

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ІНСТИТУЦІОНАЛЬНОЇ ТЕОРІИ

В.М. ФІЛАТОВ, к.е.н., доцент,
Харківський національний економічний університет

ІНСТИТУЦІЙНІ ЗМІНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
В УМОВАХ ТРАНЗИТИВНОЇ ЕКОНОМІКИ

Україна пройшла певний відрізок на шляху побудови ринкової економіки. Трансформаційними процесами охоплена вся система суспільних відносин (економічних, соціальних, політичних та ін.). Вони відбуваються у вигляді інституційних змін, які носять дискретний характер і неоднорідні у часі. Неоднорідність у часі пов'язана з процесом дозрівання передумов трансформацій певних інститутів, які відбуваються як еволюційним шляхом, так і шляхом досить швидких революційних перетворень. Прикладом останнього є трансформація відносин власності. Еволюційний шлях описується класичною схемою: зміни в динаміці, часткові зміни структури економічної системи, еволюція інтересів впливових груп і, нарешті, зміни інститутів. Реформування економічної системи пов'язане зі зміною як формальних інститутів (закони), так і неформальних (цінності, звичаї). Тому у разі змін у соціальній сфері етап еволюції інтересів впливових груп, який є початковою стадією революційних перетворень, може трансформуватися в етап еволюції менталітету населення, що пов'язано із значним періодом часу. Проблеми інституційних перетворень є предметом дослідження провідних вітчизняних вчених, серед яких можна виділити С.І. Архієреєва, В.М. Гейця, А.А. Гриценко, В.В. Дементьєва, О.Л. Яременко та ін. Ми поділяємо точку зору Р.М. Нурєєва і Ю.В. Латова [1, с.21], згідно з якою економічний розвиток пов'язаний з конкурентною боротьбою економічних систем і інститутів, у ході якої відбувається відбір найбільш ефективних шляхів розвитку людства. Інституційна конкуренція націлює на підвищення ефективності використання ресурсів, які знаходяться в розпорядженні суспільства. Оскільки на даному етапі розвитку людський фактор є одним з найважливіших, саме від можливості підвищення ефективності його використання залежить конкурентоспроможність нашої держави у світовій економіці. У свою чергу, фундаментом, основою людського капіталу є здоров'я. Рівень суспільного здоров'я є тією потенційною енергією, яка може бути перетворена на кінетичну енергію розвитку суспільства. Створенню і накопиченню по-

тенційної енергії сприяє діяльність такого суспільного інституту, як система охорони здоров'я. Деякими вченими [2, с.225] відзначається, що на даний момент у пострадянських країнах склалися гібридні економічні системи, які характеризуються поєднанням формальних правил, притаманних ринковій системі, та неформальних обмежень, що є характерними для командно-адміністративної системи. У сфері охорони здоров'я ситуація протилежна: в ній діють формальні правила, створені командно-адміністративною системою (зовнішні інститути), які доповнені системою неформальних ринкових взаємовідносин (внутрішні інститути). На сучасному етапі реформування економічних відносин в Україні нерідко домінують короткострокові інтереси. Саме вони виступають як протидія у процесі реформування зовнішніх інститутів у сфері охорони здоров'я. Окрім цього, менталітет населення значною мірою орієнтовано на патерналістську політику держави. У той же час мають місце так звані неформальні платежі, які є фактично елементами ринкових відносин і мають на меті стимулювати діяльність постачальників медичних послуг. Через такі відносини стихійно формується ланцюжок, в якому вже наявні елементи залежності оплати праці медпрацівників від якості і результатів їх роботи.

Основним протиріччям, яке має місце у сфері охорони здоров'я, є протиріччя між постійно зростаючими потребами у підвищенні рівня суспільного здоров'я і обмеженими суспільними ресурсами щодо їх задоволення. Особливо треба підкреслити, що на даному етапі розвитку України має місце зниження ресурсного потенціалу, який суспільство може використати для задоволення своїх потреб у збереженні здоров'я. Такий стан обумовлений як об'єктивними причинами, так і дією суб'єктивних факторів. Охорона здоров'я є особливою галуззю, вона повинна сприяти відновленню здоров'я всіх членів суспільства, а не тільки платоспроможних. У той же час суспільство повинне з максимальною ефективністю використо-

