

УДК 61:331

ВАДИ ДЕРЖАВНОЇ МОНОПСОНІЇ НА РИНКУ МЕДИЧНОЇ ПРАЦІ

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

Присвячено наслідкам монопсонії на ринку праці державних медичних працівників. До них належать стримання ціни праці, еміграція та зниження якості медичних послуг. У розвинених країнах компенсаторну роль відіграють медичні асоціації, які протистоять монопольному тиску держави на заробітну плату. В Україні – тіньова економіка, але вона не сприяє втіленню конституційного права громадян на рівний доступ до охорони здоров'я.

Ключові слова: монопсонія, ринок медичної праці, медичні послуги, міграція, зарплата.

Постановка проблеми. Одним з провідних трендів розвитку охорони здоров'я, особливо в країнах ОЕСР, є посилення ролі держави, суспільних видатків і суспільного сектору загалом. Це зумовлено противагою зростаючим втратам від наслідків негативних екстерналій приватного ринку, підвищенням ролі медицини як людського капіталу та інноваційному розвитку суспільства, його демократизацією. Для урядів, які щиро бажають позбавлення олігархічного впливу на національний економічний розвиток, цей тренд має бути орієнтиром у розробленні соціально-економічної політики. Проте медаль завжди має оборотну сторону. Зміцнення суспільного сектору охорони здоров'я – це водночас і нарощування «неспроможностей», або «провалів» самої держави, зокрема в регулюванні ринку праці лікарів. Співвідношення вигод від державної охорони здоров'я і витрат зрештою впливають на граничний продукт – поліпшення здоров'я людей і тривалості їх життя. Коли витрати не враховуються, падають ефективність розподілу ресурсів та соціально-економічна ефективність галузі, а компенсувати ці витрати починає тіньовий ринок, який несе у собі відповідні негативні наслідки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В українській та російській економічній літературі проблеми функціонування ринку праці розглядаються досить широко. Найбільш відомими науковцями, хто його досліджує, є С. Бандур, З. Бараник, О. Волкова, В. Гриньова, Т. Заяць, Є. Качан, А. Калина, М. Кім, В. Міненко, В. Онікієнко, В. Павленков, І. Петров, С. Попов, М. Семикіна, Л. Шевченко, Н. Шульга та ін. Вони розглядають його сутність, особливості в Україні та інші аспекти – вплив глобалізації на цей ринок, шляхи підвищення конкурентоспроможності праці, його регіональні аспекти і вдо-

сконалення державного регулювання за допомогою сучасних технологій, дають статистичну оцінку цьому ринку. Деякі з них згадують монопсонію, але, за інерцією, відносно тільки сфери матеріального виробництва або, що сучасніше, як структуру комерційних роботодавців. Проблема державної монопсонії, особливо на ринку праці лікарів, майже не постає. Юристи, принаймні деякі з них, узагалі не вважають працю товаром, звідси впливає їх байдуже ставлення до будь-яких виявів ринкових структур, у тому числі монополістичного походження. Так, О. Процевський вважає, що «термін “ринок праці” можна вживати лише умовно, бо ніхто не продає і не купує здатність до праці. Праця – це усвідомлена та цілеспрямована діяльність людини, яка створює матеріальні та духовні блага для всього суспільства. Тому людська здатність до праці не може бути товаром, який є головним об’єктом ринку» [7, с. 39].

В унісон юристам медики теж уникають розмови про попит, пропозицію і продаж праці державних лікарів і медсестер. Абстрагуючись від глибинних соціально-економічних відносин і тіньової економіки, медичні дослідники торкаються більш поверхових організаційних проблем медичної праці, які адекватні скоріше ієрархії, ніж ринку. Багато уваги приділяється розподілу, умовам і оплаті праці порівняно з іншими галузями національної економіки, їх зв’язку з якістю праці лікарів, співвідношенню між первинним сектором охорони здоров’я і лікарняним. Сьогодні у наукових конференціях і пресі дуже часто загострюють питання про кричущу ситуацію з медичними кадрами в Україні, їх міграцією або старінням. Але мало хто дає повноцінний аналіз першопричин цього становища, включаючи наслідки державної монопсонії на ринку медичної праці.

Формулювання цілей. Між тим державна монопсонія містить багато «неспроможностей» і суперечностей розвитку охорони здоров’я та обмежень щодо підвищення якості медичної праці. Тому наше завдання – всебічно розглянути її сутність, методи стримування та вади для сучасного стану медичних працівників взагалі і українських фахівців зокрема, що має стати підґрунтям для подальшого пропонування шляхів зростання їх офіційних доходів (у взаємозв’язку з результатами професійної діяльності) науковцями різного профілю.

