

зації, пільги в оподаткуванні нерухомості суб'єктів господарювання і доходів, що використовуються для покращення якісних властивостей земель та ін.

**Література:** 1. Шиш А. М. Аналіз альтернативних методик оподаткування сільськогосподарських підприємств України // Науковий вісник Національного аграрного університету. — К.: НАУ. — 1999. — Вип.15. — С. 179 – 184. 2. Статистичний бюлетень за січень – грудень 2002 року // Держкомстат України. — К., 2002. — 212 с. 3. Статистичний бюлетень за січень – грудень 2001 року // Держкомстат України. — К., 2001. — 192 с. 4. Шиш А. М. Рівень оподаткування та його оцінка // Науковий вісник Національного аграрного університету. — К.: НАУ. — 2001. — Вип. 35. — С. 164 – 167. 5. Горохов В. Удосконалення системи оподаткування сільськогосподарських підприємств // Вісник податкової служби України. — 2003. — №62. — С. 39 – 41. 6. Шиш А. М. Культура податкових відносин як необхідний елемент їх вдосконалення // Науковий вісник Національного аграрного університету. — К.: НАУ. — 2001. — Вип. 37. — С. 230 – 234. 7. Закон України "Про стимулювання розвитку сільського господарства на період 2001 – 2004 років" від 18 січня 2001 року №2238-III // Відомості Верховної Ради України. — 2001. — №2. — С. 15 – 18. 8. "Про фіксований сільськогосподарський податок" Закон України від 17 грудня 1998 року №320-XIV // Офіційний вісник України. — 1998. — №25. — С. 3 – 12. 9. Постанова Кабінету Міністрів України "Про внесення змін в Положення про порядок справляння та обліку фіксованого сільськогосподарського податку" від 17 липня 2003 року №1066 // Податки і бухгалтерський облік. — 2003. — №61(619). — С. 5 – 8.

*Стаття надійшла до редакції  
24.03.2004 р.*

УДК 614.2

**Филатов В. М.**

## ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСОВЫХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СБОРЫ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ

*The forms of legal and illegal cash payments in the health care branch are examined. Their causes and consequences are analysed. The measures as to increasing the efficacy of the health care system functioning are proposed.*

В настоящее время трансформационные процессы в экономике Украины еще не в полной мере коснулись сферы здравоохранения. Тем не менее в централизованно-распределительной системе сферы здравоохранения возникли и развиваются отдельные элементы рыночных отношений, проявлением которых являются сборы с пользователей, то есть

оплата пациентами наличными за оказываемые им услуги. В результате имеют место определенные противоречия, которые не способствуют повышению эффективности работы системы в целом. Поэтому целью данного исследования является изучение мирового опыта использования сборов с пользователей в механизме финансирования системы здравоохранения, анализ явлений такого рода в Украине и выработка рекомендаций по повышению эффективности функционирования сферы здравоохранения. Анализ специфических финансовых отношений, рассматриваемых автором в статье, является одним из элементов комплексного исследования проблемы трансформации экономических отношений в сфере здравоохранения в условиях транзитивной экономики.

В качестве объектов исследования выступают системы здравоохранения Украины, России и экономически развитых стран Европы. Выбор обусловлен тем, что сферы здравоохранения развитых европейских стран представляют собой сформировавшиеся системы, основанные в подавляющем большинстве стран на принципах обязательного социального медицинского страхования. Здравоохранение России тоже лишь недавно перешло на эти принципы. Таким образом, представляется возможность исследовать как недостатки переходного периода, так и явления, имеющие место в сформировавшихся системах. Проблема сборов с пользователей, в той или иной степени, рассматривается в трудах В. Бойкова, И. Клямкина, Л. Тимофеева, Г. Сатарова, С. Шишкина, И. Шеймана и других ученых. Ситуация в странах Европы анализировалась автором на основании результатов исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Сборы с пользователей имеют место во многих странах, однако причины этого явления и доля сборов с пользователей в общем объеме финансирования здравоохранения в разных странах неодинаковы. В экономически развитых странах перед обществом стоит задача сдерживания роста расходов на здравоохранение. Применяемые страховые схемы организации системы здравоохранения, в которых платежи за оказываемые услуги производят сторонние плательщики, потенциально способствуют росту спроса на медицинские услуги, то есть роста расходов на здравоохранение. В результате может сложиться ситуация, когда предельная социальная выгода от полученных медицинских услуг будет ниже предельной социальной себестоимости. Поэтому введение в той или иной степени оплаты наличными за предоставляемые медицинские услуги направлено на сокращение чрезмерного спроса, который не вызван реальной необходимостью. Размер плате-

