

УДК 613/614:330.161

ЕКОНОМІЧНІ ІНТЕРЕСИ СУБ'ЄКТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Т. М. Камінська, доктор економічних наук, професор
Національна юридична академія України імені Ярослава Мудрого*

Статтю присвячено ірраціональним економічним інтересам, які виникають на тіньовому ринку медичних послуг і суперечать національним інтересам і соціальній ефективності охорони здоров'я. Запропоновано умови, які сприятимуть змінам у середовищі й спонукальним мотивам поведінки суб'єктів охорони здоров'я.

Ключові слова: *тіньовий ринок, економічні інтереси, охорона здоров'я.*

Постановка проблеми. Реформування економічної системи перехідної економіки, розподіл і перерозподіл прав власності, зміна орієнтирів економічної поведінки основних учасників ринку спонукає до відродження актуальності проблеми економічних інтересів. Обмеженість ресурсів обумовлює потяг до власності, конкуренції між претендентами на неї, а можливість отримання доходу — економічний інтерес, ядром якого є користь, вигода. Не реалізуючі свого економічного інтересу, будь-який власник рано чи пізно зникає з господарської арени. Сфера охорони здоров'я не є винятковою, бо вона долучається до національного ринку і за допомогою інфраструктури, і через приватизаційні процеси, і систему розподілу доходів. Так чи інакше, але суб'єкти охорони здоров'я дотичні до приватизації та інших форм розподілу власності й доходів. Вони починають активно брати участь у цьому процесі, породжуючи економічні інтереси, які далеко не завжди стикаються з національними інтересами в покращенні здоров'я і збільшенні тривалості життя людей.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У вітчизняній літературі до аналізу економічних інтересів найбільшу увагу було прикуто в роки радянської перебудови. Такі автори, як Б. Акбашев, І. Комарницький, М. Кривохатський, В. Липицький, І. Пастухов, Д. Тарасенко й інші вивчали роль економічних інтересів з точки зору переходу від командно-адміністративних до економічних методів управління, тобто від жорсткої централізації до гнучкого узгодження інтересів особистості, колективів, класів, соціальних і професійних груп. Коли ж командна система зруйнувалася разом із союзною державою, приватизаційні процеси заповнили і Україну, і Росію, породжуючи принципово нову систему економічних інтересів і мотивів поведінки. Однак увагу

економістів у 1990-ті роки було зосереджено на нових питаннях — формуванні інститутів ринку та його інфраструктури. Що стосується економічних інтересів, їх теоретичне узагальнення було закріплено в економічних енциклопедіях Л. І. Абалкіна та С. В. Мочерного. Воно широко використовується в багатьох підручниках з економічної теорії. Зокрема відтворюється положення про те, що економічні інтереси виступають «головною рушійною силою прогресу» або «рушійною силою розвитку суспільного способу виробництва» [3, с. 475; 4, с. 242]. При цьому в нікуди йде цілий пласт проблем розвитку тих інтересів, реалізація яких призводить до негативних наслідків для суспільства. Мало розглядаються інтереси гравців медичного ринку, хоча практика надає нам масу прикладів їх неоднозначної соціально-економічної поведінки. Зазвичай тих економістів, хто вивчає розвиток охорони здоров'я, цікавлять загальні проблеми його фінансування та розвитку страхової медицини. Тією чи іншою мірою їх розглядають В. Бойков, І. Кізима, О. Ковжарова, В. Куценко, Е. Лібанова, З. Лободіна, З. Надюк, Б. Райзберг, І. Шейман, Ю. Шиленко, Я. Остафійчук, І. Солошенко, І. Шевчук, В. Шипуліна.

Формулювання цілей. Проте ціль нашої статті — виявити економічні інтереси всіх суб'єктів охорони здоров'я, зокрема породжуваних тіньовою економікою, які мають наслідком регрес у розвитку; зіставити їх з інтересами суспільства у зміцненні здоров'я людей (тобто національними інтересами) й запропонувати послідовність розв'язання суперечностей між ними.