Виклад основного матеріалу. В економічній теорії монопсонію розглядають як різновид монополії, або недосконало конкурентний ринок одного покупця найманої праці. Зазвичай вона поширена там, де діє один роботодавець, – у географічно віддалених місцях, де працює одно велике підприємство, шахта, ферма та ін. Але аналіз необхідних умов для її виникнення дозволяє віднести до монопсоністичного ринку державну систему охорони здоров’я, яка, до речі, існує в багатьох європейських країнах. Класичним прикладом монопсонії є англійська національна система охорони здоров’я. Проте виня-

ток – Швейцарія, оскільки тут існують система приватного медичного страхування і конкуренція у попиті на працю. З тієї самої причини відсутня або слабка монополія в охороні здоров'я США, Філіппін, Австралії. Проте у Канаді вона дуже сильна. То про які умови функціонування монополії все ж таки йдеться?

Перш за все держава дійсно є якщо не єдиним, то домінуючим наймачем медичної праці, тому що обсяг державної охорони здоров'я суттєво вище за приватний сектор. Про це свідчить частка державної охорони здоров'я в загальних витратах на галузь, яка в 2008 р. становила: у Швеції – 81,9 %; Данії – 84,5 %; Чехії – 82,5 %; Великій Британії – 82,6 %; Люксембурзі – 84,1 % [12]. Вона збільшилася у 1960–2008 рр.: в Іспанії – на 23,5 %; Франції – на 24,7 %; Фінляндії – на 37,2 %; Канаді – на 64,8 % [12]. В Україні обсяг державної охорони здоров'я дорівнює майже 60 %.

Крім того, на державному ринку лікарів взаємодіє значна кількість кваліфікованих фахівців, причому їх освіта не закінчується отриманням диплому магістра, а продовжується в резидентурі. Загалом цей процес займає понад 10 років. Україна – не виняток: в медичній галузі у нас теж задіяно велику кількість високоосвічених людей. Так, якщо в промисловості України питома вага працівників з повною вищою освітою (які закінчили навчальні заклади III і IV рівнів акредитації) у обліковій кількості штатних працівників дорівнює 20,6, сільському господарстві – 11,1, транспорті – 19,7, будівництві – 20,5 %, то в охороні здоров'я і соціальному забезпеченні – 21,1 %. Ще переконливіше виглядають дані про питому вагу працівників з неповною, базовою та повною вищою освітою загалом, тобто які закінчили вищі навчальні заклади всіх рівнів акредитації. Якщо в промисловості їх кількість складає 43,9, сільському господарстві – 26,9, транспорті – 42, то в охороні здоров'я і соціальному забезпеченні – 63,5 % [8, с. 380]. Українські лікарі також проходять інтернатуру (перші роки роботи на посаді лікаря після закінчення медичного ВНЗ під наглядом кваліфікованого лікаря) і, як правило, продовжують підвищувати кваліфікацію в клінічній ординатурі або аспірантурі, а потім – у докторантурі.

Держава, яка здійснює монополізацію з боку попиту на працю медичних працівників, встановлює їх заробітну плату на єдиному рівні – наприклад, на рівні W_1 (рис. 1). Вона зазвичай нижче, ніж конкурентна ставка заробітної плати W_e , тобто рівноважна ціна на працю на досконало конкурентному ринку. Тоді крива попиту на працю медиків частково перетворюється на горизонтальну лінію (до точки b), а загалом вона набуває вигляду ламаної лінії W_1abD_e , яка свідчить про дефіцит праці. Його демонструє трикутник aeb . На ринку монополіста-підприємця цей дефіцит з'явиться скоріше, бо дуже низька заробітна плата малокваліфікованих робітників все ж таки впливає на їх рішення припинити працю і шукати іншу. Врешті-решт вони можуть переїхати в інший регіон країни. Що ж стосується медичних працівників, то вони зму-

шені погоджуватися з нею, бо їм значно важче покинути ринок праці, ніж представникам інших професій.

