

4. Результати показують, що сезонність видобутку природного газу в Україні за 2007–2009 р.р. має чітко виражений характер: найбільший видобуток спостерігається у 1-му кварталі, а найменший – у 3-му кварталі, що пов'язано з більшими витратами газу в опалювальний період.

Список літератури: 1. <http://www.gasunion.org.ua/ru.htm>. 2. *Лугінін О.Є., С.В. Білоусова.* Статистика: Підручник. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 580 с. 3. *Елисеєва І.І., Юзбашев. М.М.* Общая теория статистики: учебник. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 480 с. 4. *Білоцерківський О. Б., Ширяєва Н.В.* Економетрія: навч.-метод. посібник. – Харків: НТУ "ХП", 2008. – 80 с. 5. *Білоцерківський О.Б., Ширяєва Н.В.* Статистичний аналіз видобутку природного газу в Україні за 2003-2008 р.р. // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених „Актуальні проблеми розвитку економіки України в контексті глобалізаційних процесів”, 9 грудня 2009 р. – Харків: НТУ „ХП”, 2009. – С. 105-106. 6. *Білоцерківський О.Б.* Сучасний стан та тенденції розвитку газової промисловості України // Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. „Проблеми формування нової економіки XXI століття”, 25-26 грудня 2009 р.: в 5 т. – Т.5. – Дніпропетровськ: Біла К.О. – С. 26-29. 7. <http://www.ukrstat.gov.ua>.

Подано до редакції 21.05.2009

УДК 614. 2

В.М. ФІЛАТОВ, к.е.н., доцент, ХНЕУ, Харків

НЕФОРМАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМИ

Розглядаються питання трансформації економічних відносин в системі охорони здоров'я. Обґрунтовується необхідність введення конкурентних відносин.

The main question of the article is economic relations transformation in health system. The article gives prove of competitive relations introduction necessity.

Ключові слова: неформальні платежі, економічні стимули, страхова медицина, конкурентне середовище.

Вступ. Можна констатувати, що сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні не відповідає потребам пацієнтів, а значить і суспільства в цілому. Механізм значної частини взаємозв'язків між окремими суб'єктами сфери охорони здоров'я не відповідає дії економічних законів, на підставі яких розвивається більша частина економіки України. Незадоволеність роботою сфери охорони здоров'я виказують як пацієнти, так і практичні працівники, і керівники галузі. Причинами такої ситуації є низький рівень оплати праці і недофінансування галузі в цілому, що не дозволяє розвивати належним чином матеріально-технічну базу і удосконалювати організацію і методи лікування. Саме тому проблеми підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я знаходять своє відображення в

роботах вчених пострадянських країн [1,2,3]. Проблеми інституціональної перебудови сфери охорони здоров'я, заради підвищення ефективності її роботи, є актуальними і для економічно розвинутих країн [4].

Постановка задачі. Як показує досвід, подолати існуючу кризу шляхом локальної зміни окремих параметрів системи охорони здоров'я (збільшення об'ємів фінансування, вдосконалення менеджменту та ін.) не представляється можливим. Саме тому необхідно створити нову, ефективну структуру, робота якої відповідає б потребам постіндустріального суспільства.

