

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛІТЕТУ

Гриценко О. А.

Досліджено економічні умови формування менталітету. Виявлено три структурні рівні функціонування менталітету: понятійно-смісловий, ціннісно-цільовий та поведінковий. Визначено механізм впливу ментальності на економічну поведінку.

Ключові слова: менталітет, цінності, ментальна поведінка.

ECONOMICAL ASPECTS OF RESEARCH OF MENTALITY

Qrizenko E. A.

Economic conditions of mentality are examined. Identified three structural levels of functioning mentality — a conceptual-semantic, value-targeted, behavioral. The mechanism of the impact of the mentality on the economic behavior is investigated.

Key words: mentality, values, mental behavior.

УДК 330.341.42:614

СПІВВІДНОШЕННЯ ДЕРЖАВИ ТА АЛЬТЕРНАТИВНИХ ЕКОНОМІЧНИХ СУБ'ЄКТІВ: ВИПАДОК ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор
Національний університет
«Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*

Стаття є продовженням дискусії науковців про роль і місце лібералізму в сучасному економічному розвитку. Розкрито переваги і вади держави та ринку в регулюванні медичного обслуговування. Обґрунтовано необхідність їх розумного, без перекосів, балансування з метою оптимального розподілу обмежених ресурсів охорони здоров'я. Запропоновано розвиток інститутів, заснованих на спільній участі і спільному регулюванні охорони здоров'я, а також єдності інтересів.

Ключові слова: охорона здоров'я, держава, ринок, баланс інтересів.

Постановка проблеми. Баланс між державою та іншими суб'єктами господарювання в охороні здоров'я є відображенням та окремим випадком загального співвідношення між суб'єктами національної економіки. Світова фінансово-економічна криза 2008–2010 рр., кризові явища в європейських країнах 2011–2012 рр. спонукають багатьох економістів світового рівня переглядати ризики та загрози глобалізації, низку проблем макроекономіки, економіки фінансів та суто ліберальні підходи до економічного зростання. Стосовно охорони здоров'я ці проблеми набувають актуальності з двох причин. По-перше, її соціально-економічна ефективність залежить від реалізації конституційного права на рівність доступу до медичної допомоги для кожного громадянина. Це може здійснити ефективна держава, а не вільний ринок, за наявності відповідних суспільних ресурсів та відсутності суттєвих бюджетних дисбалансів (саме хронічні дефіцити держбюджетів різних країн, зокрема розвинених, супроводжують останні кризи). По-друге, дуже важливим є баланс між державою та недержавними одиницями бізнесу власне на ринку медичних послуг, тому що його порушення призводить або до диктату державної бюрократії, зловживань та неспроможності виявити усі потреби людей, або до ринкового свавілля, зайвої комерціалізації, відсутності стратегії розвитку охорони здоров'я, скорочення тривалості життя.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Світова наукова думка жваво реагує на наслідки світової кризи, намагаючись оцінити провали макроекономіки та переосмислити головні течії економічної науки заради сталого економічного розвитку та підтримання соціальної сфери. Науковці намагаються уникнути зайвого конструювання універсальних макроекономічних моделей розвитку для зовсім неоднакових національних економік. Обстеження думки економістів у кращих американських програмах PhD демонструє, що макроекономіка стає найменш популярним класом (предметом за вибором), а студенти вважають, що там багато сміття [5]. Звичайно, не слід абсолютизувати думку студентів, для яких складніше пізнавати абстрактні теоретичні моделі порівняно із зовнішніми економічними формами та явищами. Тим не менш незацікавленість студентів заслуговує на роздуми.