© В.М. Філатов, 2006

увати виділені для цієї мети кошти. Але реалізація такого завдання можлива лише за допомогою ринкових механізмів, які досі практично не діють у галузі. У медичних працівників відсутні економічні інтереси в досягненні кінцевої мети – відновлення здоров'я пацієнта. Галузь позбавлена головного механізму саморозвитку – конкуренції. Таким чином, у сфері охорони здоров'я має місце певний дуалізм. З одного боку, перед охороною здоров'я стоїть неринкове завдання, а з іншого – його реалізація з мінімальними витратами для суспільства, тобто досягнення максимальної ефективності використання сукупних суспільних витрат, може бути здійснена тільки за допомогою ринкових інструментів. Тому вдосконалення роботи сфери охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, повинне здійснюватися за двома основними взаємозв'язаними і взаємообумовленими напрямками: трансформація економічних відносин у сфері охорони здоров'я і оптимізація фінансування цієї галузі. Певні результати проведених досліджень викладені у даній статті.

В Україні багато економістів, особливо галузеві фахівці, вважають основною причиною незадовільної роботи сфери охорони здоров'я її недостатнє фінансування. Дійсно, в межах існуючої моделі системи охорони здоров'я ми не можемо забезпечити частку витрат на охорону здоров'я у валовому внутрішньому продукті (ВВП) на рівні 8%, як це має місце в розвинених європейських країнах. Безумовно, обсяги фінансування охорони здоров'я є важливим параметром, проте судити про можливість виконання охороною здоров'я свого основного завдання тільки за розмірами фінансування галузі, на наш погляд, неправомірно. Так, збільшення частки витрат на охорону здоров'я у ВВП при зниженні обсягу останнього може призвести до зменшення абсолютної величини фінансування галузі. Зростання витрат на душу населення може бути знівельовано зростанням цін на послуги охорони здоров'я. Якщо темп зростання цін перевищить темп зростання витрат на душу населення, то реальних послуг населення одержить менше, ніж раніше. Особливо слід зазначити, що рівень витрат на утримання сфери охорони здоров'я багато в чому визначається прийнятою в суспільстві структурою системи охорони здоров'я. Так, на відміну від більшості розвинених європейських країн, окрім Швейцарії, в США як основна організаційна модель функціонування системи охорони здоров'я використовується приватне медичне страхування. Ця модель характеризується високим рівнем цін на медичні послуги, який має

постійну тенденцію до зростання. Введення урядом регулюючих заходів дозволило стримати зростання витрат, проте частка валового внутрішнього продукту, що витрачається на охорону здоров'я, між 1992 і 1996 рр. стабілізувалася на рівні 13,6% [3]. Починаючи з 1997 р. зростання витрат продовжилося. Вартість страховки зростає удвічі швидше, ніж індекс споживацьких цін. При цьому близько 20% працюючого населення взагалі не мають медичної страховки. Крім того, щорічно близько 250000 чоловік відмовляються від страхування через дорожнечу. Все це відбувається в умовах процвітаючої економіки і зростання зайнятості. [4]. Таким чином, як абсолютні, так і відносні показники фактичного рівня фінансування системи охорони здоров'я самі по собі не можуть гарантувати її ефективного з погляду загальнодержавних інтересів функціонування.

В Україні підвищення ефективності роботи сфери охорони здоров'я, на нашу думку, неможливе без трансформації економічних відносин у цій сфері. Необхідно від державної, централізовано-розподільної структури перейти до системи соціального медичного страхування. Це страхування повинне носити обов'язковий характер і покривати витрати на медичну допомогу при посередництві платника офіційно встановленого стороннього, тобто неурядової організації. Фінансові кошти мають надходити за допомогою внесків, розмір яких не пов'язаний з рівнем ризиків, і які відокремлені від інших законодавчо затверджених податків або зборів.

Соціальне медичне страхування повинне бути обов'язковим для всього населення країни. Саме таким воно є в переважній більшості країн, що застосовують цей вид страхування. Зустрічаються випадки, коли люди з високими доходами виключаються з системи соціального медичного страхування (Нідерланди) або їм надається можливість вибирати замість соціального приватне медичне страхування (Німеччина). Для нашої країни недоцільно допускати подібні виключення, оскільки це скоротить фінансові надходження до страхового фонду. У теперішній час у країнах, що використовують дану систему, застосовуються чотири типи організації медичних фондів, які акумулюють фінансові надходження. До них належать: єдиний фонд для всього населення країни; ряд фондів, кожний з яких обслуговує все населення певного регіону країни; ряд фондів, обслуговуючих населення однієї і тієї ж частини країни, але не конкуруючих між собою; ряд конкуруючих фондів. В умовах існування декількох фондів ви-

