної стандартизації та законодавчої та бюджетно-нормативної діяльності; підвищення вимог до ліцензіатів за допомогою включення спеціальних знань, кваліфікаційних вимог, відповідності умовам об'єктів, в яких або за допомогою яких здійснюється такий вид діяльності; посилення значущості процесу інтернаціоналізації медичним співтовариством нових соціальних правил і цінностей, процесу ресоціалізації медичних працівників; формування корпоративних інтересів медперсоналу; підміна поняття «національна система охорони здоров'я» поняттям «державна система охорони здоров'я».

3. Стара система охорони здоров'я була побудована в «інший» країні, для вирішення інших завдань. В Україні змінилися суспільний лад, економічні відносини, структура захворюваності, демографічна структура суспільства. Що залишився в спадок від минулого інституційний та матеріально-технічний каркас старої моделі як і раніше є істотним об'єктивним гальмом перетворень. І хоча багато в цьому каркасі гідно розвитку в нових умовах, але сформовані, окостенілі структури потребують суттєвого реформування з метою створення сприятливих умов для балансу інтересів суб'єктів ринку медичних послуг.

ВИСНОВКИ

1. Ринок медичних послуг - це система економічних відносин між людьми, що охоплює процеси виробництва, розподілу, обміну та споживання медичних послуг. Продукцією ринку медичних послуг є медичні послуги, тобто корисний ефект від діяльності утворюють цю галузь фахівців і підприємств (установ, організацій) з діагностики, профілактики та усунення (або компенсації) виникають або наявних у людини анатомічних і функціональних порушень (захворювань).

2. В ході дослідження було обґрунтовано, що медичні послуги, які створюються в сфері охорони здоров'я не є ні чистим суспільним, ні змішаним благом, оскільки вони взаємовиключні і часто конкурентні. Деякі дослідники вважають, що медичні послуги мають як властивостями змішаних суспільних благ, так і приватних товарів, що дозволяє виділити їх в окремий клас соціально значущих благ, тобто благ, що володіють особливими перевагами. Ми не заперечуємо значних позитивних екстерналій, що виникають в процесі виробництва і споживання таких благ, проте пропонуємо визначити медичні послуги як «особливі приватні блага». Під цим терміном ми розуміємо економічні блага, які мають «двоїсту» корисність, властивостями яких виступають конкурентність і виключність, в силу особливих характеристик, що не виявляються в абсолютній мірі.

3. Медичні послуги, як особливі приватні блага можуть виступати об'єктом ринкових відносин. Під ринком медичних послуг ми по приймаємо сукупність соціально-економічних інститутів, які організують, структурують і легітимізуючих господарські відносини, метушні кається між економічними агентами в процесі виробництва, обміну і споживання медичних послуг. Сфера охорони здоров'я розглядається нами як система взаємовідносин чотирьох типів суб'єктів: виробників, споживачів (у разі безоплатної медичної допомоги), покупців (платників) (в разі платних медичних послуг), держави.

4. Сучасне розуміння здоров'я виходить за рамки міркувань на морально-етичні теми і є більшою мірою економічною категорією. Поява теорії людського капіталу відобразила збільшену в останні роки роль нематеріальних чинників у розвитку людства. Людський капітал розуміється як унікальне багатство, неминуще і незамінне, сукупність всіх виробничих якостей працівника.

5. Суспільне здоров'я - соціально-політична категорія, що відображає відтворення населення, його фізичний і духовний розвиток, збереження життєвого потенціалу і активність життя популяції, індивідуальну здатність кожного члена суспільства здійснювати біологічні та соціальні функції. Воно може бути представлене сукупністю статистичних показників, що характеризують процес відтворення здоров'я поколінь на основі взаємодії біологічних і соціально-економічних показників.

6. Споживачі медичних послуг виступають на ринку медичних послуг на стороні попиту. Попит - це платоспроможна потреба широких соціальних груп населення в медичних послугах. Величина попиту - це кількість медичних послуг, яке бажають і можуть придбати пацієнти за даний період за певною ціною. Залежність попиту від ціни знаходить вираз у дії закону попиту: при інших рівних умовах попит на послуги змінюється в зворотній залежності від ціни, що обумовлено дією ефектів доходу і заміщення. Особливістю ринкового попиту на медичні послуги є складність визначення перспективних потреб в масштабах і структурі медичних послуг. Пропозиція медичних послуг багато в чому залежить від медичних і лікувально-профілактичних установ конкретного українського регіону, їх кількості, статусу, спрямованості. Головне не ціновим фактором попиту і пропозиції медичних послуг виступає загальне соціально-економічне становище конкретного регіону.

