

УДК 33.011:614(477)

Т. М. КАМІНСЬКА

доктор економічних наук, професор,
професор кафедри економічної теорії
Національного юридичного
університету
імені Ярослава Мудрого, Харків
e-mail: econom_theory@ukr.net
ORCID ID: 0000-0003-1359-834x



УРОКИ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН ДЛЯ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ¹

У статті аналізуються деякі аспекти реформ охорони здоров'я в Канаді, Великобританії, Німеччині, Сінгапурі з метою використання досвіду в Україні. Обґрунтовано необхідність децентралізації галузі, підвищення самостійності лікувальних закладів, поліпшення їх фінансування, лібералізації фармацевтичного ринку. Запропоновано новий підхід до реформування охорони здоров'я, підвищення його конкурентоспроможності на світовому ринку.

Ключові слова: охорона здоров'я, децентралізація, ефективність, конкурентоспроможність.

JEL Classification: I 18.

Постановка проблеми. Україна стоїть перед вибором моделі розвитку охорони здоров'я. Та модель, яка працювала донині, не виправдовує себе ні соціально, ні економічно. Вона багато років не корелюється з вимогами ст. 49 Конституції України, розвивається автономно, у тому числі на тіньовій основі, часто — всупереч державним рішенням. Реформування охорони здоров'я стає умовою виживання країни, розв'язання демографічної кризи, підтримки

¹ Роботу виконано в межах цільової комплексної програми «Соціально-економічна модернізація України та формування інноваційної моделі розвитку» (№ державної реєстрації 0111u000961) та фундаментального дослідження «Науково-теоретичні проблеми формування, розвитку та інституційної побудови правової економіки в Україні» за рахунок видатків державного бюджету (№ державної реєстрації 0115U000326).

трудового потенціалу та добробуту громадян, проведення реформ в інших сферах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. До останнього часу проблеми суспільного здоров'я розглядалися в контексті традиційного розвитку національної економіки. Реформуванню соціальних проблем приділяли увагу Л. Безтелесна, О. Грیشнова, О. Гулемпиченко, А. Колот, Є. Лібанова, Л. Немова, О. Новікова. Але прощання із залишками командно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст реформування охорони здоров'я. Стало очевидним, що воно неможливе навіть у відносній ізоляції від міжнародного середовища і пов'язане з обов'язковим вивченням світових трендів. Постало також питання про позиціонування України на міжнародному ринку медичних та рекреаційних послуг, виявлення можливостей їх довготривалого ефективного просування та надання.

Формулювання цілей. Основною метою статті є виявлення головних напрямів реформування охорони здоров'я в зарубіжних країнах та можливості їх використання в Україні.

Виклад основного матеріалу. Створення нової концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні є органічною складовою масштабних реформ на макроекономічному рівні з децентралізації, інвестування та поширення економічної свободи. Децентралізація — це один із загальних трендів розвитку сучасної економіки та охорони здоров'я. Вона означає посилення ролі регіонів у регулюванні медичної галузі за умови збереження загального національного ринку. За такої системи територіальні громади, області, міста і райони матимуть найширший обсяг повноважень і грошових ресурсів, необхідних для розвитку галузі, яка переважно фінансується за рахунок місцевих бюджетів.

Цікавим для нас є досвід децентралізації охорони здоров'я у Канаді, тому що їх система є переважно державною та вирізняється високою якістю, демократичністю і доступністю для громадян. Тривалий час Канада посідає друге місце у світі за показником очікуваної тривалості здорового життя (health associated life expectancy — HALE). Незважаючи на те, що у 2010 р. вона поступилася п'ятьма позиціями таким країнам, як Іспанія, Італія, Австралія, Швеція, цей показник значно кращий, ніж демонструють Велика Британія (12 місце) та США (17 місце). До того ж за показником скорочення смертності у критичних випадках, коли пацієнт отримує своєчасну та ефективну медичну допомогу, Канада посідає 6 місце після Франції, Японії, Австралії, Іспанії й Італії та інших розвинених країн ОЕСР. Для порівняння: Велика Британія посідає 16 місце і США — 19 місце [1, с. 34].