Методологія. У наш час у системі охорони здоров'я України має місце певний розрив між державними гарантіями безкоштовного надання медичної допомоги населенню і їх фінансовою забезпеченістю. Саме незабезпеченість державних гарантій необхідними для цього фінансовими коштами спричиняє виникнення додаткових каналів фінансування. До їх числа належать легальні й неформальні платежі пацієнтів медичних установ. Ситуація погіршується ще й тим, що в сфері охорони здоров'я практично не діють ринкові закони, за якими розвивається економічна система країни в цілому. У результаті склалося таке положення, при якому в реально існуючій у сфері охорони здоров'я державно-розподільній системі формуються фінансові потоки не зв'язані безпосередньо із централізованим керуванням цією системою. Додаткові кошти використовуються для забезпечення можливості надання деяких видів медичних послуг і для підвищення рівня оплати праці медичних працівників. Способи одержання додаткових коштів нерідко суперечать принципам соціальної справедливості, закладеним в основу діючої системи охорони здоров'я. У ще більшій мірі суперечать цим принципам методи розподілу отриманих коштів. Можна виділити легальні й нелегальні фінансові потоки. Легальні, тобто документально зафіксовані, фінансові потоки формуються різними способами. Так дільничний терапевт, наприклад, направляючи пацієнта в інший кабінет для зняття електрокардіограми, просить оплатити в касу певну суму. Заплативши названу суму, пацієнт одержує квитанцію з печаткою не даної медичної установи, а якогось благодійного фонду, що є самостійною юридичною особою. Навіть якщо наївно думати, що всі зібрані в такий спосіб кошти використовуються для підвищення рівня суспільного здоров'я, то і тоді цей спосіб фінансування не можна вважати найбільш економічно ефективним. У наш час офіційно узаконена оплата хворими рентгенівської плівки. У такий спосіб заощаджуються кошти державного

бюджету, та й для пацієнтів це не є особливою проблемою, оскільки рентгенівські знімки робляться не так уже й часто. Правда, не обходиться і без абсурдних ситуацій, коли оплату потребують із хворого, який отримав травму на вулиці і був привезений на швидкій допомозі. Однак суспільство заощаджує бюджетні кошти в розмірі ринкової вартості споживаної плівки, а населення нерідко купує її в монополістів (аптека або аптечний кіоск, розташований у даній медичній установі) по монополю високих цінах. Теоретично хворий може купити плівку в іншому місці за ринковою ціною, але практично всі купують у медичній установі. І в цьому випадку економічна ефективність використання суспільних коштів на потреби охорони здоров'я не досягає потенційно можливого рівня. Можна констатувати, що в умовах, коли економіка країни розвивається за законами ринкових відносин, а в сфері охорони здоров'я зберігаються основні принципи командної економіки, створюється сприятливе середовище для продажу товарів або послуг за цінами вище ринкових. Платними медичними послугами можуть бути: перебування в палатах з підвищеною комфортністю; проведення оглядів і досліджень, необхідних для одержання різного роду довідок; проведення діагностичних досліджень позачергово або за бажанням пацієнта; додаткові методи лікування (масаж, голкотерапія); виконання операцій із застосуванням сучасних технологій; консультації фахівців і ін. До числа легальних платежів можна віднести й покупку ліків для лікування в стаціонарі. Ця ситуація також викликана проблемою недофінансування сфери охорони здоров'я. Лікарі, рекомендуючи хворим придбати лікарські препарати, нерідко роблять це небезкорисливо. По-перше, лікарі найчастіше мають домовленості з виробниками або дистриб'юторами лікарських засобів про комісійні за продаж відповідних товарів. У такий спосіб на ринку реалізуються, як правило, дорогі препарати. Лікар виписує рецепт на такі ліки, хоча для повноцінного лікування пацієнта можна було б застосувати більше дешевий препарат. Слід зазначити, що комісійні лікарям виплачуються як легально, так і нелегальним способом. По-друге, лікарі можуть направляти хворого для покупки рекомендованих ліків у конкретну аптеку. Така аптека, як правило, перебуває при лікарні й нерідко належить її керівництву. По-третє, лікар може сам виступати в ролі роздрібного дистриб'ютора лікарських засобів. Як показують наведені приклади, легальні платежі нерідко супроводжуються такими діями, які знижують ефективність використання суспільних коштів на потреби охорони здоров'я.