Виклад основного матеріалу. У будь-якій економічній системі до суб'єктів охорони здоров'я належать органи управління охорони здоров'я, фармацевтичні компанії й аптеки, страхові організації, лікувально-профілактичні заклади (лікарні, амбулаторії, поліклініки, санаторії, хоспіси), «Швидка допомога», індивідуально практикуючі лікарі, товариства патронажних сестер, агентства, які надають медичні послуги на дому й ін. Функціонування всіх цих ланок системи охорони здоров'я в ідеалі підпорядковані *інтересам пацієнтів і суспільства загалом* у збереженні й покращенні здоров'я людей (або полегшенні страждань безнадійно хворих), збільшенні тривалості життя. Надання такого обсягу медичних послуг, який приводить до дійсної результативності лікування й найбільшою мірою відповідає структурі суспільних потреб, означає досягнення *соціальної ефективності* охорони здоров'я. З цим показником має бути узгоджено показник *економічної ефективності* — співвідношення кількості в країні пролікованих хворих і витрачених при цьому людських і речових факторів виробництва. Тоді *економічні інтереси держави* збігаються з національними інтересами і полягають в ефективності розподілу обмежених бюджетних ресурсів охорони здоров'я на макрорівні.

У той же час в мотивації поведінки надавачів медичних послуг присутні *автономні економічні інтереси*: у державних клінік це — ефективність

розподілу обмежених бюджетних ресурсів на мікрорівні; у недержавних лікарень — ефективність розподілу обмежених приватних ресурсів на мікрорівні й отримання прибутку; у лікарів — високий гонорар, високі доходи. Щодо фармацевтичних і страхових компаній, то ними рухає традиційний підприємницький мотив — гонитва за прибутком. Страхові компанії також намагаються «зняти вершки» шляхом відсікання ризикового контингенту й залучення людей з невисокою імовірністю захворювання, які змушені страхуватися за середньою ціною.

Метою соціально-економічної політики держави є узгодження економічних інтересів усіх суб'єктів охорони здоров'я на мікрорівні з національними інтересами, а також розв'язання протиріч, що виникають між ними. Це зовсім не проста справа. Наприклад, реформа охорони здоров'я, з якої американський президент Б. Обама розпочав усі економічні реформи, зіштовхується з цілою низкою проблем. Восени 2010 року було прийнято новий федеральний закон, відповідно до якого право на медичне страхування отримуватимуть усі громадяни, у тому числі — безробітні. Їхню страховку в цьому разі й сплачує держава. Однак це рішення погано стикується із загальною закономірністю випереджаючого зростання середніх витрат медичного обслуговування порівняно з їх зростанням в інших сферах економічної діяльності, яке породжується стійким взаємозв'язком особливих нецінових чинників попиту. До них належать асиметрія інформації, факт відшкодування цих витрат третьою стороною — державою або страховими інститутами, локальний монополізм регіональних надавачів медичних послуг. Ця закономірність характерна для всіх постіндустріальних країн. Тому адміністрація американського президента вимушена долати дефіцит бюджетних коштів. Один з перших кроків — використання європейського досвіду й реструктуризація медицини на користь менш затратної первинної допомоги, скорочення дорогого лікарняного сегмента, посилення координуючої ролі лікарів первинного сектора (лікарів загальної практики, сімейних лікарів, педіатрів). Разом з тим, це рішення нашокується на їх дефіцит — у найближчі 15 років він складатиме, за даними Асоціації американських медичних коледжів (*англ.* — ААМС), 150 000 осіб, оскільки не вистачає місць для проходження резидентури¹. Крім того, за 2002—2007 рр. кількість абітурієнтів з профілю «сімейний лікар» взагалі зменшилася більш ніж на чверть [9], тобто необхідні нові стимули для відродження інтересу до цієї спеціальності.

Отже, навіть цілеспрямована спроба держави узгодити національні інтереси з інтересами надавачів медичних послуг супроводжується великими труднощами. Але ж труднощі помножуються, якщо економічні інтереси дея-

¹ Резидентура передбачає не менш ніж 3-річну практику випускника медичного університету під керівництвом кваліфікованих лікарів.

ких суб'єктів охорони здоров'я, зокрема власне держави, починають працювати проти інтересів людей, скорочуючи їм тривалість життя й можливості людського розвитку. Так відбувається в Україні, де до традиційної системи економічних інтересів дуже активно підключаються інтереси гравців тіньового ринку. В охороні здоров'я до цього ринку певною мірою можуть належати надавачі медичних послуг, фармацевтичні й страхові компанії, державний апарат. Перші, крім банального порушення стандартів лікувально-діагностичних процедур, надають послуги в обмін на неформальні, тіньові платежі. Ці послуги не суперечать законодавству щодо мети виконання, але доходи від їх реалізації не оподатковуються і не можуть бути проконтрольовані у повному обсязі, або навіть кримінальні за своїм змістом. Фармацевтичні компанії здійснюють так зване «преміювання» за прямий продаж лікарями «потрібних» ліків, за рецепт, що надано на покупку певного препарату певній аптеці. З ними співпрацюють також працівники системи управління охороною здоров'я за допомогою тендерних угод.