Унікальна канадська модель охорони здоров'я охоплює 10 провінційних систем зі своїми особливостями фінансування й організації. У деяких про-

вінціях джерелом фінансування є податкові надходження до бюджету (тобто неадресні платежі), а інші використовують спеціальні податки та внески. Регіони значно відрізняються один від одного за чисельністю та щільністю населення, обсягам регіонального продукту та ресурсного потенціалу. Проте їх об'єднують стандарти медичної освіти та лікування, які давно стали чинниками стабільності та людського розвитку в Канаді. У трикутнику регіони — соціальне обов'язкове медичне страхування — держава найефективніше працюють загальнонаціональні програми охорони здоров'я, які забезпечують кваліфікацію і мобільність робочої сили, гнучкість ринку праці і, як наслідок, позитивно впливають на конкурентоспроможність регіонів (за рахунок зниження витрат на працю).

Цікаво, що первісно обов'язкове медичне страхування було введено в економічно відсталій провінції Саскачевані, а потім поширилося на інші провінції, бо реформи виявилися дуже вдалим. У 1971 р. було впроваджено універсальну програму загального медичного страхування «Medicare», яка гарантувала безоплатність широкого спектру медичних послуг. У 1984 р. загальнонаціональні стандарти і принципи надання медичної допомоги для усіх громадян країни та легальних мігрантів закріплені рамковим федеральним законом про охорону здоров'я, відомим як Canada Health Act. До цих стандартів належать лікування у стаціонарах та амбулаторних закладах, медична допомога вдома для інвалідів та літніх громадян у соціальних закладах. Провінційні уряди як єдині покупці послуг на регіональному рівні відповідають за їх адміністрування. Іноді вони додатково покривають витрати понад обов'язковий мінімум програми Medicare, зокрема вартість ліків, лікування хронічних захворювань, нагляд за хворими вдома. Список цих послуг, їх обсяги та межі фінансового покриття постійно розширюються. Крім того, у лікарнях не заборонені додаткові платежі від інших акторів медичного ринку. Стоматологічні та офтальмологічні послуги є переважно приватними, їх надають відповідно до платоспроможних потреб, тобто попиту. Незважаючи на те, що Canada Health Act відображає угоду між усіма провінціями і центральним урядом, міжрегіональна рівність підтримується шляхом перерозподілу податкових надходжень від багатших регіонів до бідніших, виплачування їм урядових цільових трансфертів [2, с. 50].

Які уроки канадська медицина може дати українським медикам? У майбутній децентралізованій системі, де регіони матимуть високу свободу повноважень у соціально-економічній сфері, охорона здоров'я і медичне страхування мають стати соціальним цементам, що скріпить націю. Впровадження страхування могло б створити справді єдині стандарти якості медичних послуг і медичної освіти для регіонів, а інші питання вирішувати на локальному рівні. В Україні є також потреба удосконалення конфігурації на політичному

полі, бо наші партії тривалий час формувалися не на традиційній для демократичного світу ідеологічній основі, а за регіональною ознакою, де ніша для соціал-демократичної партії залишалась вільною. У Канаді саме ця партія очолила формування медичного страхування, за активної підтримки фермерських союзів і профспілок працівників промисловості у середині ХХ ст.

У свою чергу слід звернути увагу і на деякі можливі недосконалості канадської системи охорони здоров'я. Первинна допомога не досягає там оптимального рівня, про що свідчать оцінки пацієнтів та самих лікарів [1, с. 34]. Опитування пацієнтів відображають, на відміну від Великої Британії, слабку координацію між лікарями загальної практики і вузькопрофільними спеціалістами. Канадські лікарі загальної практики менше за лікарів інших країн використовують можливості Інтернет-економіки для зниження витрат та кращого задоволення потреб своїх пацієнтів. Проте головне — оплата їх послуг — здійснюється за принципом гонорар-за-послугу, що стимулює до збільшення обсягу наданих послуг та їх оплати. Цей факт треба взяти до уваги, реформуючи охорону здоров'я в Україні. Оскільки лікар самостійно отримує відшкодування витрат на лікування, для провінційних міністрів зростає проблема впровадження «командної гри» різних фахівців щодо організації первинної медицини та зменшення непродуктивних витрат.