никають проблеми об'єднання ризиків і розподілу фінансових коштів за окремими фондами. Принципи соціальної справедливості вимагають, щоб фонди, які об'єднують людей з низькими витратами на лікування і (або) високими доходами, субсидували фонди, що об'єднують людей з високими витратами на лікування і (або) низькими доходами. Вирішення цієї проблеми, навіть для країн, які мають досвід застосування страхової медицини, пов'язане із значними труднощами. У Європі збір внесків й інших доходів системи соціального медичного страхування здійснюють медичні фонди (Австрія, Німеччина, Швейцарія), асоціації фондів (Люксембург) або урядові агентства. Так, наприклад, у Бельгії кошти вносяться на рахунок Національної служби соціального страхування, яка направляє фінанси, необхідні для надання медичної допомоги, Національному інституту медичного страхування і страхування по інвалідності. У Франції внески соціального страхування інкасується місцевими урядовими агентствами, потім надходять центральному агентству, яке розподіляє їх різним організаціям соціального страхування. До середини 1990-х років акумульовані в загальнонаціональному масштабі внески розподілялися по окремих фондах згідно реальному об'єму витрат. Реформи систем охорони здоров'я привели до поступового впровадження проспективного методу розподілу засобів по фондах. У цьому випадку обсяг коштів на душу населення розраховується згідно за ступенем ризику. Так, наприклад, у Бельгії такому розподілу в 1995 р. було піддано 10% загального бюджету охорони здоров'я, а у 2001 р. цей показник збільшився до 30%. У Нідерландах у 1993 р. розподілялося аналогічним способом тільки 3% загального бюджету, але потім відбулося значне зростання – до 35% у 2000 р. [5, с.74].

Особливо слід зазначити, що в умовах, коли внески інкасується окремими фондами, забезпечення справедливої фінансової бази пов'язано зі значними труднощами. Нерідко виникають ситуації, що вимагають перерозподілу коштів між фондами, чому опираються більш багаті фонди. Крім того, такий перерозподіл пов'язаний з певними складнощами, оскільки при цьому необхідно враховувати не тільки фактори потреби, але і відмінності у фінансових базах фондів. Тому в ситуації, що має місце в Україні у даний час, необхідно організувати єдиний фонд, структурований за територіальним принципом.

Фінансування системи соціального медичного страхування здійснюється за допомо-

гою внесків наймачів і найманих працівників. Як правило, розмір внесків визначається розміром заробітної плати, проте можлива наявність певної межі внеску. Зустрічається практика стягування додаткових внесків, не пов'язаних із зарплатою. У Бельгії, Люксембурзі, Нідерландах і Франції ставки внесків для всіх застрахованих осіб однакові. В Австрії вони варіюються залежно від статусу зайнятості, але при цьому ставки в різних фондах для осіб з тим же самим статусом зайнятості однакові. У Німеччині ж ставки розрізняються залежно від фонду, але не залежать від статусу зайнятості. В Австрії, Бельгії, Німеччині і Люксембурзі наймач і найнятий працівник платять приблизно по половині внеску. У Нідерландах частка наймачів за двома основними схемами страхування, що використовуються в країні, в цілому складає 35%. Деякі держави (Австрія, Німеччина, Люксембург, Нідерланди) обмежують гранично максимальний розмір внесків. Іноді, крім внесків, розмір яких обумовлений розміром зарплат, стягуються і додаткові внески. Така практика існує у Бельгії, Нідерландах, Франції. У Бельгії і Нідерландах кожен застрахований сплачує понадоб'язковий внесок, визначену суму, не обумовлену розміром доходу. У Франції частка найнятого працівника у страховому внеску замінена загальним соціальним внеском, розмір якого також не залежить від розміру зарплати [5, с.72]. Для нашої країни введення обмежень за розміром внесків і стягування додаткових фіксованих внесків в даний момент не може бути прийнятним. Збір фіксованих внесків насправді є яскраво вираженим регресивним податком і в умовах низького рівня життя більшої частини населення соціально несправедливий. Обмеження максимальних розмірів внеску певною сумою можна вводити тільки при зменшенні існуючої нерівності у доходах окремих шарів суспільства і формуванні стійкого у фінансовому відношенні середнього класу.

