

УДК [351:339.137.24]+614.2

Вовк Світлана Михайлівна

доцент кафедри організації вищої освіти,
управління охороною здоров'я
Донецького національного медичного університету,
кандидат економічних наук, доцент

КОНКУРЕНЦІЯ ЗА ЗДОРОВ'Я НА МЕДИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Анотація. Розглядається чинний ринок суспільного здоров'я України. Пропонується введення нового механізму організації конкуренції за здоров'я населення.

Ключові слова: трансформація, конкуренція, медичні послуги, здоров'я населення.

Вовк С.М. Конкуренция за здоровье на медицинском рынке Украины

Анотация. Рассматривается действующий рынок общественного здоровья Украины. Предлагается введение нового механизма организации конкуренции по здоровью населения.

Ключевые слова: трансформация, конкуренция, медицинские услуги, здоровье население

Vovk S.M. Competition in Ukraine's healthcare market

Annotation. Considered the current market of public health of Ukraine is considered. Proposes the introduction of a new mechanism for organizing competition for public health is proposed.

Key word: transformation, competition, health services, population health

Постановка проблеми у загальному вигляді. Значення конкуренції у сфері охорони здоров'я активно обговорювалося в західних наукових колах наприкінці ХХ століття. Цей період розвитку наукової думки щодо механізмів управління в ринкових умовах позначається своїми особливостями і в науковому розумінні менеджменту та його ролі в суспільстві. Праці багатьох науковців, виходячи із загальної теорії конкуренції, акцентували увагу на специфічних рисах цього процесу. Особливо визначається актуальність формування соціально-економічних систем, у яких значну роль відіграє держава. Отже, на сьогодні вже склалися дві основні моделі: модель внутрішнього ринку для бюджетного сектору економіки та модель керованої конкуренції в межах обов'язкового медичного страхування.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед наукових праць, у яких розглядаються конкурентні механізми в медичній сфері, можна назвати роботи В. Шеймана [1], І. Баранова [2], І. Торгунова [3], А. Решетнікова [4], М. Портера [5; 6] та ін. У них наявне неоднозначне відношення до можливості розширення конкуренції в такій соціально значущій сфері, як охорона здоров'я населення. І якщо конкуренція, що характерна для приватного сектору медицини, аналізується в межах традиційних підходів, то в державному секторі виникають серйозні труднощі не лише методологічного порядку, але й щодо можливості проведення необхідних емпіричних досліджень.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Не торкаючись усіх аспектів здійснення конкуренції в медичній галузі, можна спробувати віднайти провідну або центральну ланку означеного процесу. На наш погляд, у сучасних умовах реформування державної охорони здоров'я такою постає роль постачальника медичних послуг, якими є амбулаторно-поліклінічні заклади, лікарні, клініки, діагностичні центри, центри здоров'я та ін.

Формулювання цілей статті. Мета статті полягає в аналізі стану постачальника медичних послуг на ринку громадського здоров'я країни в умовах конкуренції за здоров'я населення.

Виклад основного матеріалу. За останні роки стан охорони здоров'я України становить одну з найгостріших проблем для обговорювання. Щороку країна витрачає на медицину близько 10-12 мільярдів гривень, і ці витрати будуть лише збільшуватися. І хоча безліч людей отримують первинну та профілактичну допомогу практично повним обсягом, якість медичних послуг у системі загалом погіршується, а вартість – збільшується. Якщо не змінити напрямок розвитку охорони здоров'я, то найближчим часом вартість медичних послуг стане ще вищою, як і наразі буде регулюватися згори, унаслідок чого збільшиться масштаб

зміщення витрат, посиляться нормування, а в підсумку більшість українців залишаться без якісного медичного обслуговування.

Система охорони здоров'я за структурою є досить складною. Однак, розглядаючи з різних боків усі труднощі, що виникають, їх умовно можна розподілити на певні групи. По-перше, це вартість і доступність медичного страхування всьому населенню, по-друге, якість надання медичних послуг, вартість і доступність пов'язані саме з постачальниками цих послуг. Деякі експерти з питань реформування системи охорони здоров'я вважають, що треба зосередитися на медичному страхуванні, проте, на наш погляд, більш вагомим є чинник механізмів і структури організації медичної допомоги населенню, оскільки від нього залежить вартість медичної послуги та якість її надання.

Конкуренція за своєю сутністю – це суперництво між організаціями, фірмами та іншими установами за досягнення певних результатів. Тому ми цілком поділяємо думку М. Потера [6, с. 9], який вважає, що будь-яке реформування медичної системи потрібно розпочинати зі змін характеру конкуренції.