Децентралізація охорони здоров'я та передача більших повноважень регіонам є одним із завдань роздержавлення в Україні. Але водночас існує інше завдання — зростання фінансово-економічної свободи медичних закладів, автономізація їх діяльності та прийняття управлінських рішень. Це необхідно зробити заради підвищення економічної ефективності на мікрорівні та ефективності розподілу ресурсів охорони здоров'я на мікро- та макрорівнях. До речі, таке завдання ставить не тільки Україна, але й інші країни колишнього СРСР, які мають схожі проблеми щодо зайвої централізації — наприклад Казахстан [3]. Зарубіжний досвід демонструє, що існують два варіанти збільшення самостійності надавачам медичних послуг. Вони пов'язані з реформуванням власності. Перший полягає у тому, що державна медицина зберігається, тобто право привласнення лікарських закладів залишається за державою. Але вони отримують статус юридичної особи, перетворюються на економічний суб'єкт (некомерційне підприємство), їм делегується право розпорядження та управління власністю. Як приклад можуть служити системи охорони здоров'я Великобританії, Швеції, Фінляндії, Нової Зеландії, Італії.

Власне, цей досвід спробувала застосувати Україна, проводячи реформи у пілотних регіонах (Донецька, Дніпропетровська, Вінницька області та м. Київ) у 2010–2012 рр. На жаль, реформування не досягло своєї мети — підвищення якості та доступності лікування. Намаганням створити внутрішній ринок і конкуренцію між лікарями за бюджетні кошти (на кшталт внутріш-

нього ринку у Великій Британії) завадили тіньова економіка та бюрократія. Перша спричинила розподіл ресурсів за іншими, неконкурентними принципами, друга — обмежила вплив на хід реформи з боку медиків і пацієнтів. Крім того, впровадження європейської практики без урахувань вітчизняних особливостей (невиправданого закриття лікарень у дуже віддалених районах, поганих доріг для карет «Швидкої допомоги» або їх відсутності) прогнозовано не принесло результатів. Дотепер катастрофічно не вистачає сучасних менеджерів в охороні здоров'я та сімейних лікарів, або недосконалою є мотивація їхньої праці. Однак попри всі ці «провали», поширення фінансово-економічної свободи регіонів за умови збереження державного сектору охорони здоров'я і виконання конституційного принципу рівного доступу громадян до медицини залишається потенційно можливим та затребуваним.

Альтернативний варіант характерний для систем приватнострахової медицини (вони поширені у США, Швейцарії, Філіппінах, Південній Кореї та Австралії, за останні роки — у Грузії) і передбачає приватизацію частини лікарських закладів. Тривалий час мало хто розглядав цей шлях як прийнятний для українського суспільства взагалі, тому його зміст майже не обговорювався. І навіть сьогодні негласно вважається, що приватний медичний сектор може функціонувати лише як доповнення до засадничого державного. Такі погляди не позбавлені сенсу, бо приватна медицина має суттєві вади. Вона недоступна для незаможних верств населення; асиметрія інформації щодо якості медичних послуг набуває тут найбільших розмірів. Приватний ринок неспроможний забезпечити належне лікування інфекційних хвороб. Якщо лікарі або лікарні монопольно надають послуги на певних територіях, це спричиняє зростання цін.

Проте за останні двадцять років в Україні з різних причин стихійно укоринився інститут тіньової медицини та неформальних платежів лікарям. Виникли певні суперечності. З одного боку, узвичаєння уявлення людей, особливо молодого покоління, про неминучість платної медицини (вони готові платити за якісну допомогу). З другого боку, неконтрольованість цих платежів, незахищеність пацієнтів, диктат тих лікарів, які мають додаткові доходи від аптек і лабораторій клінічних аналізів, недобросовісна конкуренція між ними. Поступово виникла потреба у розв'язанні цієї суперечності таким шляхом: неформальні правила економічних відносин, які вже на практиці діють, формалізуються. І це дійсно потребує менших витрат, ніж впровадження інших інститутів.