У розвинених європейських країнах пенсіонери нарівні з працюючими беруть участь у фінансуванні системи соціального медичного страхування. У більшості випадків вони платять ту ж частку від своєї пенсії, що і найняті працівники від своєї зарплати. Іноді (Австрія, Німеччина, Люксембург) ця сума ділиться між пенсіонером і пенсійним фондом, який у такому разі виконує функції наймача. Так, в Австрії при ставці внесків для пенсіонерів близько 11% на частку виплат пенсіонерів припадає 3,75%, а інше доплачують пенсійні фонди [6]. На нашу думку, у реформованій системі охорони здоров'я ми можемо використати досвід європейсь-

ких країн щодо страхових внесків пенсіонерів. При цьому пропорції між частками виплат пенсіонера і пенсійного фонду повинні визначатися співвідношенням розміру пенсії і мінімального прожиткового рівня.

Вельми важливим є питання про джерела фінансування системи охорони здоров'я в цілому. Аналіз європейського досвіду (дослідження Європейської обсерваторії по системах охорони здоров'я [5]) і досвіду недавно реформованої системи охорони здоров'я Росії [7,8,9,10,11,12,13] свідчить про наявність двох основних каналів фінансових надходжень: податків і страхових внесків. У взаємостосунках цих параметрів є як загальні закономірності, так і особливості, властиві кожній окремій країні. Так, наприклад, в Австрії і Швейцарії значна частина лікарняного лікування фінансується безпосередньо через податки, а соціальне медичне страхування покриває відносно невелику частку витрат. У Росії стаціонарна допомога оплачується за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування, а амбулаторно-поліклінічна – за рахунок бюджету. У Нідерландах же медичні фонди фінансують виключно лікарняне лікування, але при цьому одержують значні субсидії із загального оподаткування. Значні субсидії з податків у Бельгії і Люксембурзі, в той же час в Австрії і Німеччині фонди, виключаючи фермерські, не одержують податкових субсидій. У Франції прийнятий змішаний варіант, при якому прямі податкові надходження порівняно невеликі і поступають тільки тим фондам, члени яких мають низькі доходи або високі потреби (наприклад, фермерські фонди). Разом з тим, фондам дозволено істотно збільшувати дефіцит, який раніше покривався державою, а тепер оплачується у вигляді спеціального внеску за повернення соціального боргу.

Оцінюючи частку витрат системи охорони здоров'я, що покривається за рахунок внесків соціального медичного страхування, можна зробити наступні висновки. До 1997 р. країною, в якій охорона здоров'я найбільшою мірою спиралася на такі внески, була Франція. Проте після переходу до ширшої бази фінансування їх частка скоротилася і в даний час складає менше 60%. Тільки в двох західноєвропейських країнах (Німеччина і Нідерланди) доля внесків, розмір яких визначається розміром зарплати, покриває більше 60% всіх витрат на охорону здоров'я. В Австрії і Люксембурзі частка таких внесків у фінансуванні охорони здоров'я менше 50%, а в Бельгії – менше 40% [5, с.76]. Ще нижчий цей показник у Росії, де основним джерелом фінансування залишаються

бюджетні асигнування, їх частка складає 73,9% [7, с.243]. Реформування системи фінансування охорони здоров'я в нашій країні потребує розробки нормативів відрахувань до фонду обов'язкового соціального медичного страхування. Ми вважаємо, що на первинному етапі цієї роботи початковою точкою відліку може бути сумарна величина внесків, яка визначається приблизно таким же процентним співвідношенням з бюджетними витратами, як і в російській системі охорони здоров'я.

В Україні, в умовах формування ринкової економіки, виконання охороною здоров'я свого основного завдання – забезпечення відтворення здорової людини – вимагає кардинальних перетворень існуючих економічних відносин у цій галузі. На нашу думку, введення системи обов'язкового соціального медичного страхування дозволить розділити в часі і просторі процеси надання медичних послуг і їх фінансування і запустить в дію ринкові механізми. Відповідно, необхідно трансформувати і механізм фінансування сфери охорони здоров'я. Існуючий канал фінансування із загального оподаткування необхідно доповнити внесками соціального медичного страхування. При цьому необхідно уникнути помилок, які були допущені на початковому етапі реформування системи охорони здоров'я Росії, коли внески обов'язкового медичного страхування не доповнювали бюджет, а заміщали його [7,с.240]. Зібрані кошти повинні поступати до єдиного фонду, структурованого за територіальною ознакою. Внески мають сплачувати як найняті працівники, так і наймачі, залежно від рівня заробітної плати. Ставка внеску за одного працюючого, як відсоток від розміру заробітної платні, повинна бути однаковою для всіх працівників і складатися з двох частин – частки працівника і частки наймача. Співвідношення між цими частинами повинно визначатися шкідливістю виробництва. Чим гірші умови роботи, тим більше частка наймача і, відповідно, менше частка працівника. Ставка внеску за пенсіонера також розділяється на дві частини – частку пенсіонера і частку пенсійного фонду. Пропорція такого розподілу може визначатися співвідношенням розмірів пенсії і мінімального прожиткового рівня. В умовах існуючого рівня життя внески до фонду обов'язкового соціального медичного страхування за переважну частину пенсіонерів повинні платити тільки пенсійні фонди. У міру зростання добробуту суспільства частка пенсіонерів у платежах зростатиме, але максимальні показники не повинні перевищувати середніх по країні показників для працюючого населення. Зі-