Конкуренція між постачальниками медичних послуг зумовлена їх суперництвом, спрямованим на досягнення бажаних результатів діяльності в умовах мінливих обмежень. Обмеження стосуються різних боків діяльності, починаючи з доступу до ресурсів і закінчуючи можливістю впливати на ті чи інші державні структури. У цьому аспекті конкурентні можливості постачальників медичних послуг можна розглядати як їх конкурентоздатність. Слід зазначити, що якщо впродовж десятків років конкурентоспроможність пов'язували лише з можливістю виробництва товарів і послуг, то сьогодні її трактують у більш широкому спектрі результатів діяльності, що породжує значні труднощі у визначенні цього терміна.

Водночас слід зважити, що конкуренція, яка орієнтується на здоров'я як цінність завжди має приносити результати. Конкуренція за результати визначає, що постачальники медичних послуг і медичні працівники, які мають високі якісні результати праці, мають отримувати винагороду як у формі збільшення обсягу бізнесу, так і збільшення оплати праці. В умовах, коли конкуренцію націлено на зміщення витрат і зменшення послуг, прибуток одного гравця означає збиток іншого. Якщо на перший план ставиться якість (результативність) послуги населенню, перемагають усі.

Конкурентне середовище медичної сфери у своїй основі містить поєднання чотирьох сил. Це держава, ринкова влада продавця та споживача, а також загрози, пов'язані з появою нових учасників і нових послуг. Тому конкурентні можливості постачальників медичних послуг будуть обмежуватися, а отже, й формуватися під впливом названих сил.

Якщо впливу держави на формування медичних послуг присвячено чимало наукових досліджень, то впливу споживачів – лише деякі. Хоча є визнаним той факт, що ринкова влада споживачів медичних послуг в охороні здоров'я формується залежно від доходів населення та його обмежених можливостей здійснювати відповідний вибір, а також від територіальних і регіональних державних органів, що є замовниками визначених обсягів медичної допомоги.

Для розвитку конкурентного середовища особливого значення набуває кількість організацій, що надають медичні та соціальні послуги (табл.) [7, с. 229].

Останніми роками відбувається скорочення кількості лікарень, лікарняних ліжок, амбулаторних організацій, що певною мірою відбиває перехід охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку.

Таблиця

Кількість медичних організацій в Україні [8]

Роки	Кількість лікарняних організацій, тис.	Кількість лікарняних ліжок		Кількість амбулаторно-поліклінічних організацій, тис.	
		всього, тис.	на 10000 осіб нас.	всього, тис.	планова ємність на 10 000 осіб нас.
1990	3,9	700	135,5	6,9	173,1
2000	3,3	466	95,0	7,4	198,4
2010	2,8	94	90,6	9	217,7
2015*	1,8	332	78,1	10	214,2
2016*	1,7	315	74,3	10,2	215,6

Примітка: *Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Проте водночас розширення приватного сектору в охороні здоров'я та ускладнення його інфраструктури призвели загалом до істотного збільшення організацій, задіяних у цій сфері.

2016 року загальна кількість організацій, зайнятих в охороні здоров'я та наданні соціальних послуг, склала 80,6 тис., що становить 1,8% від усіх організацій в Україні. Обіг цих організацій у фактичних цінах змінювався таким чином: 2003 р. – 9 104,1 млн. грн., 2010 р. – 44 884,3 млн. грн., 2015 р. – 75 826,7 млн. грн. [8].

На кінець 2016 р. кількість приватних медичних підприємств, зокрема малих, становила 117,8 тис., і в них працювало 97,9 тис. осіб. Обіг склав 93,4 млн. грн. Кількість індивідуальних підприємців – 17,3 тис. осіб, а обсяг виручки склав 11,2 млн. грн. [8].

Аналіз фінансових результатів роботи організацій охорони здоров'я за останні роки дає суперечливі результати. З одного боку, прибуток мінус збитки з 2005 р. у поточних цінах зріс з 1,74 млн. грн. до 8,19 млн. грн. 2016 р., що означає збільшення в 5,2 разу. Подібне збільшення по Україні в

середньому сталося в 2,2 разу. З іншого боку, питома вага збиткових організацій збільшилася з 27% до 31,7%, у той час як в економіці країни загалом відбулося зменшення з 36,4% до 29,1% [1].