Тому не слід відкидати зарубіжний досвід приватнострахової медицини. Треба лише обґрунтувати модель страхування, яка компенсувала б її вади, забезпечила доступ до неї різних верств населення та вибір лікарів і клінік. Крім страхувальників, активними суб'єктами контролю за протоколами (стандартами) медичного обслуговування мають стати держава, асоціації лікарів,

товариства із захисту прав споживачів. Якщо врешті-решт альтернативні витрати від приватизації частини лікарень і дії приватних сімейних лікарів будуть вищі за альтернативні витрати державної медицини — треба обирати державну. Якщо навпаки, то перевагу матиме приватна медицина. Найкращий варіант — поєднання переваг обох секторів і впровадження, на додаток до страхування, приватного менеджменту у державні заклади, формування практики контрактів між приватними клініками (лікарями) та державою. Вітчизняний досвід у цьому напрямі є. Згадаймо реформи на локальному рівні у м. Комсомольську Полтавської області, де поряд із державними сімейними лікарями працювали приватні, які навіть розвивали конкуренцію. Діяльність останніх виявилась ефективнішою і розвивалась на контрактній основі з місцевими органами влади [4, с. 6].

Зауважимо, приватизацію не можна поширювати на невідкладну допомогу з причини низької еластичності попиту на лікування і загрози зростання цін. Важливою метою реформування стає впровадження нових медичних технологій за кошти, отримані завдяки таким методам:

- раціоналізація використання лікарняних ліжок;
- підвищення економічної (виробничої) ефективності медичних закладів;
- структурна перебудова медичного обслуговування;
- остаточний перехід вітчизняних виробників ліків на світові стандарти GMP;
- лібералізація і дебіюрократизація фармацевтичного ринку, підвищення його прозорості, скорочення посередників у продажах;
- державна підтримка добросовісної конкуренції на фармацевтичному ринку; підвищення ефективності роботи АМКУ, протидія олігополізму як серед компаній-імпортерів ліків, так і вітчизняних виробників.

Прикладом лібералізації фармацевтичного ринку є Німеччина, яка підтримує економічну свободу національних фармкомпаній, компенсуючи низьку еластичність попиту на ліки конкурентним внутрішнім ринком. Це дозволяє їй утримувати третій за величиною сегмент світового фармацевтичного ринку і перший — європейського [5, с. 1]. Німеччина є однією з небагатьох країн ЄС, де досі учасники цього ринку значною мірою вільно встановлюють ціни на свою продукцію. Ця обставина, до речі, робить Німеччину привабливою для іноземних інвестицій у розробку нових препаратів, і ринок зберігає конкурентну основу. Тобто підвалини соціальної ринкової економіки — ринок, приватна власність, конкуренція — державою захищаються. При цьому не порушується інший її принцип, пов'язаний з ефективною системою соціального захисту громадян країни. Вартість ліків має велике покриття не пацієнтами, а третьою стороною, особливо соціальним страхуванням та бюджетним фінансуванням. Майже всі ліцензовані учасники фармацевтичного ринку

задіяні як продавці ліків, що реалізуються за рецептами лікарів, і мають право на відшкодування коштів з боку національних фондів обов'язкового медичного страхування.

У листопаді 2010 р. парламент Німеччини прийняв ще один важливий закон, який набув чинності у 2011 р. Він проголосив нові реформи, спрямовані на скорочення відшкодування коштів виробникам і продавцям тих нових ліків, які не демонструють приросту корисності для здоров'я громадян, але сприяють зростанню витрат і цін. Мікроекономічною мовою це означає скорочення граничного фармацевтичного продукту. В Німеччині за період 2000–2009 рр. подвоївся продаж запатентованих ліків, і 85 % з них не є об'єктом регулювання [5, с. 1–2]. Якщо зважити, що німецький фармацевтичний ринок є орієнтиром для багатьох країн ЄС, то антимонопольні заходи сучасної реформи позначаться і на методах державного регулювання у всьому європейському континенті. Ідеологію конкурентності має взяти на озброєння і Україна.