жей наличными варьируется от полной оплаты услуг пациентом до нулевого уровня, когда все расходы осуществляются сторонним плательщиком. Между пациентом и сторонним плательщиком может быть как прямое, так и косвенное распределение затрат. Прямое разделение осуществляется в различных формах. Во-первых, это совместные платежи, когда для потребителя устанавливается фиксированная плата за каждую услугу. Во-вторых, применяется со-страхование, в рамках которого потребитель оплачивает определенный процент расходов. В-третьих, используются франшизы, то есть происходит вычет определенной суммы из любых страховых выплат. В-четвертых, применяется балансовое выписывание счетов, при котором медицинское учреждение, дополнительно к тому, что оно получает от стороннего плательщика, взимает дополнительную плату наличными с пациентов. Косвенное разделение затрат имеет место в тех случаях, когда необходимо оплачивать услуги, не предусмотренные страховыми договорами.

Разделение затрат применяется в различных сферах здравоохранения. В 15 странах Европейского Союза (ЕС) практикуется разделение затрат в фармацевтическом секторе, которое в основном принимает форму со-страхования. Доля пациента при оплате стоимости лекарства варьируется. Чем выше опасность болезни для жизни человека, тем ниже доля пациента в оплате стоимости лекарства. В Великобритании, Бельгии и Италии разделение затрат принимает форму совместных платежей по фиксированной ставке. В Германии, Нидерландах, Швеции применяется схема с установлением референтной цены. Потребители оплачивают ту часть расходов, которая превышает референтную цену. Нередко пациенты участвуют в оплате консультаций врачей общей практики и амбулаторного лечения. Используются совместные платежи (Ирландия, Швеция), со-страхование (Австрия, Бельгия, Франция), балансовое выписывание счетов (Греция, Дания). Однако в Великобритании, Германии, Испании, Италии, Нидерландах консультации врачей общей практики не предполагают взимания платы с пациентов. В большинстве стран ЕС практика разделения затрат применяется к консультациям врачей-специалистов. Обычно используются те же формы разделения затрат, что и по отношению к услугам врачей общей практики. Во всех странах ЕС приняты сборы за стоматологические услуги. В некоторых странах используется частная стоматология и больные оплачивают полную стоимость лечения. В других — бесплатно предоставляются профилактические услуги, а за лечение применяются различные формы совместных платежей и со-страхования. В девяти странах приме-

няются различные варианты сборов за стационарное лечение. В целом в развитых европейских странах совокупные платежи пациентов наличными составляют не более 20% от общего объема финансирования здравоохранения. Во многих же странах этот показатель значительно ниже: в Великобритании — 10,8%, Германии — 11,9%, Люксембурге — 7,4%, Нидерландах — 5,9%, Франции — 10% [1, с. 179 – 180].

Следует отметить, что сборы с пользователей способствуют решению поставленной задачи — сокращению интенсивности потребления медицинских услуг. Исследования специалистов показывают, что в ответ на введение совместных платежей число визитов врачей снижается на 20 – 30%. Применение франшиз и со-страхования сокращает прием в больницы более чем на 30%. Введение в США разделения затрат при покупке лекарств сократило спрос выше, чем на 30%. Аналогичные явления имели место и в Великобритании [1, с. 195]. Сборы с пользователей носят регрессивный характер. Они заметно снижают потребление медицинских услуг, что непропорционально сказывается на бедных. Поэтому даже в богатых европейских странах, стремящихся с их помощью сократить рост расходов на здравоохранение, от участия в разделении затрат освобождаются: как правило, это такие категории населения: лица моложе 18 лет, граждане с низкими доходами, пожилые люди, хронические больные и инвалиды. Освобождение от сборов снимает негативное воздействие, однако сопряжено с управленческими сложностями и дополнительными административными расходами.

В странах с переходной экономикой и других странах, испытывающих трудности с финансированием здравоохранения, введение сборов с пользователей призвано обеспечить дополнительное поступление средств. В этой ситуации введение оплаты наличными не направлено на сокращение спроса. Поскольку спрос на медицинские услуги характеризуется низкой ценовой эластичностью, сборы с пользователей приносят дополнительные доходы.