Рентабельність медичних послуг, за розрахунками деяких учених, уже наблизилася до загальнодержавного рівня: відповідно 2000 р. рентабельність становила 13%, в охороні здоров'я – 3,4%, 2015 р. – 8,6% і 6,6% відповідно [9, с. 10].

Слід зазначити, що характер конкуренції буде по-різному виявлятися залежно від цільових настанов організацій. Тут принципові відмінності будуть визначатися за формою власності організації: комерційна, приватна безприбуткова, державна або муніципальна.

Щодо приватного сектору проблемним є питання про антимонопольне регулювання. У розвинених країнах, зокрема в США, наприкінці 70-х років ХХ ст. охорона здоров'я втратила свою винятковість [6, с. 37]. Нами не було знайдено в доступних джерелах окремих професійних даних про ділову активність підприємств, зайнятих у виробництві медичних послуг нашої країни.

Проте якщо судити про основні чинники, що обмежують ділову активність цих організацій, то можна з певною поправкою використовувати дані, що стосуються всієї сфери виробництва послуг в Україні. Для медичних організацій конкурентними перевагами можуть бути такі чинники: нові технології та обладнання, наявність кваліфікованих кадрів, високий рівень діагностичних процедур.

Як стверджують деякі дослідники [1-6], у багатьох випадках перевага приватних медичних організацій пов'язана з більш високим рівнем сервісу. Однак серед керівників державних медичних організацій поширено переконання, що фактично це не має значення, якщо є рівний кадровий потенціал і краща забезпеченість діагностичною та лікувальною апаратурою державних клінік.

Конкурентоспроможність медичної організації багато в чому залежить від можливості привернути до себе висококласних фахівців. Це справедливо не лише стосовно лікарів, але й інших фахівців, зокрема середнього та молодшого медичного персоналу. При цьому, якщо в 90-ті роки приватні муніципальні організації вирішували кадрову проблему за рахунок високого рівня оплати праці, то останніми роками ці можливості зменшилися, і не завжди підвищення зарплати є вирішальним чинником.

Особливе значення для цінової конкуренції має структура витрат медичної організації при наданні медичних послуг. Широко використовуваний в охороні здоров'я кошторисний принцип фінансування, з одного боку, на довгі роки законсервував структуру витрат, а з іншого – практично жодним чином не зацікавлював у їх зменшенні. Якщо звернутися до відповідних статистичних даних, то за останні десять років структура витрат в охороні здоров'я виглядала таким чином: частка заробітної плати зросла з 31,7% до 38,5%, у той же час частка матеріальних витрат знизилася з 36,4% до 29,1% [8].

Споживчий вибір медичної організації громадянином, страховою організацією і департаментом охорони здоров'я буде істотно відрізнятися можливостями подолання інформаційної асиметрії. Найменшими вони будуть у громадян, які часто можуть орієнтуватися на несуттєві сторони діяльності медичної організації. У той же час чиновники при формуванні державного замовлення на певний обсяг медичних послуг можуть бути схильні до корупційних дій. Тому принципово важливим є виокремлення певних індикаторів, що полегшують подібний вибір і значною мірою його формалізують.

В економічній літературі досить докладно досліджено проблеми й суперечності, що виникають при цьому. Ключова роль відводиться способу оплати послуг постачальнику. Розрізняють два способи: перший засновано на відшкодуванні заздалегідь фіксованої суми за кожного вилікуваного

пацієнта, і другий – ретроспективний, заснований на відшкодуванні медичній організації її фактичних витрат [4, с. 79]. На нашу думку, саме перший спосіб оплати може розглядатися як головний метод подолання інформаційної асиметрії.

На наш погляд, подібна практика заслуговує на підтримку. Її потрібно ввести щодо нормативних стандартів у всі організаційно-економічні механізми модернізації охорони здоров'я регіонів. Це може викликати додаткові витрати, однак можна сподіватися, що зниження фактичних витрат для медичних організацій буде достатньою компенсацією.

У зв'язку з цим неминуче виникає питання про оптимальне завантаження наявних потужностей амбулаторно-поліклінічних закладів та лікарень. Наявність надлишкових потужностей призводить до збільшення витрат виробництва медичних послуг. Тому в багатьох галузях економіки визначення фірмою оптимального співвідношення між обсягом виробництва і ціною є найважливішим аспектом конкурентної поведінки. Проте в охороні здоров'я ситуація інша, особливо це стосується бюджетних організацій, коли кошторисне фінансування дозволяє їм утримувати зайві лікарняні ліжка й цінне обладнання.