Крім легальних платежів, у системі фінансових потоків сфери охорони здоров'я можна виділити й нелегальні платежі. Причини що їх визивають мають місце, як з боку попиту, так і з боку пропозиції. З боку попиту причинами нелегальних платежів є, в основному, бажання пацієнтів підвищити увага до себе медичного персоналу або одержати більш швидкий доступ до послуги. В умовах обмеженої пропозиції послуг лікар, зловживаючи своїм положенням і отримуючи матеріальну вигоду, може задовольняти бажання пацієнтів. Нелегальні платежі можуть мати місце й при оплаті медикаментів, необхідних для лікування в стаціонарі. Така ситуація виникає, коли медичний персонал навмисно приховує наявні ліки й потім продає їх пацієнтам за готівку. З боку пропозиції нелегальні платежі обумовлені бажанням постачальника реалізувати свої товари по максимально можливій ціні. Тому виробники лікарських препаратів і медичної техніки готові платити медичному чиновникові, який може забезпечити таку можливість. У результаті знижується ефективність використання суспільних коштів на потреби охорони здоров'я. На рівні оптових продажів діючим методом боротьби з такого роду явищами виступають закупівельні конкурси. Однак на рівні роздрібних продажів, коли фірма виробник працює з лікарями, які за винагороду рекомендують хворим певні ліки, сучасна система організації охорони здоров'я не має засобів протидії. Суспільство, в особі хворих, витрачає більше коштів, ніж було б можливо при оптимальному рівні лікування.

Слід зазначити, що легальні грошові потоки певним чином знімають фінансове навантаження на бюджет і можуть сприяти підтримці функціонування сфери охорони здоров'я. Цю же функцію, в деякій мірі, можуть виконувати і нелегальні грошові потоки. Неофіційні платежі рядовим лікарям, заробітна плата яких, як правило, не перевищує середнього рівня зарплати в Україні, дозволяють їм виживати, зберігаючи, тим самим, кваліфіковані кадри для сфери охорони здоров'я. Для приклада, лікарі в країнах Організації економічного співробітництва й розвитку звичайно одержують зарплати які в 2,5 - 4 рази переважають середній розмір оплати праці [5.с.122]. Однак наявність офіційних і, особливо, неофіційних платежів приводить до того, що споживачами медичних послуг стають не стільки ті, хто їх потребує, скільки ті, хто здатний заплатити за них найбільшу ціну. У результаті принцип розподілу медичних послуг відповідно до потреби заміняється принципом розподілу відповідно до доходів, що суперечить основному завданню сфери охорони здоров'я.

Результати дослідження. Дослідження, проведені для з'ясування причин невдоволення роботою районних поліклінік, показали наступне. Низький рівень обслуговування (черги, нечемне поведження персоналу, неуважність із боку лікарів) був відзначений в 61,5% отриманих відповідей. У результаті в певній частині населення виробився стереотип обов'язковості винагороди за медичні послуги, зроблені «з увагою» до пацієнта. Причому така модель поведження характерна не тільки стосовно безкоштовних послуг, але й до платного. Так, наприклад, у Росії в медичних установах системи обов'язкового медичного страхування існують послуги, які вимагають офіційної оплати пацієнтами. При цьому від 11,2 до 15,1% всіх хворих ще доплачують безпосередньо лікарям. Частина пацієнтів (21,5 - 23,6)% провадять тільки тіньові платежі, вважаючи, що дешевше заплатити не в касу, а безпосередньо лікареві. В платних медичних установах (8,7 - 9,5)% відвідувачів доплачує лікарям крім офіційної оплати через касу, (11,6 - 13,1)% хворих провадять тільки тіньові платежі [6.с.20]. В цілому більше половини опитаних готові звернутися у випадку хвороби за безкоштовною медичною допомогою (чоловіка - 57%, жінки - 48%), але при цьому 19,8% - за платною медичною допомогою в державні установи. У віковій групі від 18 до 29 років 20% звернулося б у платні недержавні установи. Зі збільшенням віку спостерігається ріст переваг у бік безкоштовної державної медицини. Серед людей похилого віку (70 років і більше) таких 70,5%. Готовність скористатися платними послугами зростає зі збільшенням доходу пацієнтів. Платні послуги державних і недержавних установ є прийнятними для 9,1% і 4,1% представників групи з низьким доходом і 30,2% і 20,8% представників високоприбуткової групи. Якби дохід респондентів збільшився у два рази, то 33,7% звернулося б за платною допомогою в державні установи й тільки 26,3% - за безкоштовною. Частка осіб, що вибрали недержавні установи, виросла б майже у два рази (з 9% до 17,3%), причому в три рази в старшій віковій групі (з 2,9% до 8,6%). Для літньої вікової групи платні й безкоштовні послуги державних медичних установ стали б майже рівною мірою прийнятними (30,9% : 32,9%) [6.с. 40-41].