Останні наукові та публіцистичні статті російських учених теж присвячені більш реалістичним і багатогранним моделям соціально-економічного розвитку, які враховують вплив на цей процес неекономічних факторів та особливостей. Разом з тим багато авторів покладають головну вину кризових явищ в Україні та Росії на нібито ліберальні реформи, які призводять до руйнування соціальної сфери, бідності населення та нездатності адекватно реагувати на кризи. Так, російський академік О. Богомоллов стверджує: «Переоці-

нювання ультраліберальних рецептів становить один з важливих висновків, який допоможе подолати труднощі кризового періоду» [4, с. 14]. Так вважає і Т. Чубарова: «У Росії в даний час домінує ліберальний підхід, в основі якого лежать ідеї свободи і природних прав особистості. Держава добробуту розглядається як тягар для економіки» [4, с. 699]. На шпальтах журналу «Економіка України» також розгорнулася полеміка про співвідношення ринкових сил, економічної свободи та держави щодо реалізації перспектив соціально-економічного розвитку.

Ця дискусія є базовою для розуміння ролі і межі присутності держави на ринку медичних послуг, бо суспільне здоров'я є атрибутом загального добробуту. Але потрібно розставити правильні акценти, оскільки одне лише заперечення лібералізму без виявлення особливостей і держави, і ринку в постсоціалістичній охороні здоров'я не дозволяє виробляти алгоритм збалансованих реформ.

Формулювання цілей. Мета статті — виявити необхідний баланс між ефективним державним регулюванням охорони здоров'я та альтеративними шляхами його розвитку, обґрунтувати аргументи «за» та «проти».

Вклад основного матеріалу. Загальний тренд посилення ролі держави в регулюванні ринку медичних послуг, який досліджувала, зокрема, й авторка цих рядків, сьогодні у принципі ні в кого не викликає сумніву. Він обумовлений суттєвим підвищенням ролі соціальних чинників економічного розвитку, глобальним зростанням середніх витрат медичного обслуговування під впливом коштовних новітніх технологій, старінням населення та появою нових хвороб (держава ефективніше контролює зростання цін порівняно з ринком приватних послуг), а також зростанням доходів населення у багатьох країнах. Ці теоретичні висновки підтверджує світова статистика. Наприклад, за даними Організації економічного співробітництва та розвитку, державні витрати на медицину на душу населення зросли у 1981–2010 рр. (у доларах за ПКС) у Німеччині — з 870,9 до 3331,0; Канаді — з 678,5 до 3081,1; Ірландії — з 448,6 до 2584,7; Іспанії — з 317,9 до 2266,8; Нідерландах — з 558,9 до 4049,9; Норвегії — з 622,9 до 4607,4; Португалії — з 209,1 до 1794,8 дол. — відповідно у 3,8; 4,5; 5,8; 7,13; 7,2; 7,4; 8,6 раз; у 1987–2010 рр. в Італії — з 887,3 до 2358,9; Греції — з 426 до 1730,7 дол. — відповідно у 2,7 та 4,1 раз (розраховано за: [9]). В даний час відбувається посилення державного регулювання навіть у соціально-страхових системах європейської охорони здоров'я. Причому основним вектором все більше стає підвищення якості лікування для населення загалом, а не тільки забезпечення мінімальних стандартів для бідних.

Але особливо вагомим є підвищення ролі держави в охороні здоров'я США, яка до цих пір не відрізнялася високим рівнем перерозподілу держбюджету на користь соціальної сфери. Про цей тренд свідчить така таблиця.

Динаміка витрат на державні програми з охорони здоров'я в США

Показник	Фіскальний рік						
	1962	1973	1983	1993	2003	2009	2015 прогноз
Загалом	2,3	20,1	95,9	259,9	519,3	852,9	1280,6
«Medicare» (без премій)		9,5	56,8	145,9	277,9	494,5	769,5
«Medicaid»	0,1	4,6	19,0	75,8	160,7	250,9	336,2
Забезпечення реформи з охорони здоров'я							72,5

Джерело: складено за: [6].

Як бачимо, з 1962 по 2009 р. витрати на державні програми з охорони здоров'я в США зросли майже у 371 рази, а за прогнозом до 2015 р. — у 556,8 раза. В абсолютному вираженні приріст за 1962–1982 рр. складав 93,6 млрд дол., а за 1983–2009 рр. — 593 млрд дол., або у 6,34 раза більше. Витрати на програми «Medicare» і «Medicaid» теж суттєво зросли — з 1973 по 2009 р. відповідно у 52 та 54,5 раза. Тобто, динаміка державних витрат на охорону здоров'я у США, як і у багатьох країнах світу, прискорюється і не свідчить про наступ неолібералізму.

У той же час охорона здоров'я є залежною від загальнонаціональної економічної політики та її методів. Якщо державне регулювання в країні відзначається неефективністю, а інтереси великого бізнесу починають брати верх над інтересами суспільства, то економічна свобода приватних суб'єктів повільно переростає у ринкове свавілля та кризу. Це підтверджує остання фінансово-економічна криза 2008–2009 рр., яку спровокували непомірні апетити любителів банківських кредитних пірамід. Криза, зокрема, призвела до бюджетного тиску на охорону здоров'я у різних національних економіках. Про це свідчать результати опитування експертів з політики в галузі охорони здоров'я, отримані в березні – квітні 2011 р. від країн-членів Європейського регіону ВООЗ. Так, хоча державні витрати на охорону здоров'я на душу населення в абсолютному вираженні відразу після кризи, як і зазвичай, зросли у 44 із 53 країн, але збільшення питомої ваги цих витрат від загального обсягу державних витрат спостерігалось тільки у 14 країнах. Декілька країн повідомили про скорочення державних бюджетів охорони здоров'я частково завдяки зростанню безробіття та відповідному зменшенню внесків до соціального медичного страхування. Наслідком стало впровадження (або збільшення) платних медичних послуг у первинному та спеціалізованому амбулаторному секторах, що симетрично призводить до збільшення витрат на швидку медичну допомогу [8, с. 5].

Криза зміцнила аргументи на користь посилення ролі держави — в ідеалі їй відводиться роль головного суб'єкта, що діє в інтересах суспільства. У цьому разі вона формує стратегію розвитку галузі на національному рівні, регулює витрати на медицину, встановлює стандарти якості медичних послуг, контролює ціни на них. Через державний бюджет перерозподілюються доходи фізичних та юридичних осіб для підтримання охорони здоров'я, боротьби з бідністю — вони частіше хворіють. Додатковими аргументами зростання присутності держави на ринку медичних послуг є її прагнення гуманізму, солідарності, справедливості, соціальної стабільності та консолідації суспільства. Кожен громадянин має право на необхідний набір медичних послуг відповідно до об'єктивної потреби.

Вагомий аргумент на користь держави пропонує інституціональна економічна теорія — це історичні особливості формування відносин між індивідом, суспільством та державою. Виховання у СРСР відбувалося у рамках патерналізму, і люди у відповідь на свою підпорядкованість державі звикли розраховувати на нього у скрутну хвилину. Вони були зорієнтовані на ідеологію суспільної солідарності і відчуття ліктя інших громадян суспільства, що фінансово підтримується державою. Якщо врахувати, що літні люди в Україні, які народилися та виростили ще за часів попередньої системи, за деяким винятком, зараз є бідними та хворими, то для них опора на державу стає питанням життя і смерті. Інституційний аспект припускає також узгодженість моральності та економічної ефективності охорони здоров'я. Якщо вона порушується, то медицина надмірно комерціалізується, а людина як головний об'єкт економічної теорії та практики і задоволення її насущних потреб зводяться нанівець.

Проте кореляція відносин держави і бізнесу, у тому числі медичного, вимагає пильної уваги, оскільки перекошення і в один, і в інший бік, без винятку, дає однаково негативний результат. Наприклад, антиподом вільного ринку може стати надмірне та контрпродуктивне адміністрування. Крім того, не завжди держава в змозі виявити і оптимально задовольнити зростаючі потреби людей у поліпшенні здоров'я; вона неспроможна передбачити всі наслідки схвалюваних рішень, а медичний ринок не завжди реагує так, як очікує уряд. Ієрархія і бюрократія часто гальмують втілення ухвалених рішень у житті. З другого боку, зайвий державний патерналізм може породжувати утриманство.

Крім того, слід звернути увагу на те, що навіть існуючі переваги суттєвої присутності держави в охороні здоров'я не забезпечують її переваги автоматично. Необхідна політична воля представників влади для здійснення ефективних реформ. Наприклад, ухвалення Конгресом США в березні 2010 р. двох найважливіших законів «Про захист пацієнтів і доступну охорону здоров'я»

та «Про погодження бюджету в сфері охорони здоров'я та освіти», які забезпечили 95 % населення медичним страхуванням, зажадали від Барака Обами рішучості, гнучкості, завзятості, волі та здатності до компромісів. Це відзначають очевидці, експерти, соратники, журналісти [1, с. 93]. Відповідно до таблиці фінансування реформи в охороні здоров'я в США складає за прогнозом у 2015 р. 72,5 млрд дол.

В умовах перехідної економіки на ефективності державного регулювання охорони здоров'я дуже позначаються недосконалість політичного процесу та перерозподілу суспільних благ, відсутність традицій парламентаризму. Зокрема, українські депутати, які покликані приймати закони і розподіляти суспільні ресурси в національних інтересах, на ділі лобіюють власний бізнес та ігнорують уподобання виборців. Саме в їх інтересах держава здає свої позиції, відмовляючись від низки зобов'язань щодо охорони здоров'я населення. Економічна поведінка, зорієнтована на отримання економічної та політичної ренти, аж ніяк не стикається із завданням збільшення тривалості життя пересічних громадян. Непрофесіоналізм багатьох народних обранців призводить до ухвалення рішень, які збільшують пільги для багатого населення або підтримують відомчі медичні заклади, котрі частково фінансуються з бюджету, причому щорічні державні витрати на обслуговування в них у декілька разів більше, ніж у звичайних закладах. Корупція і перехід після виборів з опозиції до провладної партії тільки підтверджують поєднання бізнесу і влади, а протидія цьому за допомогою кулачних боїв є неефективною та відлякує інвесторів. Закон про відкликання депутатів теж не працює. Ось чому абсолютизація в наших умовах ролі держави непродуктивна.

Т. Чубарова, навпаки, бачить причини хронічного державного недофінансування охорони здоров'я та поширення неформальних платежів за медичні послуги в пануванні і реалізації ідеології лібералізму, коли соціальна політика «все більше орієнтується на підвищення індивідуальної відповідальності громадян за своє здоров'я» [4, с.700] Але, на наш погляд, несправедливий розподіл ВВП у перехідній економіці здійснюється завдяки недосконалості усіх гілок влади, особливо законодавчої, і не зовсім відповідає змісту ліберальної політики.

Усупереч ототожненню поведінки будь-якого великого бізнесу з прагненням економічної свободи олігархія саме не дуже зацікавлена у прозорому та конкурентному ринку. Її представники за своєю природою не є лібералами, оскільки сприяють монополізму, роблять бізнес на бюджетних грошах, а первісне нагромадження капіталу формували шляхом вилучення природної ренти з національного багатства. Саме вони є апологетами адміністративного втручання у різні галузі економіки, бюрократичного регулювання ринків, централізованого

розподілу всіх ресурсів і встановлення цін, що позначається, зокрема, на охороні здоров'я. Вони взагалі не сприймають малий бізнес, який, наприклад, у стоматології може бути конкурентоспроможнішим за великі державні клініки. Цьому бізнесу часто створюють безліч проблем за допомогою правил гри, визначених владою олігархів і правоохоронними органами.

Звичайно, наявність олігархічної держави не є приводом для скорочення державного сектору охорони здоров'я. Навпаки, першочергове завдання — це розлучення великого бізнесу і влади, а потім — удосконалення управління охороною здоров'я, мінімізація витрат держави, ефективний розподіл бюджетних ресурсів. Але квінтесенція проблеми полягає у тому, що вирішенню цих насущних завдань можуть допомогти альтернатива, ринок, партнерство держави і частого медичного бізнесу. І досить ефективно допомагає, про що свідчить зарубіжна практика, наприклад, Канади [3]. Партнерство вдало поєднує переваги ринку і держави. У чому полягають переваги ринку?

Переваги ринку медичних послуг полягають у можливості ефективних маркетингових досліджень на мікрорівні, формуванні пропорційних зв'язків між наданням медичних послуг та їх споживанням, попитом та пропозицією. Це пояснюється мобільністю та швидкою реакцією конкурентних ринкових структур на зміну внутрішніх та зовнішніх умов ринку, його кон'юнктури. Він забезпечує вибір для споживачів, що позбавляє їх від диктату малокваліфікованих лікарів, сприяє більш точному обліку індивідуальних особливостей організму хворої людини, захищає її право на ухвалення рішень щодо проблем свого здоров'я. Згідно з канонами мікроекономіки розширення вибору медичних послуг сприяє підвищенню еластичності попиту на кожну з них, що в свою чергу гальмує зростання цін. Саме конкурентний ринок не терпить неефективно господарюючих, збиткових медичних суб'єктів та спонукає їх до ефективного менеджменту і підвищення економічної ефективності та ефективності розподілу наявних ресурсів. Якщо держава виступає партнером і надає бюджетні ресурси приватним медичним фірмам, то вона очікує на відповідну рентабельність використання своїх грошових коштів. Загальновідомо, що ринок не є бюрократичною структурою і швидше стимулює використання нових технологій, які впливають на якість і конкурентоспроможність діагностики та лікування.

Проте йдеться саме про партнерство, оскільки сам по собі ринок приватних медичних послуг має дуже великі вади. Найбільші з них полягають у тому, що він індиферентний до питань суспільного здоров'я, тому нездатний розв'язувати проблему вимірювання і компенсації зовнішніх ефектів (екстерналій). Це створює проблеми для найбільш уразливих верств населення, до яких, за даними Державної служби статистики України, належить 24 %

населення [2]. Порушується ст. 49 Конституції України. На відміну від приватних суспільні блага є неподільними і не підлягають принципу виключення з числа споживачів тих, хто не сплатив за них. В умовах глобалізації, стрімкого поширення і появи нових інфекційних захворювань, ринок, який реагує лише на індивідуальні платоспроможні потреби громадян, створює перешкоди для ефективного лікування, без рецидивів. Так, величезний тіньовий медичний ринок є сприятливим середовищем для поширення СНІДу. За інформацією Державної служби України станом на 1 листопада 2012 р. в Україні зареєстровано: зі вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції — 219 919 людей, випадків СНІДу — 54 711, померлих від СНІДу — 27 830 [2].

Ось чому суспільна вигода від профілактики та діагностики таких хвороб визначається на макрорівні. Ще дуже сильний ризик приватної медицини — мультиплікація асиметрії інформації про якість медичних послуг не на користь хворої людини, що призводить до їх дорожчання та порушення громадянських прав. Як і інші індивідуальні ринки, медичний ринок залежить від циклічного розвитку національного ринку і тому розвивається нестабільно. Однак люди хворіють і у періоди економічних криз. І, нарешті, ринок відтворює монополізм, який небезпечний монополно високими цінами на медичні послуги і відсутністю вибору для їх споживачів. Тобто ринок не є тим інструментом, за допомогою якого без участі держави треба розв'язувати проблеми суспільного здоров'я. Разом з тим призначення ліберальних ідей головними винуватцями жалюгідного стану охорони здоров'я в Україні теж є неправомірними. Це означає або ігнорування тіньової медицини в державному секторі, або її некоректне ототожнення з вільним ринком. Тіньовий ринок припускає недобросовісну й недосконалу конкуренцію лікарів чи посадових осіб, непрозорість економічних відносин між виконавцями медичних послуг та пацієнтами, розквіт асиметрії інформації про їх якість. Це в жодному разі не класичний, досконалий ринок, вільний від монополізму. Питання охорони здоров'я «не можна вирішити в рамках знеособленого обміну грошей на послугу між самостійними учасниками ринку» (4, с. 698). Але їх тим більш не можна вирішити в рамках державної медицини, яка перетворюється на квазіринок приватних медичних послуг.

Лібералізм передбачає високий рівень економічної свободи суб'єктів ринку, переважання права над неформальними нормами економічної поведінки і мінімізацію тіньової економіки. У країнах, де існує найвищий рівень економічної свободи (Гонконг, Сінгапур, Швейцарія, США), тіньова економіка становить 3–5 % від ВВП. Протилежна ситуація в Україні. За різними оцінками, вона доходить до 50 % від ВВП, в охороні здоров'я спостерігається аналогічна тенденція. З одного боку, лікарі об'єктивно втягуються в неформальні або корупційні мережі, зокрема, корпоративні, сімейні, дружні та

кланові, які стають інституційною особливістю сучасних українського і російського суспільств. Вони дотримуються правил, які стають пріоритетними відносно норм права у державі і норм моралі окремих громадян.

З другого боку, альтернативні витрати одержувачів неформальних платежів від пацієнтів (невідворотність покарання, рівень упущеного легального заробітку в разі звільнення або тюремного ув'язнення, можливий штраф або втрата свого соціального статусу) нижче за вигоду у вигляді високих миттєвих доходів. Чим більша кількість лікарів-учасників неформальної мережі, тим менше ризик зіпсувати репутацію в разі викриття злочину. Сьогодні, коли неформальні правила отримання тіньових платежів поширюються на більшість лікарів, а витрати учасників наближаються до нуля, перебування поза тіньовою економікою стає безглуздом і неефективним. Тобто, переважання неформальних норм економічної поведінки людей над формальними, втягування в непрозорі стосунки лікарів, і не тільки зі споживачами медичних послуг, а й з вищим начальством, ухвалення усіма учасниками рішень, зважаючи на норми мережної структури, насправді і є другою, після формування олігархії, причиною недосконалості охорони здоров'я в Україні та низької тривалості життя її громадян. Недивно, що за результатами щорічного рейтингу «Де найкраще народитися», складеного аналітичним підрозділом Economist Intelligence Unit, Україна посідає 78 місце з 80 досліджених країн (два останніх місця — Нігерія і Кенія). А очолюють рейтинг цілком ліберальні Швейцарія, Сінгапур, Нова Зеландія, Гонконг [7].

Виникає запитання: а чи є альтернативою державі розвиток обов'язкового медичного страхування? Наприклад, Т. Чубарова знову вбачає у ньому підступність лібералізму. Вона пише: «Як видається, серед причин уведення обов'язкового медичного страхування (ОМС) не можна не бачити впливу неоліберальної доктрини створення ринку в усіх можливих сферах життя і відходу держави звідусіль, де її може замінити приватник» [4, с. 706]. Однак важко погодитися з тим, що ОМС — це атрибут виключно ринку. Зазвичай воно функціонує у вигляді державного соціального страхування і, будучи таким, несе із собою не тільки очевидні переваги, але й недосконалості. Так, у міру збільшення єдиного національного фонду соціального страхування посилюються бюрократизм, асиметрія інформації між верхньою і нижньою ланками управління, витрати несумлінної поведінки менеджерів і найманих працівників середньої та нижньої ланок. Крім того, система соціального ОМС подібна до монополії, в якій існує один роботодавець, з усіма її мінусами. Ринковий прес ОМС дійсно може відчувати від комерційних страхових фірм, яких допустили до нього з метою поєднання переваг держави і конкурентного ринку. Цей симбіоз характерний для деяких країн. Проте мета не досягається, коли ризики від поширення ОМС

від соціального до договірної перевищують витрати, тобто з'являється витратний варіант страхової медицини (приклад Росії).

Висновки. Міра використання альтернативних державі варіантів надання медичних послуг визначається поєднанням ефективності та справедливості. Повне відторгнення ринкової поведінки приватних медичних суб'єктів загрожує пригальмуванням нововведень і мобільності, економічної ефективності. Акцент виключно на державі як гаранті суспільного здоров'я був би правильним, якби вона сама не мала «провалів», не брала участі у тіньовій економіці, а влада відторгала егоїстичні інтереси олігархії. Оскільки спостерігається саме така позиція української держави, зростають альтернативні витрати розподілу ресурсів охорони здоров'я, неповною мірою використовується потенціал недержавної медицини, ускладнюється вибір і скорочується тривалість життя людей.

За таких умов важливо виключити принцип «або-або» і знайти рівновагу між державним та ринковим регулюванням охорони здоров'я. Їх співвідношення має визначатися не ідеологічними доктринами, а соціально-економічною доцільністю, на основі жорстких прорахунків переваг та результатів, зіставлення вад. За цим підходом мають здійснюватися реформи в охороні здоров'я. З одного боку, їх мотивом не повинен бути спрощений пошук альтернативних грошових джерел в умовах дефіциту державних коштів, а з другого — фетишизація держави, особливо з урахуванням низької ефективності управління охороною здоров'я.

Мінімізувати провали і держави, і ринкових агентів у наданні медичних послуг покликані інститути, засновані на спільній участі і спільному регулюванні охорони здоров'я, а також балансі інтересів. Відкритим залишається питання про роль великих корпорацій, особливо фармацевтичних, і підвищення соціальної відповідальності бізнесу. Нарешті, слід дбайливо вирошувати некомерційні недержавні інститути охорони здоров'я, які спроможні певною мірою компенсувати вади як держави, так і ринку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гулемпинченко, О. В. Реформа здравоохранения в США: дискуссии продолжаются / О. В. Гулемпинченко // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. — 2011. — № 5. — С. 85–96.
2. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. Немова, Л. А. Государственно-частное партнерство в Канаде / Л. А. Немова // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. — 2011. — № 5. — С. 17–30.
4. Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние : Научные и публицистические заметки обществоведов / ред. О. Т. Богомолов, Б. Н. Кузык. — М. : Ин-т экон. стратегий, 2010. — 800 с.

5. Shafrin, J. What I learned in my Macroeconomics Classes [Електронний ресурс] // The Economist. — 2009. — Jul 24. — Режим доступу: <http://healthcare-economist.com/2009/07/24/what-i-learned-in-my-macroeconomics-classes/>
6. Historical Tables. U.S. Government Printing Office Access: [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BUDGET-2011-TAB/content-detail.html>
7. The lottery of life. Where to be born in 2013 [Електронний ресурс] // The Economist. — 2012. — November 21. — Режим доступу: <http://www.economist.com/news/21566430-where-be-born-2013-lottery-life>
8. Mladovsky, P. Health policy in the financial crisis / P. Mladovsky, D. Srivastava, J. Cylus // Eurohealth. — 2012. — Vol. 18, №1. — С. 3–6.
9. OECD Health Data [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

СООТНОШЕНИЕ ГОСУДАРСТВА И АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ СУБЪЕКТОВ: СЛУЧАЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каминская Т. М.

Статья является продолжением дискуссий ученых о роли и месте либерализма в современном экономическом развитии. Раскрыты преимущества и недостатки государства и рынка в регулировании медицинского обслуживания. Обоснована необходимость их разумного, без перекосов, балансирования с целью оптимального распределения ограниченных ресурсов здравоохранения. Предложено развитие институтов, основанных на совместном участии и совместном регулировании здравоохранения, а также единстве интересов.

Ключевые слова: *здравоохранение, государство, рынок, баланс интересов.*

RELATION OF STATE AND ALTERNATIVE ECONOMIC ENTITIES: THE CASE OF HEALTH CARE

Kaminska T. M.

This article is a continuation of discussions scholars on the role and place of liberalism in modern economic development. Advantages and shortcomings of the public and market regulation of medical care, the necessity of reasonable, no warps, balancing for optimal allocation of scarce health resources are disclosed. A development of the institutions based on joint participation and joint regulation of health care and unity of interests are proposed.

Key words: *health care, the state, the market, the balance of interests.*