брані у такий спосіб кошти повинні бути перспективно розподілені за регіонами на підставі принципів подушевого фінансування з коректуванням ризиків. На нашу думку, запропоновані заходи дозволять не тільки збільшити обсяги фінансування сфери охорони здоров'я, але і підвищити ефективність її функціонування. Надалі передбачається продовжити дослідження щодо розробки і деталізації концепції трансформації економічних відносин у сфері охорони здоров'я України.

Література

1. Наукові праці Донецького національного технічного університету. Серія: економічна. Випуск 89-1. – Донецьк, ДонНТУ, 2005. – 216 с.
2. Інституційна архітектоніка та механізми економічного розвитку: Матеріали наукового симпозиуму. – Х.: ХНУ, 2005. – 236 с.
3. Levit K.R., Lazenby, J.C., Braden, B.R. and the National Accounts Team (1998) National health spending trends in 1996, *Health Affairs*, 17(1): 35-51.
4. Maynard, A. and Bloor, K. (1998) *Managed Care: Palliative or Panacea*, Occasional Papers in Health Economics No. 8. London: Nuffield Trust.
5. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2002. – 352 с.
6. European Commission (2000) *MISSOT (Mutual Information System on Social Protection in the European Union): Comparative Tables*.

Brussels: Directorate-General for Employment and Social Affairs, European Commission. <http://europa.eu.int/comm/>.

7. Основы общей экономической теории с экономикой здравоохранения / Дробышев А.А., Момот Ф.Д., Артемьев В.Н. и др. – М.: АНМИ. 2002. – 425 с.
8. Голухов Г.Н., Райзберг Б.А., Акимов Ю.В., Шиленко Ю.В. Управление медико-производственным комплексом: организационно-экономический аспект. – М.: Издательство Фонда «Клиника XXI века», 2003. – 330 с.
9. Линькова И.В., Габуева Л.А. Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика. – М.: МЦФЭР, 2001. – 352 с.
10. Маркова О., Солошенко И., Луни Ю. Финансирование государственной программы бесплатной медицинской помощи / *Экономист*. 2000. – № 4. – С. 36 - 38.
11. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчёт / Шишкин С.В., Бесстремьяная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. – М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. – 248 с.
12. Финансирование здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования / Кучеренко В.З., Семёнов В.Ю., Кравченко Н.А. и др. – М.: ФФОМС, 1998. – 142 с.
13. Шамшурина Н.Г. Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации / Главная медицинская сестра. 2000. – № 1. – С.59 - 66.

Статья поступила в редакцию 20.01.2006

И.С. ПОДОЛЯН,

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченко

РАЗВИТИЕ ФИРМЫ КАК ЭВОЛЮЦИЯ РУТИН

В последние десятилетия экономические теории, которые относят к так называемому «Мэйнстриму», ортодоксальной экономической теории, подвергаются постоянной критике и пересмотру со стороны целого ряда новых течений.

По мнению ряда исследователей, современная экономическая теория переживает кризис и пребывает в преддверии глобальных перемен (См. например [1; 2; 3]).

Кризис экономической теории проявляется, по мнению ученых, в ее оторванности от реальных экономических процессов, неспособности объяснить целый ряд явлений и процессов, протекающих в экономиках стран мира.

Речь идет об интерпретации таких, например, явлений как «экономическое чудо», «переходная экономика», «научно-техническая революция».

На уровне субъектов хозяйствования кризис экономической теории (микроэкономики) проявляется в ее неприкладном характере. Современная теория фирмы, представленная соответствующим разделом микроэкономики, практически не используется в практике ведения бизнеса, при наработке и принятии конкретных управленческих решений. Причина

© И.С. Подолян, 2006

такого положения вещей кроется в том, что