Аналізуючи причини незадоволеності роботою медичних установ, можна констатувати, що провідні позиції займають питання зміни системи обслуговування. Однак, незважаючи на незадоволеність якістю обслуговування, більшість пацієнтів (до 95%) нікуди не зверталася зі скаргами [6.с.46]. Традиційно приписувані поліклінікам проблеми - низька

кваліфікація лікарів і платність багатьох послуг, викликають незадоволення тільки в 11,1% і 6,4% опитаних відповідно [6.с.16]. Тому, з погляду споживачів, роботу поліклінік можна було б істотно поліпшити шляхом зміни системи обслуговування. Проблемаю в цьому випадку є незацікавленість персоналу у високому рівні обслуговування, а не обмеженість ресурсів, які є в наявності. Так, наприклад, наявність черг варто віднести до групи причин незадоволеності, пов'язаних з низьким рівнем обслуговування, а не з відсутністю ресурсів.

Висновки. Проведений аналіз дозволяє зробити висновок про те, що найважливішою причиною наявності тіньових платежів у системі охорони здоров'я є відсутність конкуренції в самій системі. Відсутність конкуренції, відсутність діючих стимулів для підвищення ефективності і якості роботи погіршує якість обслуговування. Аналогічна ситуація була описана А. Хиршманом як проблема «ледачої монополії» [7.с.59]. На ринку, на якому відсутня конкуренція за сам ринок, у споживачів є теоретична можливість виразити своє невдоволення діяльністю монополіста або шляхом переходу до іншого лікаря або постачальника медичних послуг в середині самої системи, або звернутися зі скаргою в страхову медичну компанію. Однак на практиці пацієнти віддають перевагу переходу на інший ринок. В наших умовах це трансформується в оплату медичної послуги в державних установах шляхом стимулювання медичного персоналу за допомогою неформальних платежів, або одержання необхідної послуги за допомогою легальних платежів, але в приватних організаціях. При цьому поліклініка або лікарня не несуть ніяких фінансових втрат і не мають стимулів для підвищення ефективності і якості роботи. У результаті в наш час теоретично має місце конкуренція між системою державного безкоштовного медичного обслуговування й недержавними медичними організаціями. Однак на практиці це ніяк не позначається на роботі державного сектора, оскільки недержавні організації незначні кількісно, є далеко не у всіх населених пунктах і надають набагато менший перелік послуг. Тому для підвищення ефективності роботи державної системи охорони здоров'я потрібно сформувати конкурентне середовище усередині самої системи. Необхідно створити нову систему охорони здоров'я побудовану на принципах страхової медицини. Страхування має носити обов'язковий і загальний характер. Побудова системи соціального страхування повинна бути такою, щоб змусити конкурувати за кінцевий результат (здоров'я пацієнтів) всіх учасників відносин по відновленню здоров'я. Саме конкуренція через дію

закону вартості дозволяє в багатьох галузях різних країн досягати найбільш ефективних результатів.