7. На окремих локальних ринках попит і пропозицію спеціалізованих медичних послуг можуть складатися по-різному, відхиляючись від лінії зміни сукупного попиту і пропозиції на дані послуги, тому кожен виробник тієї чи іншої послуги повинен вивчати попит на ці послуги на так званому цільовому

ринку, на якому він має намір їх пропонувати, і відповідно виробляти тактику пропозиції з урахуванням попиту і виробничих витрат.

8. Практичним результатом дослідження є розробка комплексу заходів, спрямованих на досягнення балансу інтересів суб'єктів ринку медичних послуг:

- вдосконалення економічних відносин, зокрема розвиток партнерських відносин при отриманні економічної самостійне І та лікувально-профілактичних закладів;

- вдосконалення системи задоволення потреб населення і лікувально-профілактичних установ;

- створення умов для формування ефективного конкурентного середовища;

- розвиток системи тактичного і стратегічного планування;

- реалізація альтернативних схем фінансування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Армстронг М. Практика управления человеческими ресурсами. 8-е изд. / Пер. с англ. под ред. С. К. Мордовина, СПб.: Питер, 2008. 832 с.
2. Баєва О. В. Менеджмент в галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchniki.ws/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov.
3. Баєва О. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. 2009. Вип. 4. С. 231 – 238.
4. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf.
5. Бирли У. Оценка 360 градусов. Стратегии, тактики и техники для воспитания лидеров. М.: Эксмо, 2009. 45 с.
6. Білінська М. Розвиток інтелектуального та кадрового менеджменту в державному управлінні охороною здоров'я. Главный врач. 2007. № 11 (79). С. 69 – 73.
7. Брич В. Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я: моногр. / В. Я. Брич, Л. В. Ліштаба, П. П. Микитюк. – Тернопіль: ТНЕУ, 2018. – 192 с.
8. Вороненко Ю. В. Кваліфікаційні вимоги та професійна модель сучасного керівника військово-медичної служби. Укр. мед. часоп. 2009. № 1 (69) С. 56 – 61.
9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.

10. Глузман О. В. Базові компетентності : сутність та значення в життєвому успіху особистості. Педагогіка і психологія. 2009. № 2. С. 51 – 61.
11. Гуиляр Ф. Ж. Преобразование организации. Пер. с англ. М.: Дело, 2010. 376 с.
12. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.
13. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів : метод. рек. / авт. кол. : І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук І. М. Солоненка. К. : НАДУ, 2010. 56 с.
14. Державний стандарт вищої освіти: Освітньо-кваліфікаційна характеристика та освітньо-професійна програма підготовки бакалавра напряму підготовки 0502 «Менеджмент». К.: М-во освіти і науки України, 2001. 59 с.
15. Дивак М. Використання властивостей інтервальних моделей в задачах послідовного планування оптимальних експериментів. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2001. № 418. С. 53 – 58.
16. Дивак М. П., Крамар О. В. Ідентифікація параметрів моделі на основі аналізу інтервальних даних. Вісник Тернопільського державного технічного університету. 1999. Т. 4, № 1. С. 76 – 80.
17. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2004. 229 с.
18. Енциклопедичний словник з державного управління : довідков. вид. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В.Кобасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 819 с.
19. Євмешкіна О. Л. Підходи до визначення профілю професійних компетентностей керівника сфери охорони здоров'я. Завдання держави у

- забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я /
Матеріали наук.-практ. конф. Київ. 2015. С. 34 – 36.
20. Єрмаков І., Софій Н. Життєва компетентність особистості: від теорії до
практики : наук.-метод. зб. Запоріжжя : Центріон, 2005. 640 с.
21. Ждан В. М., Скрипник І. М., Марченко А. В. Проблема кадрової політики
медичної галузі в розрізі часу. Завдання держави у забезпеченні ефективної
кадрової політики галузі охорони здоров'я / Матеріали наук.практ. конф.
Київ. 2015. С. 37 – 39.
22. Кадрова політика і державна служба : конспект лекцій / уклад. :
В. М. Сороко. К. : НАДУ, 2009. 104 с.
23. Кадрова політика і державна служба : навч. посіб. / С. М. Серьогін, Н. Т.
Гончарук, Н. А. Липовська та ін. ; за заг. ред. проф. С. М. Серьогіна.
Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2011. 352 с.
24. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та
перспективи розвитку / М. М. Білинська, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, І. В.
Рожкова // Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2
ч. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М.
Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. С. 284 – 319.
25. Камерон Ш. Руководство по МВА. Пер. с англ.. Москва: Эксмо; 2007. 480 с.
26. Капацина А. О. Характерологічна обумовленість розвитку компетенцій
менеджерів. Правничий вісник Університету «КРОК». 2014. Вип. 18. С. 133
– 139.
27. Кристопчук Т. Є. Компетентнісний підхід: європейський вимір. Науковий
вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені
Богдана Хмельницького. Серія педагогіка. 2011. № 6. С. 33 – 41.
28. Криштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджмент в здравоохранении. – К. :
Здоров'я, 1993. 180 с.

29. Кудрявцева Е. И. Компетенции и менеджмент: компетенции в менеджменте, компетенции менеджеров, менеджмент компетенций : монографія. СПб. : СЗИУ РАНХиГС, 2012. 340 с.
30. Кузнецова І. О. Модель компетенцій менеджера як складова ключової здібності підприємства. Сталий розвиток економіки. 2011. № 2. С. 228 – 234.
31. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис.... канд. держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 20 с.
32. Латишев Є. Є. Управління кадровими ресурсами вітчизняної галузі охорони здоров'я на шляху до європейської інтеграції. Одеський медичний журнал. 2005. № 1 (87). С. 109 – 115.
33. Левченко Ф. М., Мегедь В. П., Радиш Я. Ф.. Професійна модель керівника військово-медичної служби. Військ. медицина України. 2004. № 4 (4). С. 9 – 15.
34. Ліштаба Л. В. Управління персоналом як провідна функція менеджера в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2016. №1(50). С. 163 – 169.
35. Луговий В. І. Компетентності та компетенції: поняттєво-термінологічний екскурс. Вища освіта України. 2009. № 3. С. 8 – 14.
36. Мартинюк О. І., Жаліло Л. І.. Системно-синергетичний підхід до підготовки кадрового потенціалу реформування системи охорони здоров'я в Україні. Стратегія державної кадрової політики – основа модернізації країни: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар.участю, Київ, 31 трав. 2012 р.: : до 15-річчя галузі науки «Державне управління». К. : НАДУ, 2012. С. 255 – 257.
37. Менеджмент персоналу: навч. посіб./за заг. ред. д.е.н., проф. В. Я. Брича.- Тернопіль: ТНЕУ, 2012. – 520с.
38. Миллс Р. Карманный справочник по компетенциям. М. : НІРРО, 2004. 85 с.

39. Нижник В.М., Харун О.А. Механізм мотивації високопродуктивної праці персоналу підприємств : монографія / В. М. Нижник, О. А. Харун. – Хмельницький : ХНУ, 2011. – 210 с.
40. Огнєв В. А. Вюн В. В., Чухно І. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності. Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей ІV науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 3 листопада 2015 р., 2015. С. 181 – 183.
41. Освітньо-професійна програма за спеціальністю 8.150105 «Державне управління у сфері охорони здоров'я»: Галузевий стандарт вищої освіти / О. Ю. Оболенський, Г. М. Солоненко, Л. Г. Жаліло та ін. К. : Вид-во НАДУ, 2009. 54 с.
42. Парсонс Т. О социальных системах / Т. Парсонс; пер. с англ. – М. : Академический проект, 2002. – 832 с.
43. Парсонс Т. О структуре социального действия / Т. Парсонс; пер. с англ. – М. : Академический проект, 2000. – 880 с.
44. Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 19. С. 76 – 83.
45. Поживілова О.В., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О., Ляховченко Л.А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. №19. С.76-83
46. Равен Джон. Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2002. 396 с.
47. Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я України. 2002. № 3/4. С. 25 – 29.
48. Робертс Г. Подход, основанный на компетенциях. М.: Гиппо, 2010. 288 с.