Витоки виникнення економічних інтересів суб'єктів охорони здоров'я до тіньових доходів слід шукати зовні, ще в особливостях створення держави й початку ринкових реформ. На відміну від білоруського варіанта розвитку, де політична воля президента й авторитаризм запобігли появі крупних олігархічних груп, наша влада чимало цьому сприяла й прийняла різнобічну участь у приватизації на пільгових умовах. З іншого боку, на відміну від Польщі, Чехії, Словаччини й інших нових країн ЄС, історія, традиції, ставлення до приватної власності й інші якості інституціонального середовища, а також рівень розвитку громадянського суспільства не стали перешкодою для колосального розширення й поляризації суспільства.

Усе це відбивається на ставленні до охорони здоров'я. Його інвестування потроху перекладалося на плечі пацієнтів, тому що бізнес, який поєднано з владою, на старті свого зародження в Україні дбав винятково про високоприбуткове підприємництво, з привласненням природної ренти. І сьогодні законодавчі рішення приймаються в інтересах вузького круга осіб. Поширеним правилом поведінки крупних чиновників-бізнесменів є прибирання з ринку фірм-конкурентів за допомогою силових структур. Журналом «Фокус» описано один з прикладів, коли представник влади за подібну «діяльність» отримував щодня 50 млн дол. [7]. Нестримні темпи зростання доходів пояснюються гострим розумінням корупціонерів скороминущості свого перебування на посаді й виключно тимчасовими економічними інтересами, що дуже далекі від інтересів охорони здоров'я. Стрімко зростає продаж депутатських місць. За версією газети «Сьогодні», в Харкові в місцеві вибори 2010 р. претендентам доводилося викладати не багато й не мало — 200 тис. дол. Хоча ще чотири роки тому стати депутатом міської ради коштувало наполовину

дешевше [5]. Зміна влади призводить до того, що за економічні злочини переслідуються політичні опоненти. Навіть якщо це головні лікарі, які ефективно виконують функцію менеджерів, але є членами іншої партії, ніж партія влади. Іноді зупиняється будівництво нових лікарняних комплексів тільки тому, що його ініціював попередній губернатор.

В олігархічній системі перехідної економіки інтереси представників влади аж ніяк не виконують позитивної функції рушійного мотиву розвитку охорони здоров'я, і галузь функціонує в аномальному інституційному середовищі, глибоко ворожому до неї з погляду інтересів пацієнтів і суспільства. З урахуванням того, що видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я в 2009 р. дорівнювали 7,5 млрд грн [8], або 20,5 млн грн в розрахунку на один день, то денна виручка представника влади в 50 млн дол., про яку йдеться вище, приблизно майже в 20 разів більша. Ось чому не вистачає коштів на інновації, медикаменти, сучасний менеджмент і гідне стимулювання медиків. Якщо середня заробітна плата штатних працівників у 2009 р. дорівнювала в промисловості 2117 грн, у сфері фінансової діяльності — 4038 грн, то в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги — тільки 1441 грн (збільшення з 1995 по 2009 р. відповідно в 23,7; 23,4 і 17,4 разу) [2].

Разом з тим було б необ'єктивно розглядати низький рівень заробітної плати як неминучий *наслідок* недостатніх бюджетних витрат. Швидше за все, це схоже на *умову* від економічних одиниць тіньового ринку й влади різного кольору. В отриманні лікарями додаткових доходів часто зацікавлені медичні й фінансові органи, бо це дає їм змогу не платити високу зарплату в умовах обмежених бюджетних ресурсів. Обмежені вони не тільки відповідно до відомих постулатів економічної теорії, й не тільки в силу вікової проблеми вибору між статтями витрат основного фінансового плану країни. Справа в тому, що значна частина бюджетних коштів, що йде на охорону здоров'я, поглинається завищеними цінами на ліки й обладнання, а також витратами на тіньовий дохід покупцеві у вигляді так званого «відкату».