Щодо лікарень, залежність між потужністю, обсягом виробництва та ціною медичних послуг формулюється як завдання визначення оптимальних величин. Так, за однакових функцій попиту на медичні послуги і зміни витрат виробництва для некомерційних і комерційних лікарень, що перебувають в умовах монополістичної конкуренції, а також приватної лікарні-монополіста результати будуть істотно відрізнятися.

Тобто в умовах різної структурної організації ринку медичних послуг наслідки конкурентної поведінки постачальників медичних послуг будуть істотні. Численні емпіричні дослідження, наведені в зарубіжній літературі, засвідчують, що за умов регульованих цін конкуренція між лікарнями

зміщується вбік якості медичної допомоги. Якщо ціни не регулюються, то конкуренція зміщується на співвідношення ціна-якість, при цьому виграють ті лікарні, які здатні забезпечити більш високу якість на одиницю витрат.

Якщо потребу посилення конкуренції в цій сфері розглядати як головну мету модернізації охорони здоров'я, то організаційно-економічний механізм має сприяти стимулюванню суб'єктів охорони здоров'я населення за вказаними напрямками. Проте якщо вважати, що розвиток конкурентних засад в охороні здоров'я – не мета, а найважливіший засіб, інструмент забезпечення стратегічного розвитку нашого суспільства, то акценти має бути перенесено з необхідного на можливе.

Аналіз процесів, що відбуваються останніми роками у сфері регіональної охорони здоров'я, а також аналіз численних публікацій з цієї теми засвідчує, що, по-перше, ідея про формування конкурентного простору в охороні здоров'я набуває все більше прихильників; по-друге, реструктуризація ринку медичних послуг у природному ринковому варіанті неминуче призведе до його дальшої сегментації та зниження якості через значну його монополізацію; по-третє, тиск з боку пацієнтів на постачальників медичних послуг не зможе бути найближчими роками істотним чинником; по-четверте, реальне посилення конкуренції в охороні здоров'я може відбутися в рамках чинної системи обов'язкового медичного страхування.

Якщо звернутися до сформованої практики забезпечення гарантій безплатної медичної допомоги, що представлена в концепції розвитку охорони здоров'я до 2020 р., то легко помітити, що саме страхові медичні організації мають відігравати ключову роль в оцінюванні діяльності установи охорони здоров'я [7, с. 249].

У той же час, у серпні 2016 року до Верховної Ради України було подано Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне

медичне страхування в Україні, який і досі не ухвалено [10]. Утім, у цьому законопроекті визначено страхові внески, як і раніше, не пов'язані з можливими обсягами медичної допомоги. Тому держава, на наш погляд, має визначати не тільки обсяг територіальних програм загальнообов'язкового соціального медичного страхування, але й мати можливість коригувати величину страхових внесків для роботодавців. Це коригування можна поставити залежно від рівня захворюваності працівників певної організації, рівня здоров'я працівників, а фінансовим джерелом може бути частина прибутку, що спрямовується до регіонального бюджету.

Як відомо, нині існує низка джерел фінансування медичних організацій. Їх аналіз засвідчує, що пацієнт, умовно кажучи, виявляється за межами фінансових потоків. У той же час добре відомо, що платні послуги та неформальні платежі відіграють значну роль у системі української охорони здоров'я і викликають негативне відношення населення до неї.

Водночас слід зважити на те, що окремі вчені вже порушують питання про участь громадян у витратах виробництва медичних послуг, яка характерна для систем обов'язкового медичного страхування в інших країнах. Це так звані співплатежі, що певним чином впливають на попит медичних послуг і стимулюють застрахованих відчувати економічні наслідки свого поганого здоров'я. Отже, немає нічого дивного в тому, що противники введення співплатежів наводять аргументи про конституційну норму безкоштовності медичних послуг у державних і муніципальних медичних організаціях, про низькі прибутки більшої частини громадян України.

Отже, на наш погляд, нинішня невключеність громадян у систему обов'язкового медичного страхування могла би бути зменшена за рахунок співплатежів. Вони могли б зменшити можливість зловживання лікарняними листками, у той же час такий захід вимагає ретельного

зважування як політичних, так і соціальних наслідків.

Висновки з даного дослідження. Таким чином, узагальнюючи наявний характер конкуренції на медичному ринку України, можна відзначити, що вона буде по-різному виявлятися залежно від цільових настанов медичних організацій. Ця різниця буде виявлятися в принципових відмінностях між приватними та державними медичними організаціями. Для медичних організацій усіх видів власності конкурентними перевагами можуть бути такі чинники, як нові технології, нове обладнання, наявність кваліфікованих кадрів, якість надання медичних послуг.