Фундаментом для комплексних перетворень у системі охорони здоров'я країни є фінансування галузі. В умовах економічної кризи в Україні складно розраховувати на його збільшення за рахунок ВВП. Необхідність і програмні заяви про лібералізацію та розвиток економічної свободи в національній економіці виключають також можливість збільшення прямих податків. Досвід Великої Британії показує, що збільшення фінансування цілком можливе шляхом суттєвих змін у структурі суспільних видатків. Так, за період з 1978–1979 по 2011–2012 рр. в умовах фіскальної стабільності у країні відбулося стрімке зростання фінансування охорони здоров'я з 10 % до 17,5 % від загальної суми видатків уряду [6, с. 37]. Реструктуризацію здійснили за рахунок скорочення витрат на армію, житлове будівництво, обслуговування зовнішнього боргу та соціальної допомоги. За обсягами витрати на англійську охорону здоров'я посідають зараз друге місце після витрат на соціальну безпеку (28 %) [6, с. 37], що відповідає логіці постіндустріального розвитку.

В Україні, із зрозумілих причин, витрати на армію останнім часом, навпаки, зростають, а інші статті видатків хоча і містять резерви, але невеликі. І все ж таки мета і джерела структурних реформ заради суспільного здоров'я залишаються. У якому ракурсі? По-перше, це — зменшення частки вторинної медицини (за рахунок підвищення її соціально-економічної ефективності) та зростання ролі первинної ланки, розвиток високоспеціалізованих центрів надання медичної допомоги; по-друге, заміщення тіньових економічних відносин, у тому числі поза охороною здоров'я, на легальні грошові потоки від пацієнта до лікаря за допомогою страхування, про що вже говорилося вище. По-третє, є ще один резерв, пов'язаний з використанням інвестицій, які є обов'язковим супутником реформ. У 2014 р. в Україні помітно знизилися

прямі інвестиції, але зросли зовнішні кредити. За даними прес-служби Міністерства фінансів України, їх розмір у січні-листопаді 2014 р. досяг 7228 млрд дол. [7]. Необхідні диверсифікація портфеля кредитів і збільшення їх обсягу для охорони здоров'я. Поки що ми лише мріємо про кредит у розмірі 300 млн дол., який Світовий банк планує надати нам цільовим призначенням на відновлення проекту удосконалення первинної та вторинної медичної допомоги, створення ефективних центрів боротьби із серцево-судинними захворюваннями та відтворення медичної системи в регіонах, які постраждали від воєнних дій [8].

Зараз Україна підійшла до такого економічного стану, коли треба, мабуть, змінити (або додати нові) підходи до ролі охорони здоров'я. Орієнтуючись на європейський вибір та постіндустріальні тенденції, наші науковці справедливо вважали підставою для концентрації суспільних ресурсів у цій галузі пріоритети людського розвитку, формування інтелектуального капіталу та підвищення якості трудового потенціалу країни. І ці пріоритети є незаперечними, треба лише втілювати їх у життя. Проте зараз мова про інше. Охорона здоров'я може стати пусковим механізмом реструктуризації та диверсифікації національної економіки, збільшення її зростання та наукоємності. Це можливо, якщо Україна обере стратегію формування міжнародної мобільності медичних послуг та освоєння власної ніші на світовому ринку медичного туризму. Згідно з доповіддю, що опублікована Transparency Market Research, обсяг світового ринку медичного туризму дорівнював у 2012 р. 10,5 млрд дол. і, за прогнозами, сягатиме у 2019 р. 32,5 млрд дол.; упродовж 2013–2019 рр. він зросте на 17,9 % [9]. Вибух такого специфічного туризму характерний для країн азійського регіону, які запропонували конкурентні переваги (висока якість за невисокими цінами, невеликі черги або їх відсутність). Економія на витратах, порівняно з різними країнами, для пацієнтів становить від 30 до 90 % на одну процедуру, включаючи витрати на перельоти [9]. Між країнами існує висока конкуренція, яка сприяє зменшенню цін на медичні послуги.