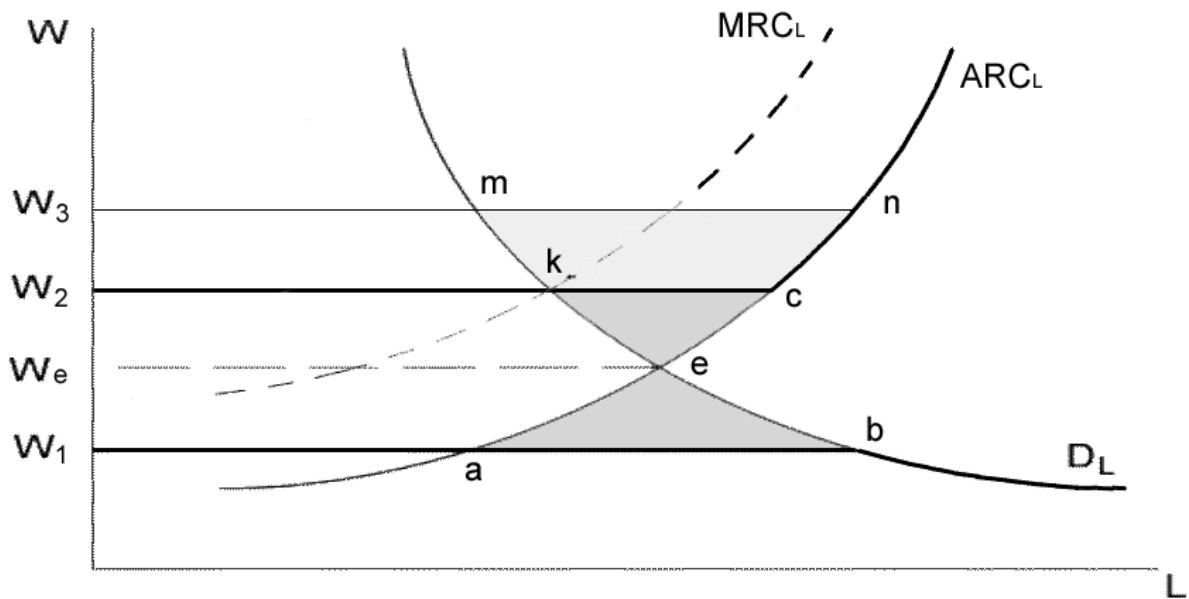


Рис. 1. Попит та пропозиція на монопсоністичному ринку

Річ у тім, що лікарська праця є відносно немобільною через особливі риси цієї професії. Лікарю складніше перекваліфікуватися, хіба що починати підприємницьку діяльність у фармацевтичній галузі. Зазвичай на освіту він витрачає значно більше грошей, часу, здоров'я, ніж, наприклад, менеджер, вчитель, інженер, економіст чи юрист. Тому значно вищі й альтернативні витрати від професійної переорієнтації. До того ж перенавчання можливе в тривалому, а не короткому періоді. Відносно низька еластичність пропозиції лікарів пояснюється також інституційним чинником – їх колегіальністю і корпоративністю, належністю до єдиної сім'ї медиків, схильністю скоріше до кооперації і співробітництва, ніж конкуренції, а також консервативною поведінкою, яка пов'язана з консерватизмом самої медицини. Ця галузь поєднує в собі біологічні і соціальні начала та виконує людинозберігаючу функцію. Обмеженість пропозиції праці лікарів можна пояснити також наявністю локальної географічної монополії в медицині. Її неминучість зумовлена прив'язаністю пацієнтів, яким тяжко пересуватися, до території медичного обслуговування. Типовими прикладами локальної монополії є поліклініки з територіальним закріпленням населення, сільські амбулаторії сімейного лікаря, а також центральні районні лікарні, розташовані за межами великих міст. Неможливість високої мобільності лікарів і медсестер на віддаленому регіональному ринку підпитує державну монопсонію.

Крім того, якщо монопсоніст-підприємець задля максимізації прибутку прагне заполучити додаткові одиниці праці, він змушено збільшує її оплату, причому не тільки на додаткові одиниці праці, а й на усі попередні, тобто підвищує оплату взагалі. У цьому разі граничні витрати (на рис. 1 – MRC_L) на найом праці переважають середні витрати (ARC_L) які, у свою чергу, збігаються з кривою пропозиції (завдяки єдиній ставці заробітної плати). Але державна монопсонія не в змозі привабити лікарів за рахунок інших галузей, бо вони не мають необхідної освіти. І за інших рівних умов держава втрачає сенс щодо стимулювання їх збільшенням оплати праці.

Отже, небезпека і головна вада економічної поведінки держави-монопсоніста полягає саме в *тривалому підтриманні верхньої межі заробітної плати* медичних працівників на відносно низькому рівні.