Тобто низька заробітна плата лікарів вигідна крупним гравцям тіньової економіки охорони здоров'я. Іноземні фармацевтичні компанії значно успішніше просувають свій товар на ринку, купуючи лікарів із заробітною платою не набагато більшою, ніж прожитковий мінімум. Норма прибутку від реалізації більшості ліків (котрі не входять до переліку препаратів першої необхідності) на українському ринку зазвичай дорівнює 50–150 %. Валовий дохід власників аптек і дистриб'юторів фармацевтичних препаратів навіть вищий, ніж річні видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я. При цьому гранична ціна кожного нового препарату зовсім не завжди відповідає їх граничній корисності, тобто граничний продукт медичного ринку — здоров'я пацієнта — в розрахунку на одиницю витрат, у кращому випадку

не збільшується. В ідеалі протистояти цьому зниженню може стимулювання випуску вітчизняних товарів та їх диференціація. Насправді ж тільки десята частина їх наблизилась до європейських стандартів якості GMP. Управлінці охороною здоров'я, в свою чергу, беруть участь у розподілі прибутків від контрактних відносин з фармкомпаніями. Поширена серед них також корупція за «прибуткові» посади деяких лікарів вузького профілю.

Саме фармацевтичним структурам, представникам влади й державного апарату належить провідна роль у загостренні інституціонального чинника — деморалізації медиків и девальвації клятви Гіппократа. Його дія не може бути обмежена тільки частиною суспільства. За відсутністю законного права подвійного громадянства багато депутатів мають посвідчення на постійне перебування за кордоном. Там вони і лікуються, маючи можливість коли завгодно емігрувати. У системі подвійної моралі — одні правила для тих, хто нагорі, та інші — для тих, хто внизу, — рано чи пізно виникає прірва. Вибіркова боротьба правоохоронних органів з тіньовими доходами неспроможна протидіяти масовому поширенню економічних інтересів ірраціонального типу, тому що економічні інтереси — це об'єктивний суспільний феномен, але пов'язаний зі свідомістю людей, яка формується зокрема під впливом зовнішнього середовища. Поширення системи «відкатів», що головує в тіньовій економіці на національному рівні, як віддзеркалення, перетворює їх на стійке правило економічної поведінки й для суб'єктів охорони здоров'я. Не дивно, що отримання тіньового доходу стає метою відносин не тільки лікарів й аптек, але й далі по ланцюжку — лікарів і біохімічних лаборантів, де досліджуються аналізи хворих людей. За результатами соціологічного опитування, проведеного інститутом Горшеніна в липні 2010 р., найбільша частина українців (65,2 %) вважає систему охорони здоров'я України корумпованою [6].

Економічні інтереси при цьому піддаються специфічній еволюції. Узагалі суперечності між ними для різних верств населення супроводжують перехідну економіку, і це нормально. Але зі зростанням масштабів тіньової економіки охорони здоров'я посилюється поляризація и нарастають протиріччя між самими лікарями різних спеціальностей. Спочатку відірвалися від інших доходи стоматологів и фармацевтів. Вони й зараз є міцним ціновим чинником регулювання ринку медичної праці. Це підтверджують дані вступної компанії 2010 р. до медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації. Так, найбільший конкурс був на спеціальності «стоматологія» і «фармація», найнижчий — на спеціальності профілактичного й лікувального профілів [2].

На тлі розбухання тіньового ринку на національному рівні утримувачами неформальних платежів від пацієнтів стають лікарі хірургічного профілю, а згодом — ті спеціалісти, які мають можливість неодноразово направляти своїх пацієнтів до діагностичних лабораторій і аптек. Особливо «успішні»

в цій справі алергологи, імунологи, ендокринологи і всі ті лікарі, які визначають діагнози за допомогою дорогих клінічних аналізів. Крім того, вигоду отримують ті, хто тісно взаємодіє з фармацевтичними компаніями, — головні лікарі, завідувачі відділень, професори кафедр та інші. Доходи усіх цих груп медиків кардинально відрізняються від трудових доходів хірургів повною відсутністю взаємозв'язку між їх величиною й затратами праці лікаря, його кваліфікацією. Оскільки утримувачі доходів не є надавачами послуг, ці доходи зовсім відриваються від трудової основи, вони мають завуальовану форму. За своїм економічним походженням вони є своєрідною рентою, тобто частиною надприбутку приватних медичних організацій інфраструктури, яку привласнюють лікарі. Рента є формою економічної реалізації статусу лікаря як агента, якому пацієнт делегує свою довіру. Умовою створення й привласнення ренти є не що інше, як асиметрія інформації про необхідність і якість лікувально-діагностичних послуг і ліків.