Як приклад зміни підходів до охорони здоров'я можна взяти Сінгапур, де, починаючи з 2000-х рр. головним об'єктом державних і приватних інвестицій є біотехнології та медицина (особливо її інфраструктура), залучення спеціалістів із усього світу, створення дружньої атмосфери для творчої наукової праці, перетворення біомедицини на точку зростання сучасного світового рівня. Як результат, за даними агентства Bloomberg, у світовому рейтингу охорони здоров'я у 2014 р. (серед 51 країни з населенням не менше 5 млн людей, ВВП на душу населення не менше 5 тис. дол. і тривалістю життя не менше 70 років) Сінгапур посідає перше місце (таблиця).

Таблиця

Найефективніші системи охорони здоров'я 2014 (деякі країни) [10]

| Рейтинг | Країна | Ефективність системи | Очікувана тривалість життя | Витрати на охорону здоров'я (% від ВВП) | Витрати на охорону здоров'я (на душу населення, дол.) |
|---------|-----------------|----------------------|----------------------------|---|---|
| 1 | Сінгапур | 78,6 | 82,1 | 4,5 | 2426 |
| 4 | Японія | 68,1 | 83,1 | 10,2 | 4752 |
| 10 | Велика Британія | 63,1 | 83,5 | 9,4 | 3647 |
| 11 | Норвегія | 63,0 | 81,5 | 9,1 | 9055 |
| 21 | Канада | 52,9 | 81,2 | 11,0 | 5741 |
| 27 | Малайзія | 49,2 | 74,8 | 3,9 | 410 |
| 42 | Білорусь | 37,3 | 72,1 | 5,0 | 339 |
| 44 | США | 34,3 | 78,7 | 17,2 | 8895 |
| 51 | Росія | 22,5 | 70,5 | 6,3 | 887 |

Відомості цієї таблиці свідчать, що показник витрат на охорону здоров'я не є вирішальним у формуванні її ефективності. Наприклад, питома вага витрат на галузь у ВВП Білорусі у 3,4 раза менша, ніж у США, а показник витрат на душу населення — у 26,2 раза, при цьому Білорусь у запропонованому рейтингу випереджає США. Тож, очевидно, що важливішими є ефективний розподіл і використання ресурсів. Не посідають перші місця у рейтингу Канада, Велика Британія, Норвегія, де традиційно здійснюється (як і у низці інших країн) жорсткий нагляд держави за якістю і доступністю медицини. Норвегія, яка тривалий час очолює рейтинг ООН з людського розвитку, у даному рейтингу — 11. Разом з тим чільне місце займає країна, яка перетворила галузь на вигідний міжнародний бізнес. Вона не виключила європейські пріоритети: на старті медицина Сінгапуру будувалася відповідно до критеріїв і канонів ВООЗ, але потім відірвалася від алгоритму дій європейських країн і додала до них новизну. Привертає також увагу Малайзія. Ще зовсім недавно малайзійські студенти вивчали науку в українських медичних вишах, зокрема у Харківському медичному університеті. Тепер це вже в минулому, а Малайзія посідає 27 місце щодо показника найефективніших систем охорони здоров'я. Більше того, очікується зростання на 25 % обсягу міжнародних медичних послуг цієї країни у період 2013–2019 рр. [9]. В Україні теж є потенціал — згадаємо про високу цінність лікувальних грязей при захворюваннях опорно-рухового апарату у Бердянську, Слов'янську, Одеській та Херсонській областях, а також про джерела мінеральної води у Карпатах та інших місцях.