Перспективи подальших розвідок. Подальші дослідження конкуренції на медичному ринку країни стосуватимуться пошуку напрямків поліпшення та активізації взаємодії держави й бізнесу в різноманітних соціальних напрямках і виявлення можливостей підвищення ролі такого виду співробітництва, що мають соціальну спрямованість в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / Шейман И.М. // М.: Издатцентр. – 1998. – Т. 336. – С. 13.
2. Баранов И. Н. Новый государственный менеджмент: эволюция теории и практики применения / Баранов И. Н. //Российский журнал менеджмента. – 2012. – Т. 10. – №.1.
3. Тогунов И. А. Конкуренция в здравоохранении и медицине / Тогунов И.А. // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №. 12. – С. 12-21.
4. Решетников А. В. Экономика здравоохранения / Решетников А. В. и др. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003.
5. Портер М. Международная конкуренция: конкурентные преимущества стран / Портер М. – Альпина Паблишер, 2015.
6. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / Портер М., Тайсберг Э. О. // К.: Издательство Алексея Капусты. – 2007. – 485с.
7. Городиловська–НУ О. Я. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / Городиловська–НУ О. Я. //Науковий вісник НЛТУ України.-Вип. – 2009. – Т. 19. – С. 247-252.
8. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009-2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
9. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. //Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №. 1. – С.5-23.

10. Офіційний портал Верховної ради України - [Електронний ресурс] - Режим доступу:
<http://w1.c1.rada.gov.ua>

Statement of the problem. Every year the country spends on health care about 10-12 billion, and these costs are not the limit. The constant increase in the cost of development of the health care system in Ukraine has long been discussed, and for the population it has become an ordinary «norm» with which they disagree. Although some aspects of modern health care is commendable.

Urgency. But as you know, there are quite a few serious problems hindering the development of the national health system, its modernization. Countless evidence suggests that the quality and effectiveness of medical care leaves much to be desired: patients receive either too much or too little, and the morbidity, mortality, especially among the working population, as before, high.

Without touching all aspects of the implementation of competition in the industry, we will try to find the main or central part of this process. In our opinion, in modern conditions of reforming of public health is the role of the provider, which are the outpatient clinics, hospitals, clinics, diagnostic centers, health centers etc.

The purpose of the article and our task. In this manuscript, we look at the state of Health Care in Ukraine. In recent years, the status of health of Ukraine, became one of the most acute problems for discussion.

Summary. The competitive environment of the medical sphere is based on a combination of four forces. The state, the market power of the seller and the consumer, as well as the threats associated with the emergence of new participants and new services. Therefore, the competitive capabilities of providers would be limited and, therefore, formed under the influence of said force.

If the state's influence on the formation of medical services is the subject of many scientific studies, then the influence of consumers is not much. Although it is known that the market power of health care consumers in the

health sector depends on their incomes. Though, there are aware of the fact that the market power of health care consumers in health care depends on income and their limited capacity to implement appropriate choice. And also, the territorial and regional government bodies who are customers of certain amounts of medical care.

Competition between providers is due to their rivalry, to achieve the desired performance in the face of changing constraints. The restrictions relating to different aspects of the activity, starting from access to resources and ending with the ability to influence those or other state structures. In this aspect, the competitive capabilities of providers can be seen as their competitiveness.

It should be noted that if the past dozen years, the competitiveness has been linked with production of goods and services, at the present time it is interpreted in a broader range of performance, which generates considerable difficulties in defining this term.

Competition results determines which health care providers and health professionals, who have high quality results of work should have a reward, as an increase in the business volume and the increase in wages. In a situation where competition is focused on the transfer of costs and the reduction of services in the hospital, the profit of one hospital means the loss of income of another. If in the first place put quality (effectiveness) of services to the population, everybody wins.

But we must bear in mind that competition which focuses on health as a value, must always produce results. Competition results determines which health care providers and health professionals, who have high quality results of work should have a reward, as an increase in the business volume and the increase in wages. If in the first place put quality (effectiveness) of services to the population, everybody wins.

Conclusions and outcomes. Thus, summarizing the existing nature of competition in the medical market of Ukraine, we can note that it is a different

manifest depending on the target settings of healthcare organizations. This difference will be manifested in the fundamental differences between private and public health organizations. For healthcare organizations, of all types of ownership, competitive advantages for the health there may be factors such as new technology, new equipment, availability of qualified personnel, the quality of medical services.