Кроме официальных сборов с пользователей, существует и распространенная практика неофициальных платежей. Во всех странах бывшего СССР, включая и Украину, главной проблемой системы здравоохранения является несоответствие между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. В условиях недостаточного государственного финансирования сферы здравоохранения определенная часть расходов на медицинские нужды покрывается за счет средств населения и работодателей. Так, в России, которая уже ввела обязательное медицинское страхование,

по данным государственной статистики, доля легальных расходов на здравоохранение, включая расходы населения на лекарственные средства из негосударственных источников, увеличилась с 10,9% в 1994 г. до 35,7% в 2000 г. [2, с. 17]. Тем не менее проблема финансового обеспечения государственных гарантий остается нерешенной, что порождает практику неформальных расходов пациентов. По оценкам Фонда ИНДЕМ, рассчитанным по результатам исследования бытовой коррупции, проведенного в 1999 – 2001 гг. по репрезентативной выборке из 2 017 человек, размер теневых выплат в российской медицине составляет около 600 млн. долл. Согласно полученным данным, 73,9% респондентов, пользовавшихся услугами обычных поликлиник, свидетельствовали о необходимости дополнительных трат на лечение, половина из которых носила неформальный характер [3]. Можно констатировать, что практика теневой оплаты населением медицинской помощи, бесплатное предоставление которой гарантируется законом, является важной составляющей системы финансирования сферы здравоохранения. Именно это обстоятельство позволило И. Клямкину и Л. Тимофееву сделать вывод о том, что неформальные платежи являются специфической формой кооперации между нищей медициной и нищим населением в попытках сохранить хоть какие-то возможности лечиться и лечить больных [4]. В этих условиях пациенты выступают в качестве рационально действующих покупателей на теневом рынке медицинских услуг. Их готовность производить неформальные платежи объясняется целым рядом причин. Прежде всего, это желание получить медицинские услуги более высокого качества или в большем объеме по сравнению с вариантом бесплатного лечения. Потребители готовы платить за возможность выбора врача и медицинского учреждения, за возможность сокращения сроков ожидания обследования или госпитализации. Важным фактором является возможность сократить расходы на лечение в сравнении с оплатой через кассу медицинского учреждения. Финансовые интересы больного и врача в данном случае совпадают. Пациент платит меньше, чем по прейскуранту, а врач получает больше, чем он получил бы по схеме распределения средств от платных услуг. Низкая заработная плата медицинских работников является одной из главных причин неформальных платежей.

Можно констатировать, что при сохранении нынешнего уровня финансирования и существующей системы организации сферы здравоохранения ликвидировать в нашей стране причины наличия неформальных платежей вряд ли удастся. А это означает, что по мере роста доходов населения объемы не-

формальных платежей будут расти. При увеличении размеров финансирования здравоохранения в рамках действующей модели для части населения количество услуг, требующих для их получения неформальных платежей, может несколько сократиться. Однако дифференциация населения по уровню доходов приведет через систему неформальных платежей к дифференциации возможностей в получении медицинской помощи. Одним из методов борьбы с неформальными платежами является их легализация. В данном случае степень успешности борьбы будет определяться уровнем роста заработной платы медицинского персонала. Если он окажется, по их мнению, недостаточным, практика теневой оплаты услуг останется. Для той части медицинских работников, которые получают неформальные платежи нерегулярно и в незначительном объеме, увеличение легальных доходов будет способствовать сокращению стимулов к получению неформальных платежей. Однако же для тех, кто получает неформальные платежи регулярно и в больших размерах, увеличение заработной платы вряд ли кардинально изменит ситуацию. В рамках существующей в Украине системы здравоохранения повышение легальных доходов данной группы врачей до уровня их фактических доходов невозможно, поэтому даже усиление борьбы с практикой теневых платежей не станет препятствием для неформального получения денег с больных. К тому же не исчезнет желание пациентов заручиться большим вниманием хирурга и тем самым уменьшить субъективную оценку риска. Для пациентов легализация платежей будет носить явно выраженный регрессивный характер. Цены на медицинские услуги будут выше теневых, что ухудшит доступность услуг для малообеспеченных слоев населения. Учитывая существующий уровень жизни населения, можно предположить, что легализация неформальных платежей не сможет решить проблему финансовой необеспеченности государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

По мнению автора, реализация государственных обязательств по оказанию бесплатной медицинской помощи должна осуществляться в рамках новой системы здравоохранения, основанной на принципах обязательного социального медицинского страхования. Ее финансирование должно проистекать из двух основных источников: средств из госбюджета и взносов в фонд обязательного медицинского страхования, что позволит увеличить поступление денежных средств по сравнению с существующим уровнем. Необходимо разработать комплекс медико-экономических стандартов, определяющих затраты по каждому виду оказания медицинской помощи.