Повертаючись до рейтингу, треба зазначити, що Росія посідає у ньому останнє місце. Причинами є: еклектичність системи охорони здоров'я; неефективність моделі обов'язкового медичного страхування, невиконання страховиками притаманних їм функцій страхування і розподілу ризиків, контролю за якістю медичної допомоги; тіньові економічні відносини, непрозорість грошових потоків; фармацевтична олігополія; бюрократизація; надмірне скорочення лікарського сегменту без створення умов для сучасного розвитку первинної медицини; низька мотивація для ефективної праці медичних працівників, які, подібно до наших лікарів, виконують клятву Гіппократа на ентузіазмі. Недивно, що наприкінці листопада 2014 р. в Москві пройшов безпрецедентний за своєю масовістю і політичною спрямованістю мітинг лікарів. «Провали» російської охорони здоров'я має враховувати Україна у час реформ.

Висновки. Реформи охорони здоров'я є складовою і прямим продовженням загальних реформ в економіці України. Не існує варіантів окремої модернізації галузі поза контекстом змін на макроекономічному рівні. Децентралізація економіки і охорони здоров'я, економія витрат відповідно до податкових надходжень, ефективність розподілу і використання фінансових потоків об'єднує макро-, мезо- і мікроперетворення.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні матиме позитивний результат, якщо національні переваги і традиції поповняться ефективним використанням кращих зарубіжних напрацювань. Канадський досвід свідчить про вдале поєднання фінансово-економічної свободи регіонів і єдиних національної стратегії та стандартів якості лікування й медичної освіти. На політичному полі України вільною є ніша для соціал-демократичних ідей, які саме й дозволили Канаді створити якісну медицину. Досвід Великої Британії вказує на важливість ефективного перерозподілу суспільних видатків упродовж певного часу на користь охорони здоров'я. Досвід країн з приватностраховою медициною вказує на резерви збільшення економічної ефективності охорони здоров'я. Досвід Росії з організації обов'язкового медичного страхування говорить про безперспективність громіздкої, бюрократичної моделі і неможливість реформування охорони здоров'я в умовах тіньової економіки.

Потрібна зміна підходів до медичної галузі, перетворення її з «дрімучого» утворення на конкурентоспроможний сегмент світового ринку медичних послуг, приваблення пацієнтів з інших країн, розвиток рекреаційних зон і реабілітаційного туризму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Marchildon Gregory P. Health system performance in Canada: the good, the bad and the ugly / Gregory P. Marchildon // Eurohealth. – 2013. – Vol. 19. – № 2. – P. 32–35.

2. Немова Л. А. Здравоохранение в Канаде на пороге реформ / Л. А. Немова // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – № 5. – С. 45–60.
3. Рахимбекова А. Конкуренентоспроможність закладів охорони здоров'я Республіки Казахстан: теорія, методика оцінки, механізм розвитку [Електронний ресурс] / А. Рахимбекова // Актуал. проблеми економіки. – 2014. – № 6. – С. 246. – Режим доступу: <http://eco-science.net/archive2014/330--9159.html>.
4. Адвокаты в белых халатах // День. – 2005. – 15 марта (№ 44). – С. 6.
5. Ognyanova D. Pharmaceutical reform 2010 in Germany / D. Ognyanova, A. Zenter, R. Busse // Eurohealth. – 2010. – Vol. 17. – № 1. – С. 1–2.
6. Charliesworth A. Fiscal sustainability and health care in the United Kingdom / A. Charliesworth // Eurohealth. – 2013. – Vol. 19. – № 2. – P. 36–39.
7. Україна позаимствовала почти \$9 млрд [Електронний ресурс] // Delo.ua. – 2014. – 1 грудня. – Режим доступу: <http://delo.ua/ukraine/ukraina-pozaimstvovala-pochti-9-mlrd-za-odinnadcat-mesjacev-2014-284687/>
8. Всемирный банк предоставит Украине 300 млн дол. на проект по первичной и вторичной медпомощи [Електронний ресурс] // РБК Україна – 2014. – 1 грудня. – Режим доступу: <http://medicine.rbc.ua/rus/vsemirnyy-bank-predostavit-ukraine-300-mln-doll-na-proekt-01122014151700>.
9. Medical tourism market to reach \$32.5 bn globally in 2019: Report Biospectrum Updated on 3 October 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.biospectrumasia.com/biospectrum/news/197399/medical-tourism-market-reach-usd325-bn-globally-2019-report#.U1VjqNLxpt6>.
10. Most effective health care 2014 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.