Виділимо окремі сегменти конкурентних відносин. Перший сегмент - це конкуренція серед постачальників медичних послуг. Вона повинна починатися з первинної ланки - дільничного або сімейного лікаря. На нашу думку, більше прийнятна назва лікар першої інстанції. Таке формулювання адекватно відображає суть явища (перший лікар, до якого звертається пацієнт) і не пов'язана з регіональними або іншими ознаками. Пацієнт має право звертатися до будь-якого лікаря, що має право займатися такого роду діяльністю. Як показує досвід інших країн, звернення до лікарів первинної інстанції відбувається в масштабах округу проживання, однак можливі звернення і до лікарів інших регіонів. Слід зазначити, що для впровадження принципів конкуренції серед постачальників не обов'язково необхідна наявність споживчого вибору. Іноді буває достатньо публічного оприлюднення результатів діяльності окремих суб'єктів (лікаря, поліклініки, лікарні). Лікарі первинної інстанції при необхідності будуть направляти пацієнтів для подальшого лікування в лікарні. Лікарі повинні мати право вибору, а це означає, що лікарні вступають в конкурентну боротьбу за пацієнтів. Це другий сегмент конкурентних відносин у сфері охорони здоров'я. Впровадження конкуренції змінить модель поведінки лікарень. Вони почнуть оприлюднювати дані про результати лікування, що дасть можливість лікарям первинної інстанції робити оптимальний вибір постачальника і видів лікування. Такий підхід вимагає від лікарень досягнення найвищих результатів, що змусить їх спеціалізуватися на одному або декількох медичних станах. Лікарні наростять потужності в лікуванні тих видів захворювань, де вони мають пріоритети по відношенню до конкурентів. В результаті досить імовірно закриття деяких лікарень. У такий спосіб суспільство зможе більш ефективно використовувати кошти, виділені на функціонування сфери охорони здоров'я, уникаючи дублювання витрат і нарощування надлишкових потужностей. Особливо слід відзначити, що фундамент такої системи вже існує у діючій системі охорони здоров'я, в якій функціонують великі спеціалізовані медичні центри. Невеликі сільські та районні лікарні перестануть бути повністю автономними і почнуть тісно співпрацювати зі спеціалізованими регіональними центрами. Останні, в свою чергу, при потребі зможуть значно поширити територіальну сферу свого впливу.

Третім сегментом конкурентних відносин є відносини між страховими організаціями. На першому етапі реформ необхідно створити єдину недержавну страхову організацію. Таким чином ми відокремимо постачання медичних послуг від їх фінансування. В подальшому у сфері обов'язкового соціального медичного страхування буде створено декілька страхових організацій. Окрім цього, з'являться страхові організації, які будуть функціонувати у сфері приватного страхування. Конкурентне середовище спонукає страховиків переглянути свої стратегії. Їх орієнтація буде спрямована на досягнення найбільшої цінності для пацієнтів. Саме тому вони будуть прискіпливо контролювати процес лікування з фінансової точки зору, орієнтуючись на максимізацію корисності для пацієнта в перерахунок на одиницю витраченої гривні.

Впровадження конкурентного середовища на всіх етапах процесу відновлення здоров'я пацієнта значно підвищить ефективність надання медичної допомоги. Конкурентна система через дію економічних законів призведе до відбору найбільш ефективних методів лікування та найефективніших постачальників медичних послуг. Прогрес у сфері лікування перестане залежати лише від результатів дій якихось окремих лідерів, він стане постійним явищем. Споживачі медичних послуг отримають максимальні результати на кожен витрачений гривню, що дозволить в цілому підняти рівень суспільного здоров'я в Україні.

Список літератури: 1. *Голухов Г.И., Райзберг Б.А., Акимов Ю.В., Шиленко Ю.В.* Управление медико-производственным комплексом: организационно-экономический аспект.-М.: Издательство Фонда «Клиника 21 века», 2003.-330с.. 2. *Каминская Т.М., Громов В.А.* Об особенностях менеджмента в медицинских организациях // Экономика розвитку. – 2007. - №3(43) – С. 41-43. 3. *Основы общей экономической теории с экономикой здравоохранения / Дробышев А.А., Момот Ф.Д., Артемьев В.Н. и др.* – М.: АНМИ. 2002. – 425 с. 4. *Портер М., Айсберг Э.О.* Переосмысление системы здравоохранения. - К.: Издательство Алексея Капусты, 2007. – 620 с. 5. *Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д.* Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2002. – 352 с. 6. *Анализ возможностей развития конкуренции в системе медицинского страхования. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 184.* М.: Московский общественный научный фонд; Ассоциация исследователей экономики общественного сектора, 2006. – 111с. 7. *Hirschman, A.O.* Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organisations and States. Cambridge: Harvard University Press, 1970.

Подано до редакції 21.05.2009