Оскільки державна монопсонія поширюється на переважну частину охорони здоров'я, то покинути її для медичного працівника є те ж саме, що і залишити національний ринок взагалі, тобто обрати для себе іншу державу. У США та Швейцарії, де монопсонія на ринку праці відсутня, еміграція лікарів з країни значно менша, ніж з Великої Британії. Більше того, в обох країнах на початку нового тисячоліття працювала найбільша частка іноземців-медиків. А, наприклад, з Німеччини тільки у 2009 р. виїхали майже 2 500 медиків. Загалом майже 17 тис. німецьких лікарів працюють за межами країни [2]. У свою чергу, вільні ніші німецького ринку праці заповнюють чеські лікарі. У 2010 р. майже 3,5 тис. з них виїхали на заробітки в країни Західної Європи, Азії і США. За цих умов українські лікарі емігрують у Чехію. Сьогодні їх в країні – майже 3 тис. [9].

Узагалі еміграція медичних працівників призводить до свого роду оголення ринку країни-донора від кваліфікованих фахівців та зниження якості медичних послуг, обмеженості вибору для пацієнтів. Проте розвинені країни розв'язують цю проблему за рахунок іммігрантів. Крім наведених прикладів, є ще державна охорона здоров'я Канади. Її уряд прийняв програму, метою якої є зменшення бар'єрів для іноземних медичних працівників. Очікується, що в 2011–2015 рр. канадський ринок праці прийме додатково 800 медсестер [5]. Виникає запитання: для кого Україна може стати державою-рецепієнтом? Теоретично – для медиків країн колишнього Радянського Союзу, а також арабських, африканських та індійських студентів, які тут навчаються. Зрозуміло, що це критична ситуація для національної безпеки країни, яка потребує програми, спрямованої на пошуки українських фахівців за кордоном і сприяння їх працевлаштуванню на батьківщині.

На жаль, стійко низький рівень заробітної плати медичних працівників в Україні підтримують ще такі чинники: зацікавленість у ньому гравців тіньового фармацевтичного і медичного ринку, неефективний у соціальному вимірі розподіл видатків державного бюджету, його дефіцит, недостатнє фі-

нансування охорони здоров'я взагалі порівняно з європейськими країнами, недосконале законодавство. Так, умовою зростання середньої ставки лікарів є адекватне зростання середньої зарплати у промисловості, бо чинною нормою є пункт ж) ст. 77 Закону України від 19 листопада 1992 р. № 2801–ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Він передбачає встановлення для медичних працівників у державних та комунальних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості. Але перехід до досконалішого постіндустріального етапу розвитку, якщо його брати за орієнтир, з часом перетворить цю залежність на певний тягар, оскільки відомо, що постіндустріальна економіка базується на знаннях, інноваціях, сфері послуг, а не на матеріальному виробництві та віддає пріоритет розвитку охорони здоров'я і освіти, тобто інвестиціям у людський капітал. Однак навіть за діючі законодавчі умови оплата праці медиків знаходиться у суттєвому програді. Так, якщо у листопаді 2010 р. середня заробітна плата штатних працівників промисловості України дорівнювала 2752 грн, в будівництві – 2023 грн, на транспорті – 2803 грн, в фінансовій діяльності – 4781 грн, то в охороні здоров'я та наданні соціальної допомоги – тільки 1677 грн [12]. Що стосується компенсації медичним працівникам первинної ланки в сільській місцевості, то самі лікарі вважають, що її розмір – принизливий [6].

З 1 січня 2011 р. мінімальну заробітну плату в Україні встановлено в розмірі 941 грн, але для працівників бюджетної сфери її залишили всупереч ст. 6 Закону України від 24 березня 1995 р. № 108/95–ВР «Про оплату праці» на рівні 613 грн, тобто кваліфіковані лікарі недоотримали щомісяця 500–600 грн. Більше того, зростає заборгованість щодо її сплати. За даними Держкомстату України, за її збільшенням у січні 2011 р. загалом в економіці на 10,4 % (до понад 1,34 млрд грн) найактивніше накопичували борги державні підприємства та установи: за рахунок коштів державних і місцевих бюджетів вони зросли на 35,8 % [4]. Це наслідок завдання МВФ щодо скорочення дефіциту Держбюджету 2011 р., великих витрат на Євро-2012 (у поточному році вони збільшаться удвічі – до 18 млрд грн), згорання низки соціальних програм і недостатнього перерахування коштів до місцевих бюджетів, що, вірогідно, призведе до збоїв у виплаті зарплати у ФАПх, поліклініках, сільських лікарнях протягом року. Місцеві бюджети, які лишилися додаткового джерела фінансування внаслідок скасування податку на володарів транспортних засобів і ринкового збору, не зможуть допомогти у заповненні цієї прогалини. Скоріше за все, альтернативою затримання зарплат для місцевих рад стане вимушене скорочування медичного персоналу за рахунок підвищення інтенсивності праці.

Узагалі зростанню офіційних доходів медиків заважає такий підхід до соціальної політики, коли національний рівень зарплати ставиться у залежність

не від цілей людського розвитку, а від рівня конкурентоспроможності товарів, що виробляються. Наприклад, заступник міністра соціальної політики України вважає, що підвищення зарплати призведе до не конкурентно високої вартості українських товарів не тільки відносно китайських, а й європейських аналогів. Логіка міркування така: за часи високих темпів зростання ВВП у 2000-х роках наша економіка спиралася на сформований за час кризи 1990–1999 років ресурс безробітних. Оскільки економічне зростання у 2010 р. призведе, на його думку, до нестачі робочої сили в розмірі 1,5–2 млн осіб, то замість підвищення заробітної плати треба запускати програму з наповнення України іммігрантами [3]. Залишимо за дужками очевидні негативні наслідки подібної міграційної політики у Європі, що саме по собі є суттєвим контраргументом і повчальним прикладом для України. Але ж не тільки практика, яка може перебувати під впливом випадкових чинників, а навіть канони теорії не корелюють із запропонованою ідеєю. Так, традиційна макро-економічна модель сукупної пропозиції, яка на певному етапі демонструє зростання заробітної плати, є спростуванням правильності її стримування на практиці. Ця модель адекватна циклічному розвитку ринкової економіки і враховує усі фази економічного циклу – і період неповної зайнятості та неповного використання обладнання, коли дійсно скорочується циклічне безробіття і ціни на зарплату майже не змінюються; і поштовхування, незначне зростання ціни праці при збільшенні обсягу національного виробництва; і період, коли економіка доходить до природного рівня зайнятості і піднесення. Саме в третій період ресурс безробітних вичерпаний, що, мабуть, і має на увазі замміністра, і для продовження виробництва підприємці і держава збільшують заробітну плату.

Інша річ – від її рівня не повинна відставати продуктивність суспільної праці. Відповідно до загальновідомої виробничої функції Кобба-Дугласа, яку розвив далі американський економіст Д. Кларк, обсяг національного доходу залежить не тільки від праці, а й від капіталу, а також від темпів науково-технічного прогресу і ефективної підприємницької діяльності. Тому головне завдання стосовно підвищення конкурентоспроможності наших товарів – це інновації та інвестиції в наукомісткі виробництва, нові технології, протидія «відпливу мізків», ліберальні умови для підприємницької діяльності, ефективні менеджмент і маркетинг, а не штучне стримування зарплати, що негативно позначається, зокрема, на медичних працівниках.

На наш погляд, існує інша ідеологія соціальної політики, якій Україні слід дотримуватися, – це, навпаки, значне підвищення частки зарплати у ВВП, поліпшення індексу людського розвитку. Не слід також забувати і про ресурс так званих «заробітчани» з України, в тому числі тих, хто доглядає за безнадійно хворими людьми в Європі та Росії. Але одним із суттєвих стимулів для

їх повернення є знову ж таки значне, відчутне збільшення заробітної плати, що збігається з інтересами всіх працівників охорони здоров'я.

Не тільки доходи, а й умови праці лікарів стають заручниками державної монополії. Низька заробітна плата спонукає медичних працівників до додаткових доходів за межами лікарень, а інтенсифікація праці призводить до зростання серед них захворюваності та інвалідності. Унаслідок цього зростає кількість професійних помилок. Застаріле медичне обладнання несе загрозу життю і здоров'ю фахівців. Тому медики, які повинні оздоровлювати і лікувати хворих, самі помирають на 10–20 років раніше своїх пацієнтів. Останніми роками у них частіше виникають інфаркти, інсульти, психічні захворювання¹. Постійно зростає також кількість тих, хто захворів на туберкульоз і СНІД. Не захищене життя медичних працівників. Підвищуються навіть смертельні ризики професії, коли хулігани нападають на «Швидкі допомоги», а родичі померлих зводять рахунки з лікарями. Саме медики у першу чергу відчувають на собі наслідки будь-яких реформ. Наприклад, лікарів однієї з поліклінік столиці примушують вступати до муніципальної лікарняної каси, інакше їм загрожує зняття надбавки до заробітної плати або зовсім звільнення, хоча доплати їм за рахунок цих кас відсутні [1]. Поки також незрозуміло, як позначиться на лікарях створення госпітальних округів у перебігу реформ (один – на 150 тис. сільського населення), інструментом яких є підвищення ефективності розподілу ресурсів охорони здоров'я і використання позитивного ефекту масштабу. Адже втрата звичного місця роботи – це стрес і погіршення здоров'я медичного працівника.

Політичні події в січні-лютому 2011 р. на Близькому Сході показали, що навіть там страждають наші медики, які змушені експортувати свої послуги з причини низької зарплати на батьківщині (у Лівії, наприклад, вона приблизно у 10–15 разів вище, ніж в Україні). Саме вони в перші дні під кулями і вогнем, без відпочинку надавали допомогу раненим мешканцям Тріполі та інших міст. Але ж наша держава має бути зацікавлена в лікуванні перш за все українців, здоров'я яких погіршується. Можливо, до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який у ст. 19 прописує обмеженість державою експорту товарів, необхідних для охорони здоров'я, якщо це перешкоджає інтересам охорони здоров'я населення України, слід додати гарантію обмеженості експорту медичної праці з тієї самої причини. Такою гарантією має стати адекватна її оплата в Україні.

¹ Кричущий випадок, який стався у лютому 2011 р., коли лікар вивіз із Київської лікарні і залишив на морозі п'ять бездомних пацієнтів, аби їх забрала «Швидка допомога» в іншу лікарню, свідчить не тільки про падіння моралі ескулапів і значущості клятви Гіппократа, а й про фізичне і психологічне перенавантаження лікарів, надмірну залежність від авторитарних рішень керівників, роздратованість, нестачу часу для нормального відтворення здатності до якісної праці, особливо після перенавантажених чергувань уночі.

У розвинених країнах на користь протидії стримуванню доходів медиків спрацьовують нецінові чинники попиту на їх працю, пов'язані з подовженням тривалості життя людей, зростанням ВВП і розмірів держбюджетів, усвідомленням необхідності інвестування у людський розвиток як умови процвітання держави, збігом національних і владних інтересів у поліпшенні здоров'я людей. Але найсуттєвішу урівноважуючу роль у падінні ціни праці нижче конкурентної ставки заробітної плати за кордоном відіграє монополізм медичних асоціацій, які зазвичай ведуть переговори з місцевими органами влади, беруть участь у складанні контрактів, де обумовлюються оплата і умови праці лікарів. Вони виступають у вигляді закритої профспілки. Доступ до них обмежено такими бар'єрами, як наявність медичної освіти, ліцензій (у багатьох країнах їх видають самі асоціації), необхідність складання тестових іспитів для емігрантів. У Великій Британії, наприклад, для того, аби потрапити до ланки лікарів, кваліфікацію яких занесено до списку визнаних ВООЗ медичних шкіл, необхідно продемонструвати об'єктивні докази про знання та навички. Лікар повинен успішно скласти обидва тести: мовний та загальномедичний. Після цього він отримує обмежену реєстрацію на 12–18 місяців, яку далі відновлюють. І тільки тоді можна подати заявку на отримання повної реєстрації лікаря. Але іноді обмежена реєстрація може відновлюватися протягом п'яти років, тобто процес затягується.

Теоретично монополістичне об'єднання лікарів спроможне впливати на встановлення досить високої ставки заробітної плати, наприклад W_2 . На рис. 1. попит на працю в цьому разі демонструє крива попиту на працю W_2k , яка відображає надлишок праці. Його відображає трикутник $k e c$. Але насправді через стикання інтересів між монополістом і медиками приймається компромісне рішення про встановлення їм заробітної плати – тоді її ставка прагне рівноважного рівня W_e . Тобто, медичні об'єднання мінімізують вадю монополії, оскільки сила однієї монополії (з боку пропозиції) протистоїть силі іншої монополії (з боку попиту). І тоді на ринку праці лікарів і медсестер створюється білатеральна монополія.

Що стосується України, то тут компенсаторну роль виконують не медичні асоціації, а скоріше неформальні, тіньові платежі. Некомерційний сектор неактивний. Громадські організації створюються заради або суспільного розв'язання болючих проблем (організації чорнобильців, батьків хворих дітей, інвалідів), або це різноманітні групи самовдосконалення лікарів, клуби за інтересами тощо, або правозахисні медичні організації, або добровільні організації, що спрямовані на допомогу хворим, похилим, наркоманам, ВІЧ-інфікованим людям (назви їх проектів «Зупинімо туберкульоз», «Рак вилікуємо» та ін). Функціонування українських організацій відрізняється від зарубіжних більшою залежністю від політичних чинників, тиску зацікавлених сторін, різноманітних пристрастів спонсорів. Функцію протидії державі-монополісту вони не виконують.

Проте її невільно взяла на себе тіньова економіка охорони здоров'я, що процвітає. Держава перестає бути єдиним покупцем їхніх послуг, ця «місія» розподіляється між нею та платоспроможними пацієнтами. Так, відповідно до результатів телефонного опитування, проведеного Інститутом Горшеніна на тему «Корупція в українській медицині» з 25 по 27 лютого 2011 р., найбільшій кількості мешканців України (68,6 %) доводилося упродовж останнього року сплачувати послуги лікарів у медичних закладах [10]. На відміну від професіональних об'єднань, які на офіційно договірній основі, тобто публічно, розв'язують проблеми заробітної плати і виступають від імені продавця медичної праці, неформальні платежі працівникам – це угоди за умовчанням або завуальовані платежі покупців. Але вони так само послабляють моносоністичну обмеженість доходів лікарів і медсестер, збільшуючи їх, і певною мірою стимулюють конкуренцію між пацієнтами за кваліфіковану медичну працю. У цьому разі крива попиту $W_1 abD_L$ на графіку втрачає сенс. Її графічне відображення наближається до класичної кривої попиту D_L і відзеркалює базову сутність закону попиту на ринку – за інших рівних умов попит на товар (працю) зростає в зворотній залежності від ціни. Кожна точка на цій кривій означає різні рівні доходів лікарів, які містять не тільки зарплату, а й неформальні платежі.

Навіть якщо їх сумарний обсяг нижче, ніж рівноважна заробітна плата W_E , але вище, ніж моносонічна ставка W_1 , дефіцит праці скорочується. Насправді, в українській практиці поширеною ситуацією є така, що рівень доходів деяких медиків з урахуванням тіньових платежів стійко вище, ніж заробітна плата W_E . Вони часом перевищують рівень W_2 і зупиняються на рівні, наприклад, W_3 . Це пояснюється асиметрією інформації на ринку медичних послуг і можливістю лікаря впливати на кількість і відповідно на вартість лікування. Штучно вони підтримують або перевищують пропозицію своєї праці. Трикутник $m e n$ більше за трикутник $k e c$. Особливо це характерно для великих міст і столиць. Тіньові доходи лікарів виконують компенсаторну функцію (хоча й ірраціонального типу) щодо моносоністичного регулювання ціни праці, але, з другого боку, призводять до нерівного доступу до лікування, залежно від платоспроможності пацієнтів.

Ще одним наслідком державної моносонії на ринку праці є примхливе співіснування дефіциту і надлишку праці, тобто структурне безробіття. Для деяких європейських країн, зокрема Німеччини, характерна нестача лікарів загальної практики – сімейних лікарів. У 2010 р. німецькі медичні фонди, асоціації і приватні страхові компанії розпочали підтримку лікарів, які бажають спеціалізуватися на загальній практиці, головним чином доплачуючи їм суттєву частину заробітної плати. Рівень фінансової допомоги варіюватиметься залежно від земель [11, с.7]. У Великій Британії, як і в Канаді, не вистачає медичних сестер, лікарні запрошують їх із країн Центральної та Східної Європи.

В Україні структурне безробіття в охороні здоров'я зумовлене доступом до додаткових неформальних доходів. Так, за великою пропозицією праці вузькопрофільних фахівців (у хірургії загального профілю, травматології, урології, гінекології, дерматології) в Україні не вистачає фтизіатрів, патологоанатомів, рентгенологів, сімейних лікарів в сільській місцевості, медичних сестер «Швидкої допомоги» і в дільничній медицині. За підрахунками МОЗ України, нам необхідно приблизно 30 тис. сімейних лікарів, а зараз їх – 7 тис. У стоматології також не вистачає імплантологів, пародонтологів та гігієністів. Ще недавно Київський і Харківський національні медичні університети були недосяжною мрією для випускників з інших областей, а нині вони складають майже половину його абітурієнтів. А в медичних коледжах столиці, які готують фельдшерів та медичних сестер, киян, за даними преси, майже немає. Тобто неможливість протидії обмеженості заробітної плати навіть за допомогою додаткових доходів, яка до того ж посилюється небезпекою праці окремих спеціальностей, породжує цілі ніші ринку медичних послуг, які не цікавлять можливих надавачів і поступово пустіють. Незначні поступки з боку держави, як, наприклад, підвищення заробітної плати відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2011 р. № 123 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз», відіграють роль тільки відносно до тих лікарів, хто вже працює і, можливо, не залишить цю галузь охорони здоров'я за інерцією. Але це не ті доходи, які приваблюють майбутніх фахівців.