Стаття надійшла до редакції 02.12.2014

Рецензент — доктор економічних наук, професор Л. С. Шевченко, Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого, м. Харків, Україна.

Reviewer — L. S. Shevchenko, Doctor of Economic Sciences, Professor, Yaroslav Mudryi National Law University, Kharkiv, Ukraine.

Т. М. КАМИНСКАЯ

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры экономической теории Национального юридического университета имени Ярослава Мудрого, Харьков

УРОКИ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН ДЛЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

В статье анализируются некоторые аспекты реформ здравоохранения в Канаде, Великобритании, Германии, Сингапуре с целью использования опыта в Украине. Обоснована необходимость децентрализации отрасли, повышения самостоятель-

ности лечебных учреждений, улучшения их финансирования, либерализации фармацевтического рынка. Предложен новый подход к реформированию здравоохранения, повышению его конкурентоспособности на мировом рынке.

Ключевые слова: здравоохранение, децентрализация, эффективность, конкурентоспособность.

T. M. KAMINSKA

Doctor of science (economy), professor, Professor of economic theory department, Yaroslav the Wise National Law University

LESSONS FROM FOREIGN COUNTRIES FOR HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE

Problem setting. The current model of health care in Ukraine is not justified either socially or economically. For many years it has not been correlated with constitutional requirements. It has been developed mostly on informal basis, contrary to government decisions. Reforming healthcare is a prerequisite of the country survival, overcoming the demographic crisis, support the labor potential and well-being, reforms in other industries.

Recent research and publications analysis. Until recently public health issues were considered in the context of traditional national economic development. Farewell to the remnants of the command system, the geopolitical choice of Ukraine, globalization of the world economy have shown that health care reform is impossible even in relative isolation from the international environment. This indicates a mandatory study of global trends and identifying opportunities for Ukraine in promoting international medical and recreational services.

Paper objective. The article was aimed to identify the main areas of health care reform in foreign countries and their possible use in Ukraine.

Paper main body. Reforming healthcare provides a choice of one of many models of the world. Canadian experience is interesting to Ukraine, indicating a good combination of financial and economic freedom of regions, mandatory health insurance and common national policy and standards of treatment and medical education. The experience of the United Kingdom shows that an increase in budget funding is quite possible by significant changes in the structure of public spending. The conditions for reducing health care costs are also pharmaceutical market liberalization (e.g. Germany) and increase of its competitiveness.

An alternative model involves formalization of paid medicine through privatization of medical institutions and public-health insurance. But it contains a large opportunity costs, they all are the limitations of private medicine and are incompatible with the constitutional principle of equal access to public health. The reform involves changing the approaches to Ukrainian health care, the choice of strategy of forming international mobility of medical services and development of its own niche in the global market. For ex-

ample, Singapore has made biotechnology and medicine the main target of public and private investments and formed the most effective health care system. Rapid growth of medical tourism is observed in Malaysia.

Conclusions of the research. Health care reforms in Ukraine will have a positive result if national advantages and traditions are complemented by effective use of the best foreign developments. Transformation of health care from backward formation to a competitive global market segment of health services, attracting patients from other countries, as well as development of recreational areas and rehabilitation tourism are necessary.

Short Abstract to an article

**LESSONS FROM FOREIGN COUNTRIES
FOR HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE**

Abstract. The article analyzes some aspects of health care reforms in Canada, the UK, Germany, Singapore, in order to use the experience in Ukraine. The necessity of decentralization of this industry, increasing the independence of medical institutions, improvement their funding, liberalization of the pharmaceutical market is substantiated. A new approach to health care reform and increasing its competitiveness in the global market is offered.

Key words: health care, decentralization, efficiency, competitiveness.