Тіньова економіка хірургії має принаймні деякий позитивний зміст. Вона дозволяє платоспроможним хворим оминати величезні перепони й черги до висококваліфікованих фахівців, прискорити оперативне втручання, яке може бути невідкладним. Так, за результатами того ж опитування інститутом Горшеніна, 25,4 % респондентів віддають перевагу самостійним розрахункам з лікарями готівкою [6]. Деяко умовно до позитиву можливо віднести своєрідне оподаткування, відповідно до якого лікарі віддають певну частку доходів на ремонт, придбання необхідного інструментарію, ліків для екстрених випадків, перев'язувального матеріалу, господарчих товарів. Цей інвестиційний механізм ірраціонального типу стримує руйнування охорони здоров'я і відтік фахівців та їх можливу міграцію. Він підмінює функції держави, не спроможної в повному обсязі забезпечити належне фінансування галузі. Свою роль неформальні платежі відіграють і в стримуванні непродуктивних бюджетних витрат на охорону здоров'я. Якщо багато європейських страхових компаній вводять офіційні співплатежі за медичні послуги, то у нас їх мимоволі заступають неформальні, приватні платежі хірургам.

Не можна не визнати, що економічні інтереси лікарів, пов'язані з отриманням тіньового доходу, не посідали такого місця в старій системі командної економіки. Просто в умовах товарного дефіциту тіньовий дохід значно рідше приймав грошову, а частіше — речову форму або форму послуги, бо найпоширенішими були негласні узгодження між медиками й представниками інших професій про взаємодопомогу за принципом «ти мені, я — тобі». Рентою, яка приваблювала лікарів, ставала сама можливість купувати товари за державними, а не спекулятивними цінами, бо завдяки пацієнтам вони мали доступ до дефіциту. Існував подвійний контроль за корупцією — з боку державних і з боку партійних органів. Проти тіньової економіки

охорони здоров'я непогано працювали інституційні чинники — усталена в суспільстві мораль, поширенню якої сприяли мас-медіа й освітні заклади, віра в ідеологію держави.

Що стосується перехідної економіки олігархічного типу, то важливо не тільки те, що в неї головним економічним інтересом є гонитва за рентою, але й зміна з часом її змісту. У процесі первісного накопичення капіталу на перший план виходить природна рента. Недарма майже усі російські та українські мільярдери, зафіксовані журналом «Forbs», свої капітали наживали на видобувній галузі. Потім зростає економічна рента, пов'язана з політичною діяльністю — за скуповування голосів, продаж місць за партійними списками, лобювання монополій, експорту або імпорту, перехід до коаліції (або вступ до провладної партії). И на цьому фоні не може не з'явитися рента за будь-які послуги, яку прагнуть одержати економічні та фізичні особи, у тому числі в галузі охорони здоров'я. Займаються цим не лише лікарі. Преса переповнена фактами зловживання на закупці протигрипозної вакцини, незаконного примушення пацієнтів купувати кардіологічні імплантати та інші препарати у той час, як операції фінансуються з бюджету; здійснення оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами без ліцензії та ін. Лише сутність ренти — привласнення особливого, відносно стійкого доходу, безпосередньо не пов'язаного з підприємницькою й трудовою діяльністю — залишається однаковою. Соціально-економічні наслідки формування нових економічних інтересів медиків в отриманні високої ренти від пацієнтів, фармацевтичних і страхових компаній, аптек і біохімічних лабораторій та інших одиниць інфраструктури загальновідомі: вони жодним чином не сприяють соціально-економічному прогресу. Навпаки, вони порушують конституційний принцип рівного доступу до медичних послуг і відсікають неплатоспроможних пацієнтів.

Висновки. В економічній теорії існує абсолютизація економічних інтересів як рушійної сили соціально-економічного прогресу. Але їх прояв у тіньовій економіці, яка дорівнює в Україні офіційній економіці, має зворотний ефект. Учасники «сірих» схем в охороні здоров'я, слідуючи егоїстичним інтересам отримання неформального доходу або надприбутків будь-якою ціною, посилюють соціальний конфлікт у суспільстві. Неминуче для перехідного періоду протиріччя між новими й старими економічними відносинами, між економічними інтересами різних груп населення, що і без того сприяє нестабільності розвитку, в тіньовій сфері охорони здоров'я накладає вето на можливості людського розвитку взагалі.

Живильний ґрунт для економічних інтересів гравців тіньового ринку охорони здоров'я сформовано за його межами. Традиційна постановка питання про реформування охорони здоров'я в теперішніх умовах необхідна, але недостатня. Інституціональне середовище, в якому значне місце

займає економіка «відкатів», унеможлиблює будь-які реформи, бо їх сутність все одно перероджується. Упровадження інституту сімейних лікарів, який необхідний для стримування непродуктивних витрат на охорону здоров'я й покращення профілактичної медицини, в тіньовій економіці мало що дає. Швидше за все такі лікарі долучатимуться до отримання «відкатів» з боку вузько профільних фахівців і управлінців. Потенційно неефективна система обов'язкового медичного страхування, що впроваджується в умовах тотальної корупції, теж послідовно «вмонтується» в деформоване середовище. Доречніше вести розмову про *демонтаж* тіньової медицини згори. Перша умова для розв'язання цього завдання — політична воля президента, уряду і народних обранців на реальну боротьбу з тіньовою економікою на національному рівні. Друга умова — професійне формування адекватного законодавства, яке заважає тіньовим економічним відношенням (між лікарями, пацієнтами, суб'єктами інфраструктури, представниками влади), а також дієздатний механізм його реалізації. Третя умова — інституційна, а саме поступове відродження моральних чинників, починаючи з економічної поведінки представників усіх трьох гілок влади й закінчуючи виконавцями клятви Гіппократа. І ще одна умова — це реформування власне охорони здоров'я, особливо прав власності. Необхідне законодавче стимулювання ринку приватних медичних послуг, тому що він складає конкуренцію тіньовому державному ринкові та переорієнтовує економічні інтереси лікарів у легальне русло. Важливий розвиток контрактних відносин й створення системи економічних стимулів для лікарів бюджетного сектора, оскільки саме матеріальна зацікавленість приводить економічні інтереси до економічної дії. Необхідні відчутне (в декілька разів) підвищення зарплати медикам державних установ, кардинальне покращення умов їх праці, відпочинку, професійного росту, а також підвищення їх соціального статусу.

Невиконання цих умов у запропонованій послідовності — це зберігання егоїстичних економічних інтересів в охороні здоров'я. Самі лише реформи не усунуть їх а, навпаки, призведуть до подальшого погіршення доступу хворих людей до медичних послуг.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ваше здоров'я. — 2010. — 24 верес. (№ 36). — С. 3.
2. Державний комітет статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
3. Економічна енциклопедія : у 3 т. — Т. 1 / С. В. Мочерний. — Л. : Вид. центр «Академія», 2000. — 864 с.

4. Экономическая энциклопедия / Л. И. Абалкин. — М. : ОАО «Экономика», 1999. — 1055 с.

5. Сколько стоит место депутата в Харькове [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.segodnya.ua/news/14171378.html>

6. Украинцы не верят в успех введения страховой медицины. Опрос [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.fraza.ua/news/13.07.10/94321.html>

7. Фокус [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.focus.ua/politics/142527>

8. Міністерство фінансів України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.minfin.gov.ua/control/uk/publish/>

9. Medical Schools Can't Keep Up. The Wall Street Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://online.WSJ.com/article/SB10001424052702304506904575180331528424238.html>

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНТЕРЕСЫ СУБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каминская Т. М.

Статья посвящена анализу иррациональных экономических интересов. Они возникают на теневом рынке медицинских услуг и противоречат национальным интересам, а также социальной эффективности здравоохранения. Предложены условия, которые способствуют изменениям среды и побудительных мотивов поведения субъектов здравоохранения.

Ключевые слова: теньевая экономика, економические интересы, здравоохранение.

ECONOMIC INTERESTS OF THE HEALTH CARE UNITS

Kaminska T. M.

The article is covering an analyzing of the irrational economic interests. They appeared from the shadow market of the medical services and contradict to the national interests and also to the social efficiency in the health care. The conditions that contribute to changes of the environment and inducing motives of the health care units are suggested.

Key words: shadow economy, economic interests, health care.