Опираясь на эти стандарты, следует определить экономически возможный для государства уровень оказания медицинской помощи населению. Затем, с учетом сведений медицинской статистики за прошедший период и научных прогнозов на будущее, надо определить состав медицинской помощи, который государство может предоставить всему населению. Объем этих услуг должен быть сбалансирован с выделяемыми на его выполнение средствами. Таким образом можно обеспечить доступность гарантируемого системой обязательного социального медицинского страхования пакета медицинских услуг для всех граждан страны. Размер пакета предоставляемых медицинских услуг потенциально определяется уровнем благосостояния членов общества, то есть уровнем экономического развития общества. Фактическая же его величина определяется степенью значимости сферы здравоохранения для общества в данный период, которая, по мнению автора, может характеризоваться двумя основными показателями. Во-первых, отношением суммарных расходов общества на здравоохранение к объему национального дохода. Во-вторых, абсолютной величиной расходов, приходящихся на одного гражданина страны. Сопоставление динамических характеристик этих показателей позволит выявить изменения значимости сферы здравоохранения в иерархии ценностей общества.

В дальнейшем предполагается продолжить исследования по разработке и детализации концепции трансформации экономических отношений в сфере здравоохранения Украины.

**Литература:** 1. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Под ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д.: Пер. с англ. — М.: Изд. "Весь Мир", 2002. — 352 с. 2. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Сер. "Научные доклады: независимый экономический анализ". — М.: Московский общественный научный фонд; Независимый институт социальной политики, 2003. — №142. — 160 с. 3. Сатаров Г. Диагностика российской коррупции: социологический анализ (Краткое резюме доклада). — М.: Фонд ИНДЕМ, 2002. 4. Клямкин И. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование / И. Клямкин, Л. Тимофеев. — М.: РГГУ, 2000. — С. 164. 5. Бойков В. Расходы населения на медицинские услуги и лекарства / В. Бойков, Ф. Фили, И. Шейман, С. Шишкин // Здравоохранение. — 2000. — №2. — С. 32 – 46. 6. Бойков В. Участие населения в финансировании здравоохранения / В. Бойков, Ф. Фили, И. Шейман, С. Шишкин // Экономика здравоохранения. — 2000. — №7. — С. 45 – 50. 7. Голухов Г. Н. Медико-социальный комплекс: здоровье, экономика, управление / Г. Н. Голухов, А. С. Акопян, Ю. В. Шиленко. — М.: Фонд "Клиника XXI века", 2002. — 208 с. 8. Филатов В. М. Место и роль здравоохранения в системе общественного воспроизводства // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. — 2002. — №564. — С. 149 – 153.

Стаття надійшла до редакції  
22.03.2004 р.

УДК 338:504

Проскурня Н. И.

## ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЛАСТНОГО ФОНДА ОХРАНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ

*The existing mechanism of planning the application of costs from the regional environmental protection fund is analysed. The main directions of its improvement are determined.*

Одним из действенных способов влияния на политику природопользования является плата за загрязнение окружающей среды. В Украине с 1992 года в законодательном порядке принята система платежей за выбросы загрязняющих веществ в окружающую природную среду. Непосредственный сбор средств за загрязнение окружающей природной среды поручено осуществлять Государственной налоговой администрации. Для этого территориальные органы Министерства охраны окружающей природной среды Украины (МООПС Украины) подают в органы государственной налоговой системы перечень предприятий, организаций, граждан — субъектов предпринимательской деятельности, которым в установленном порядке выдано разрешение на выбросы, специальное водопользование и размещение отходов [1]. Органы Государственного казначейства распределяют собранные средства в бюджеты различных уровней в следующей пропорции: местный уровень (город или поселок) — 20%; областной уровень — 50%; национальный уровень — 30%. На каждом из указанных уровней производится планирование использования накопленных средств. Они должны направляться на целевое финансирование природоохранных и ресурсосберегающих мероприятий, связанных с охраной окружающей среды.

Однако сегодня в Украине тарифы платежей за поступление загрязняющих веществ в природную среду занижены, так как в условиях переходной экономики значительный процент предприятий испытывает неустойчивое финансовое положение, отсутствие прибыли и не в состоянии вносить плату за загрязнение среды даже при очень низких установленных тарифах. Поэтому фактические объемы средств, которые аккумулируются в экологических фондах, значительно ниже требуемых для решения экологических проблем государства в целом и его отдельных регионов [2]. В этих условиях актуальной задачей является повышение эффективности использования средств бюджетов охраны окружающей среды всех уровней.

Цель статьи — анализ существующего механизма планирования использования средств из областного фонда охраны окружающей природной среды (ОФ ООПС) и определение основных направлений его совершенствования.

© Проскурня Н. И., 2004