49. Рожкова І. В. Конкуренентоспроможність регіонального управління охороною громадського здоров'я в умовах суспільних трансформацій в Україні. К. : Фенікс, 2009. 372 с.
50. Романюк М. Д. Соціальні аспекти розвитку регіону за умов економічної кризи / Михайло Дмитрович Романюк // Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. праць; за ред.: М. І. Зверькова (голов. ред.) та ін. (ISSN 2313-4569). – Одеса: Одеський національний економічний університет. – 2015. – Вип. 1. – № 56. – С. 254–259.
51. Ситник Й. С. Управління знаннями як складова процесу інтелектуалізації систем менеджменту підприємств. URL:: <http://economyandsociety.in.ua>.
52. Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10simsoz.pdf>.
53. Солоненко І. М., Рожкова І. В.. Сучасні суспільні вимоги щодо підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (Житомир, 23-25 жовт. 2008 р.). Житомир, К. : [б. в.], 2008. С. 166 – 168.
54. Состояние подготовки специалистов в области общественного здравоохранения в Украине и в мире / Ю. В. Вороненко, В. В. Глуховский, А. С. Коваленко и др. К. : Сфера, 2003. 59 с.
55. Спенсер Л. М. Компетенции на работе. пер. с англ. М. : НІРРО, 2005. 384 с.
56. Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.
57. Уиддет С. Керівництво компетенціями. К. : НІРРО, 2008. 240с.
58. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2008. 276 с.

59. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. К. : МАУП, 2007. 376 с.
60. Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2010_1_24.
61. Чухно І. А. Професійна компетентність керівника в сфері охорони здоров'я в сучасних умовах. Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 12 березня 2015 р. / ред. кол. : А.С. Немченко та ін. Х. : Вид-во НФаУ, 2015. С. 218–219.
62. Щокін Г. В. Соціальна теорія та кадрова політика : монографія. К.: МАУП, 2000. 576 с.
63. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2015. 460 с.
64. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності галузі охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського. К., 2016. 452 с.
65. Щур О. Визначення та оцінка компетенцій, що зумовлюють ефективність працівника. Практика управління. березень. 2007. URL: www.hr.kavjarnia@gmail.com.
66. Bonder A., Hollands D., & Miles J. A blue-print for the future: Competency-based management in the Public Service of Canada. Ottawa. The Treasury Board Secretariat. Public Service Commission Working Group on Competency. Based management. 1999

67. Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.
68. Fleischman E. A., Wetrogan L. I., Uhman C. E., Marshall-Miles J. C., (1995) In Petertson N. G., Mumford M. D., Borman W. C., Jeanneret P. R., Fleishman E. A. (Eds.). Development of prototype occupational information network content model (vol. 1, pp. 10.1–10.39). Utah: Utah Department of Employment Security (Contract Number 94–542).
69. Hamel G., Prahalad C.K. Competing for the Future: Breakthrough Strategies for Seizing Control of Your Industry and Creating Markets of Tomorrow. – Boston: Harvard Business School Press. 2014. 340 p.
70. Hendry C., Pettigrew A. The Practice of Strategic Human Resource Management. Personnel Review. 2014. № 15. P. 2 – 8.
71. Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. Competensation and Benefits Review. 1996. 28. P. 31–37.
72. Lihstaba L. V. Organization and implementation of training programs in healthcare management: international experience. East European Scientific Journal. 2016. № 12 (16). P. 122 – 126.
73. Mansfield R. S. Building competency model. Human Resource management. 1996. 35. P. 7 – 15.
74. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. Training and Development. 1997. August. P. 73 – 77.
75. Qvretveit J. A. Developing public health service management in Europe. European J. Public Health. 1998. № 8. P. 87 – 88.
76. Slivinski L., Donoghue E., Chadwick M., Ducharme F. A., Gavin D. W., Lorimer A., Mcsheffrey R., Mile J., & Morry G. The wholistic competency profile: A model. Ottawa: Staffing Policy and Program Development Directorate, Public Service Commission of Canada, 1996.
77. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. Competency assessment methods: History and state of the art. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.

78. Stotey J. *New Developments in the Management of Human Resources*. Oxford : Blackwell, 2015. 476 p.
79. Tidd J. *From strategic management to strategic competence: Measuring technological, Market and Organization Innovation*. 2nd Edition. London : Imperial College Press, 2013. 437 p.
80. Woodruff C. What is meant by a competency? *Leadership and Organizational Development Journal*. 1993. P. 29 – 36.
81. <http://uozter.gov.ua> – Офіційний сайт Головного управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА.