

УДК 616.714

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Швец И.Ю.

В статье рассмотрены экономическая сущность, характер и структура системы здравоохранения в Украине. Предложены основные подходы к реформированию системы здравоохранения

Ключевые слова: система здравоохранения, медицинские услуги, страховая медицина.

Критики украинской системы здравоохранения часто предлагают реформировать ее, воспользовавшись иностранными образцами [1, 2]. Они указывают: во многих государствах расходы на здравоохранение гораздо меньше, чем в Украине, а эффективность медицинских услуг — выше. И Украине следует взять на вооружение зарубежный опыт. Однако тщательное изучение ситуации показывают, что системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех, конечно, не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Тем не менее, общие тенденции развития общенационального здравоохранения в мире позволяют сделать следующие выводы:

— наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках «дозированы», или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение;

— рост затрат на систему здравоохранения характерен не только для Украины. В других странах эти расходы составляют меньший процент совокупного ВВП и ВВП на душу населения, но они увеличиваются практически везде, порождая дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот;

— в странах, где акцент делается на государственном контроле над здравоохранением, граждане с наибольшей вероятностью сталкиваются с нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи;

— страны, где системы здравоохранения отказываются от централизованного государственного контроля и опираются на рыночные механизмы, конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя.

Ни в одной стране не идет речь об отмене всеобщего медицинского страхования, но отход от централизованного государственного контроля и перевод здравоохранения на рыночную основу следует признать преобладающей общемировой тенденцией.

В Украине вопрос реформирования системы здравоохранения в большей степени политизирован, а сама система управления здравоохранения имеет коррумпированный характер. И, как следствие, мы наблюдаем популистские, часто не последовательные действия в управлении системы здравоохранения [3, 4].

Подходы к решению проблем украинской системы здравоохранения заключается не в его разгосударствлении, а в учете опыта других стран, который говорит о преимуществах предоставления потребителю более эффективных стимулов и свободы выбора.

Целью данной статьи является анализ подходов к реформированию системы здравоохранения в Украине.

Для проведения реформирования системы здравоохранения Украины необходимо проанализировать:

- демографическую ситуацию в обществе с прогнозом на ближайшее десятилетие; будут необходимы анализ численности (будет уменьшаться) населения, возраста (в целом будет стареть, процент детского населения будет уменьшаться), социального положения (уменьшение сельского населения, снижения качества образования, увеличение процента офисных работников), пола (медленное увеличение процента женского населения) и др.;

- заболеваемость и смертность населения (по возрастным группам и территориям) с прогнозом. Прогноз экологической обстановки по областям;

- состояние кадров медработников по специальностям и возрастным группам с прогнозом на тот же срок;

- анализ реальной потребности в фармпрепаратах и медтехнике с прогнозом;

- состояние материальных фондов системы (степень амортизации); коечный фонд, поликлиники, транспорт, расходные материалы;

- какими средствами располагает отрасль (в т.ч. нематериальные активы).

По данным Госкомстата Украины на 1 января 2010 года в Украине проживало 45,962 млн. человек. На протяжении 2009 года численность населения уменьшилась на 181 тыс. Эта цифра складывается из прироста населения за счет мигрантов (14,9 тыс.), 510,6 тыс. живорожденных и 754,7 тыс. умерших.

Количество сельского населения в Украине за период 1999-2009 гг. уменьшилось на 1023,7 тыс. В 2009 году часть населения в возрасте 60 лет и старше составляла в Украине 20,1%, а в сельской местности 24,3%. Среди женского населения сельской местности 30,9% достигают 60 лет и больше. В селах отношение нетрудоспособных к трудоспособным в 1,5 раза больше, чем в городской местности.

Наиболее общей интегральной характеристикой здоровья, которая, в свою очередь, определяет демографическую ситуацию, является ожидаемая продолжительность жизни. Ожидаемая продолжительность жизни в Украине составляет 67 лет, что на 11 лет меньше, чем в странах ЕС. По данным МЗ Украины в 2009 году ожидаемая продолжительность жизни женщин составляла 72,9 лет, мужчин – 62,1 лет. По данным ВОЗ снижение ожидаемой продолжительности жизни в Украине из-за преждевременной смерти составляет 11 лет, что более чем вдвое превышает показатель стран ЕС.

Последние 20 лет характеризуются увеличением коэффициента смертности в Украине. Вследствие чего, фактически, в Украине люди умирают в два раза чаще. Прирост коэффициента смертности в Украине на 50% на фоне снижения этого показателя в ЕС свидетельствует об очевидных внешних причинах, которые

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

привели к ускорению вымирания украинцев. Расчеты показывают, что за счет этих внешних причин Украина ежегодно дополнительно теряет 200 тыс. граждан.

Рождаемость определяет основной прирост населения. В 2009 году на 100 умерших в Украине приходилось 67 родившихся живыми. Коэффициент рождаемости в Украине низкий. В Украине существует региональная неравномерность смертности и рождаемости. При среднем уровне смертности 16,3 на 100 тыс. максимальная смертность определена в северо-восточном промышленном регионе (19,3). Важно отметить, что при устойчивой тенденции более высокой смертности мужчин, прирост мужской смертности наиболее высокий (14,8%) в том же промышленном северо-восточном регионе. Также наблюдается повышение на 36,1% смертность сельского населения. Эта тенденция вымирания Украины сохраняется уже 17 лет.

Ряд инфекционных заболеваний превысили эпидемический порог. В Украине наблюдается высокая смертность в связи с болезнями сердечно-сосудистой системы.

Анализ нарушений психики и поведения за период 2000-2009гг (в том числе связанных с алкоголизмом наркоманией, токсикоманией) показал, что нарушения психики и поведения наиболее высокая у подростков.

Мониторинг показателей состояния здоровья детей показывает увеличение заболеваемости (на 11,4%) и распространенности болезней (на 13,2%) на протяжении последних лет. Причем, исследователи видят основную причину инвалидности подростков в заболеваниях нервной системы и расстройствах психики и поведения из-за информационных перегрузок, участия в семейных конфликтах, вследствие постоянного эмоционального напряжения и нарушения регуляции основных физиологических функций.

Употребление алкоголя, никотина и наркотиков является установленными факторами серьезных нарушений здоровья. Особенно беспокоит распространение курения среди детей и подростков. Среди детей растет употребление алкоголя. Также дети все чаще употребляют наркотики.

Существует взаимосвязь между ожидаемой длительностью жизни и уровнем валового национального дохода на душу населения. Наиболее точной характеристикой уровня жизни граждан является валовой внутренний продукт в денежном выражении в расчете на душу населения.

Сегодня Украина относится по показателю ВВП на душу населения к развивающимся странам. Относительные затраты на здравоохранения в Украине составляет 3,6%, а в странах ЕС – более 10%.

По официальным данным МЗ Украины (отчет за 2009 г.) на здравоохранение из общего фонда бюджета МЗ Украины на душу населения в 2009 году выделено 371 грн., то есть около 46\$ (1900\$ в странах ЕС).

В такой ситуации большая часть расходов при оказании медицинской помощи, неизбежно, ложится на гражданина Украины. Это подтверждают данные Европейской базы данных, в соответствии с которой Украинское государство обеспечивает только 53% от общих затрат на здравоохранение (в ЕС - 75%). Частные затраты на здравоохранение, в % от общих затрат на здравоохранение в

Украине вдвое больше, чем в странах ЕС, а наличные выплаты семей на здравоохранение, в % от общих затрат на здравоохранение – больше в 2,4 раза.

В структуре расходов на здравоохранение большая часть средств расходуется на заработную плату медработникам (в 2009 г. - 38%). Причем отмечается выраженная неравномерность этого показателя по Украине.

В результате неадекватных зарплат, в современной украинской медицине полулегально существует система теневых доходов.

В сложившейся ситуации настоящая система здравоохранения Украины должна обладать следующими качествами:

1. Свести к минимуму детскую (младенческая + неонатальная) смертность, для чего понадобятся: эффективная и доступная система контроля здоровья женщин детородного возраста (начиная с детства); качественный учет и сопровождение всех беременных на всем протяжении беременности; качественное родовспоможение; новые технологии выхаживания новорожденных; эффективная система педиатрической помощи; эффективная борьба с женским бесплодием.

2. Принять эффективные меры для снижения общей смертности (основные причины: сердечно-сосудистые заболевания – 60%, онкология – 12% по данным ВОЗ), для чего:

- иметь эффективную сеть небольших, но оборудованных кардиологических стационаров. Одновременно с ними иметь несколько крупных кардиохирургических центров; иметь возможность грамотно выхаживать и реабилитировать кардиологических пациентов;

- иметь систему ранней диагностики онкологических заболеваний; иметь сеть крупных (в том числе специализированных) онкологических клиник; иметь возможность грамотно выхаживать и реабилитировать онкологических пациентов;

- иметь эффективную сеть травмпунктов (в том числе специализированных); иметь сеть травматологических (в том числе специализированных) центров; иметь возможность грамотно выхаживать и реабилитировать пациентов после травм (в том числе ампутантов);

- иметь эффективную систему неотложной помощи.

3. Система должна быть доступной большинству населения независимо от места проживания.

4. Система должна иметь профилактическую направленность.

5. Система должна обладать определенной мобильностью, то есть быть способной маневрировать набором и объемом предоставляемых медицинских услуг.

6. Система должна обладать едиными стандартами оказания услуг и цен.

7. Должна быть единая и эффективная система сбора, обмена и хранения медицинской информации с возможностью быстрого выполнения статистического анализа без привлечения медицинских работников.

8. Система должна позволять кадровый рост врачей и медсестер на протяжении всей трудовой деятельности, а также изменение их специализации при необходимости.

9. Система должна позволять ведение научной и преподавательской деятельности, а также иметь средства распространения новейшей научной

информации, внедрение новейших лечебных методик, доказавших свою эффективность.

10. Система должна иметь инструменты для эффективного контроля качества лечения.

11. Система должна обеспечивать защиту интересов, законных прав пациента, медицинских работников.

12. Система должна быть экономически эффективной в любом своем секторе.

Общенациональное или всеобщее здравоохранение — понятие весьма расплывчатое, и на практике оно реализуется различными способами. Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса, и национального характера народа; многие из этих систем в настоящее время переживают масштабные реформы.

В рамках системы здравоохранения, построенной по принципу «единого плательщика», медицинские услуги, оказываемые всем гражданам, финансирует государство. Оно собирает налоги, руководит оказанием медицинской помощи, и напрямую ее оплачивает. По сути, речь идет о замене частного страхования полностью огосударственной системой. Как правило, правительство разрабатывает общий бюджет на нужды здравоохранения, решая, какую часть ресурсов страны следует выделять на эти цели, а также устанавливает цены или объемы компенсации тем, кто оказывает медицинские услуги.

В странах, где существует Медицинское страхование по месту работы, государство требует от работодателей обеспечивать своих работников медицинской страховкой, зачастую через получастные «больничные кассы». Эти страховые фонды могут действовать в рамках одного или нескольких секторов экономики, при этом размер взносов и выплат устанавливается государством. Зачастую такие взносы представляют собой просто разновидность налога на зарплату и выплачиваются напрямую в соответствующий фонд. Медицинские учреждения остаются независимыми, а объемы получаемого ими вознаграждения за услуги устанавливаются в результате переговоров с фондами, порой в индивидуальном порядке, а порой в общенациональном масштабе. Образцом такой системы долгое время являлось германское здравоохранение.

В рамках системы управляемой конкуренции оказание медицинских услуг остается в частных руках, но этот рынок носит «искусственный» характер, находясь под жестким контролем и регулированием государства. В большинстве случаев государство предписывает гражданам в обязательном порядке приобретать медицинскую страховку, что, впрочем, часто сочетается с обязанностью работодателей страховать своих служащих.

Все годы независимости ведутся дискуссии о путях реформирования отрасли на основе ранее перечисленных систем здравоохранения. Развитие рыночных реформ в Украине ставит перед системой здравоохранения главное требование — ее эффективность. В понятие эффективности входит масса разных характеристик, но главная и из них — экономическая.

Проведя анализ систем здравоохранения в разных странах мира, мы можем прийти к выводу о преобладании частного сектора над государственным. Но данное

положение не всегда говорит в пользу первого. По данным ВОЗ самой лучшей системой здравоохранения является французская. Некоторые из наиболее знающих сторонников государственной системы здравоохранения именно Францию считают страной, где она доказала свою эффективность.

Хотя французская система здравоохранения уже в недалеком будущем ляжет тяжелым бременем на государственный бюджет, она действительно обеспечивает всеобщее медицинское страхование - по крайней мере в определенном объеме, и позволяет избегать многих проблем из тех, с которыми сталкивается государственная медицина в других странах. Однако это достигается во многом за счет «рыночного» подхода, в том числе разделения издержек с потребителем.

Во Франции базовый уровень всеобщего обязательного медицинского страхования обеспечивается через систему страховых фондов, в основном привязанных к месту работы. Формально эти фонды являются частными компаниями, но на деле они жестко регулируются и контролируются государством. Уровни страховых взносов (финансируемых, прежде всего, за счет налога на зарплату), выплат и компенсаций провайдерам медицинских услуг определяются правительством.

Крупнейший из таких фондов - он называется «Всеобщая национальная система медицинского страхования» - обеспечивает страховками до 83% населения страны, т.е. большинство работников за пределами аграрного сектора и членов их семей. Отдельные страховые схемы охватывают сельскохозяйственных работников, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, и представителей некоторых «особых» профессий - шахтеров, транспортных рабочих, деятелей искусства, священников и государственных нотариусов. Еще один фонд специализируется на страховании безработных. Эти крупные страховые структуры по региональному принципу подразделяются на фонды меньшего масштаба. В целом, общенациональная система медицинского страхования охватывает около 99% граждан Франции.

Французская система здравоохранения занимает 3-е место в мире по объему затрат: расходы на нее составляют примерно 11 % ВВП, и по этому показателю Франция уступает только США (17% ВВП) и Швейцарии (11,5%). Крупнейшим источником ее финансирования является налог на зарплату. Работодатели выплачивают за каждого работника налог в размере 12,8% от его жалования, а еще 0,75% добавляет сам работник — таким образом, общая ставка налога на зарплату составляет 13,55%. Кроме того, в стране действует всеобщий социальный налог в размере 5,25% от дохода; для пенсионеров и лиц, получающих пособие по безработице, он уменьшается до 3,95%.

Таким образом, большинство работающих французов фактически платит за медицинское страхование 18,8% дохода. Специальными налогами облагаются доходы табачных, винно-водочных и фармацевтических компаний [5]. Отметим, что общее налоговое бремя превышает долю ВВП, идущую на систему здравоохранения, поскольку за счет налогов финансируются расходы на медицинское страхование неработающего населения - детей, стариков и безработных.

В теории все эти целевые поступления должны обеспечивать финансирование системы в полном объеме. На деле же их не хватает, чтобы компенсировать все затраты в рамках этой программы. Национальное управление здравоохранения ежегодно составляет общий бюджет системы здравоохранения в масштабе страны, но фактические расходы неизменно превышают эти ориентировки [6].

В 2006 году дефицит бюджета французской системы здравоохранения составил 10,3 миллиарда евро. На самом деле этот показатель не так уж плох, ведь в предыдущем году дефицит был еще больше — 11,6 миллиардов евро [7]. Здравоохранение — крупнейшая по объему из статей расходов, не позволяющих сбалансировать государственный бюджет в целом — его дефицит вырос до 49,6 миллиардов евро, или 2,5% ВВП, что ставит под угрозу соответствие Франции финансовым критериям Маастрихтского соглашения для стран, входящих в зону евро. Не исключено, впрочем, что это — лишь вершина айсберга. По прогнозам некоторых государственных ведомств, дефицит только одного бюджета системы здравоохранения может превысить 29 миллиардов евро к 2010 году, и достичь 66 миллиардов к 2020 г.

В целом, страховые фонды обеспечивают покрытие стационарного и амбулаторного лечения, услуг врачей общей практики и специалистов, диагностические обследования, лекарства, отпускаемые по рецептам, и помощь на дому. В большинстве случаев услуги, на которые распространяется страховое покрытие, конкретно перечисляются в нормативных актах. Тем не менее, наличие некоторых «косвенных» льгот порой приводит к конфликтам по вопросу о том, какие услуги полностью страхуются, а какие — частично [8].

По большинству предоставляемых услуг предусматривается значительное доленое участие застрахованного потребителя — от 10 до 40% от их стоимости. В результате примерно 13% от объема медицинских услуг французы оплачивают сами. Более того, поскольку многие виды медицинской помощи не покрываются страхованием, а ряд наиболее качественных провайдеров медицинских услуг отказывается работать по ставкам, навязываемым страховыми фондами, более 92% жителей Франции приобретают дополнительные страховые полисы у частных структур. На деле частное страхование сегодня составляет во Франции примерно 12,7 % всех расходов на медицинскую помощь; по этому показателю среди промышленно развитых стран она уступает лишь Бельгии (15,2%) и Соединенным Штатам (35%).

В связи с сочетанием платежей из кармана потребителя и страхования на долю негосударственных источников приходится примерно 20% совокупных расходов на медицинскую помощь.

Как правило, во Франции пациент сам вносит плату за лечение, а затем получает компенсацию от государственного фонда и/или частного страховщика. Размер компенсации, за вычетом доленого участия застрахованного, основан на тарифах, согласованных провайдерами медицинских услуг и национальными фондами страхования. Эти тарифы формируются аналогично нашим «клинико-статистическим группам».

Но если тарифы компенсаций устанавливаются государством, то суммы, начисляемые врачами за услуги, не регулируются. Французская система позволяет провайдерам предъявлять счета в объеме, превышающем базовые тарифы, и до 30% врачей так и делают. В некоторых районах страны, в том числе в Париже, доля врачей, чьи гонорары превышают базовые тарифы, достигает 80%. В целом, однако, конкуренция не позволяет большинству медиков чрезмерно завышать свои расценки по сравнению с установленным уровнем; кроме того, врачи, работающие в больницах, в отличие от частнопрактикующих, имеют меньше возможностей для выхода за пределы согласованных тарифов.

Власти также устанавливают размеры компенсаций как для государственных, так и для частных больниц, которым чаще всего не разрешается увеличивать расценки по сравнению с согласованными тарифами. Но, хотя гонорары за услуги и ограничиваются, частные больницы (они называются «клиниками») — на их долю приходится 37% всех койкомест для краткосрочного пребывания пациентов и 50% койкомест в хирургических отделениях — сами контролируют свои бюджеты, в то время как государственные больницы действуют в рамках общих годовых бюджетов, разрабатываемых Министерством здравоохранения.

Технологии, которые Национальный совет по здравоохранению относит к категории «обеспечивающих недостаточный уровень медицинских услуг», запрещены к приобретению государственными больницами, а их использование в клиниках не подлежит компенсации из средств национальных страховых фондов [9]. Тем не менее, отказываясь компенсировать применение этих технологий, французское государство признает: исключение продукта, обеспечивающего недостаточный уровень услуг, из покрываемого страховкой списка не означает, что он неэффективен для лечения определенных заболеваний. Речь идет о том, что правительство предпочитает расходовать деньги на компенсацию за применение других средств, более полезных с учетом коллективных интересов.

Общий бюджет и ограничение тарифов за медицинские услуги, в рамках которых действуют больницы, приводят к хроническому недофинансированию основных фондов, чьим результатом становится дефицит передовых медицинских технологий и недоступность наиболее «продвинутых» видов услуг. Кроме того, в стране наблюдается сильный диспаритет в географическом распределении ресурсов здравоохранения: в одних регионах медицинские услуги доступнее, чем в других.

Анализ украинской системы здравоохранения показал, что частному сектору медицинских услуг характерны следующие тенденции: конкурентоспособность на фоне государственной медицины; готовность самостоятельно внедрять новейшие методики диагностики и лечения; кадровая состоятельность; стремление к экспансии (создание сети клиник, освоение новых секторов рынка); стремление к малоинвазивности и консервативности в лечении при той же цене; отсутствие стремления к полноценному контролю качества лечения; невозможность получения от них статистики (как клинической, так и финансовой); стремление любой ценой «закрепить» за собой пациента; отказ от «рискованных» случаев; стремление уйти от реабилитации; применение лечебно-диагностических методик, не доказавших свою эффективность; применение фармпрепаратов и аппаратуры, не прошедших

(или прошедших не полностью) процедуру сертификации в Украине; наличие посторонних бизнесов у владельцев, причем оказание медуслуг становится довеском, а иногда – и способом отмывания средств, получаемых незаконно в других секторах рынка.

Структура сектора частной медицины обуславливает неравномерность конкуренции в ней:

- очень высокий уровень в стоматологии,
- высокий уровень – в диагностике,
- крайне низкий - среди лечебно-профилактических учреждений, особенно в крупных частных клиниках. Учреждениям данного профиля вынуждены конкурировать не друг с другом, а с государственными учреждениями, где различные виды обследования и лечения обходятся пациенту на 15-20% дешевле.

Если внимательно посмотреть на наиболее коммерциализированный и развитой сектор медицины – частные стоматологические услуги, – то мы увидим, что сеть клиник развернулась по всей стране, а не только в столице и областных центрах; внедрены все новейшие достижения в этой области (несмотря на их дороговизну для пациента); имеется тенденция к «гарантийному» обслуживанию, т.е. частная клиника готова нести ответственность за результат (даже без давления со стороны государства); интенсивно проводятся выставки новой стоматологической техники; частнопрактикующие стоматологи активно участвуют в съездах и конференциях, публикуются, выезжают на зарубежные научные форумы, где выглядят вполне достойно. Многие частнопрактикующие стоматологи проходят стажировку и курсы в странах Западной Европы и имеют соответствующие сертификаты.

ВЫВОДЫ

Частный сектор медицинских услуг несомненно имеет перспективу и будет расти, но для того, чтобы он мог быть встроен в новую систему здравоохранения, государственным органам управления необходимо: наладить полноценный контроль качества лечения в частном секторе; обязательное и регулярное получение статистики (как клинической, так и финансовой); комплекс мер, обязывающих доводить каждого пациента до полной (максимально возможной) реабилитации; категорический запрет на применение препаратов и аппаратуры, а также лечебно-диагностических методик, не прошедших сертификацию в Украине; комплексные меры по предотвращению недобросовестной конкуренции между участниками рынка.

В ведении государства должны остаться все медицинские службы, тем или иным образом отвечающие за безопасность государства и населения в целом.

Говоря о концепции новой системы здравоохранения, можно описать ее следующим образом. Предлагается смешанная система здравоохранения, а именно: сохранение 100% бесплатных услуг (лечение за государственный счет) только для особых категорий населения (военнослужащие, служащие спецслужб, военные пенсионеры, одинокие пенсионеры, другие категории, находящиеся на полном гособеспечении). Такого населения в стране около 4-5 млн. чел., что приблизительно соответствует наличным ресурсам и уровню финансирования

остатков советской системы (назовем ее для краткости так) для оказания им полноценных услуг. Население, не входящее в эти категории, может обслуживаться в госсекторе по государственным жестко закрепленным минимальным расценкам, которые нужно будет оперативно разработать.

Цель на первом этапе реформ (1,5-2 года):

- служить «буфером» (финансовым и психологическим) для населения по мере его привыкания к новым реалиям системы здравоохранения;
- быть инкубатором кадров для лечебных учреждений других форм собственности;
- осуществлять до 40-50% от количества всех оказываемых медуслуг (наиболее необеспеченные слои населения);
- служить клиническими базами для медвузов;
- базы и коечный фонд для оказания помощи при массовых авариях и стихийных бедствиях;
- существующая система неотложной помощи на первом этапе реформ остается здесь, так же как система судмедэкспертизы, психиатрической и наркологической помощи, а также санитарно-эпидемиологической службы.

На втором этапе (2 года):

- сформировать кадровый резерв;
- осуществлять до 25-30% от количества всех оказываемых медуслуг в стране (наиболее малообеспеченным слоям населения);
- создавать клинические базы для медвузов (частично);
- создавать базы и коечный фонд для оказания помощи при массовых авариях и стихийных бедствиях;
- проводить постепенное финансовое оздоровление госсектора, освобождение от несвойственных здравоохранению функций.

Минимальной функциональной единицей оказания медицинской услуги в частном секторе предлагается сделать такое понятие, как практика. В советской медицине, как мы помним, оперировали понятием «ставка». Потом привязывали понятие ставка к существующим участкам (койкам) и пытались рассчитать оптимальное количество ставок для участков и количества населения на нем. Даже при закреплении при помощи института прописки населения такая система постоянно давала сбои, в условиях же, когда население свободно перемещается по стране и за ее рубежи, имеется колоссальная трудовая миграция, причем структура населения постоянно меняется – такая система заведомо не способна регулировать оптимальное количество медперсонала и его нагрузку.

Список литературы

1. Кидонь В.П.. О возможностях негосударственных учреждений в развитии здравоохранения / В.П. Кидонь. <http://health-ua.com/articles/2021.html>. .
2. Устеленцев А.Н. Основы реформирования первичной медико-санитарной помощи / А.Н.Устеленцев. http://boyrski.mail15.com/_press/organ.html.
3. Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України.ЗУ №2801-ХІІ,19 листопада 1992 р., 7 грудня 2000 р. N 1313/2000. www.patright.org.ua/kroz.html.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

4. Государственную программу обеспечения населения лекарственными средствами на 2004-2010 гг. (Постановление №1162 от 25 июля 2003 г.). www.medpharmconnect.com/Ukrainian_marke.
5. Rodwin Victor. The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform / Victor Rodwin. American Journal of Public Health 93. 2003. - № 1. - P. 34.
6. Maniere Philippe. Perspectives on the European Health Care Systems/ Philippe Maniere. - Heritage Foundation Lecture. - 2001. - P. 711.
7. French Health Insurance System to Post 10.3-Billion-Euro Deficit. - EU Business, August 6, 2006. - 248 p.
8. Bellanger Martine, Cherilova Veneta. The Health Benefit Package in France/ Martine Bellanger, Veneta Cherilova European Journal of Health Economics. 2005. - N 6. - P. 24-29.
9. Petkantchin Valentin. Pernicious Myths about Public Health Insurance in France/ Valentin Petkantchin. Economic Note (Brussels: Institut Economique Molinari, 2007), <http://www.institutmolinari.org/pubs/note20071.pdf>.

Швец І. Ю. Реформування системи охорони здоров'я в Україні/ І. Ю. Швец // Учені записки Таврійського національного університету ім. В.І Вернадського. Серія «Економіка і управління». – Т. 23 (62). – 2010. № 2. - С. 121-131

В статті розглянуті економічна сутність, характер, та структура системи охорони здоров'я в Україні. Запропоновані основні підходи до реформування системи охорони здоров'я

Ключеві слова: система охорони здоров'я, медичні послуги, страхова медицина.

Shvets I. Healthcare reform in Ukraine/ I. Shvets // Scientific Notes of Taurida National V. Vernadsky University. Series: Economy and Management. Vol. 23 (62). – 2010. № 2. – P. 121-131

The article The economic essence, nature and structure of the health system in Ukraine. The basic approaches to healthcare reform

Key words: health care, medical services, medical insurance.

Стаття поступила в редакцію 5 июля 2010 г.