Альтернативою посилення монопсонії є розвиток приватної медицини, яка до того ж є конкурентом тіньового ринку у державному секторі охорони здоров'я, активізує інноваційну діяльність і підтримує прогресивну структурно-технологічну перебудову галузі. Проте і вона, у свою чергу, має пагубні неспроможності, а саме: приватний ринок не здатний створювати позитивні екстерналії для суспільства (особливо це стосується інфекційних захворювань), провокує штучне зростання асиметрії інформації про якість діагностики і лікування і, найголовніше, призводить до суттєвої нерівності у споживанні медичних послуг залежно від платоспроможності пацієнта. Крім того, стартові інвестиції у приватні медичні клініки України доходять до сотень тисяч доларів і окупляються тільки у тривалому періоді. Це не цікавить вітчизняний бізнес, налаштований на негайний інтерес. Сучасні підприємці намагаються інвестувати у дуже прибутковий фінансово-промисловий сектор і отримувати надприбутки. Тому наша приватна медицина не охоплює всі сегменти охорони здоров'я, орієнтується на споживчий попит і переважає у діагностиці і лабораторних дослідженнях. Крім грошових бар'єрів, перепорою розвитку приватного медичного ринку є також недосконалість законодавства, бюрократія і нестача кваліфікованих медичних кадрів.

Висновки. Функціонування суспільного сектору охорони здоров'я означає в той же час тиск державної моносонії на ринок медичної праці. За інших рівних умов, це призводить до монополюно низької ціни праці лікарів та медсестер, погіршення її умов, зниження якості діагностики і лікування та еміграції медичних працівників. У розвинених економіках цьому протидіє монополізм професіональних медичних асоціацій. Але в Україні цю функцію невільно виконує тіньова економіка, яка збільшує доходи лікарів, та приватний медичний сектор. Платою за це є порушення конституційного принципу рівного доступу до охорони здоров'я для мешканців країни, зростання захворюваності, погіршення індексу людського розвитку, який визначається щорічно ООН.

З цієї точки зору поширена в медичній літературі, а також у багатьох висловлюваннях управлінців охорони здоров'я, у тому числі МОЗ, думка про створення єдиного медичного простору [див., напр. 6]. потребує ретельного обміркування. Навіть ґрунтовні аргументи щодо переведення багатьох відомчих медичних закладів під підпорядкування МОЗ з причин усунення непотрібного дублювання медичних послуг, надмірного ліжкового фонду та підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я, удосконалення медичної статистики, схоже, не на часі. Цей крок, скоріше, збільшуватиме силу державної моносонії на ринку медичної праці. В умовах переважання в парламенті та місцевих радах інтересів фінансово-промислових груп, які наразі безперечно відхиляються від державно-національних інтересів, слабкої законодавчої ініціативи МОЗ (до речі, його зараз очолює вже 15-й за роки незалежності міністр), неефективного менеджменту та слабкого впливу медичних громадських організацій і профоб'єднань на рівень офіційних доходів лікарів, це призведе до подальшого штучного їх стримування.

ЛІТЕРАТУРА

1. В больничную кассу врачей загнали под угрозой увольнения [Электронный ресурс] / Газета по-киевски. – 2011. – 27 янв. – Режим доступа : <http://mycityua.com/news/city/2011/01/27/123727.html>.
2. В Германии может начаться дефицит врачей [Электронный ресурс] / Главное. – 2010. – 5 сент. – Режим доступа : <http://glavnoe.ua/news/n57701>.
3. В Україні бракує робочої сили [Електронний ресурс] / Економ. правда. – 2011. – 11 лют. – Режим доступу: <http://www.epravda.com.ua>.
4. Держкомстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
5. Интеграция врачей, получивших образование за пределами Канады [Электронный ресурс] / Canadian immigration services. – Режим доступа : http://www.canada-ua.com/immigration_news.html.

6. Лиманський Р. Має бути єдине медичне поле / Р. Лиманський // Ваше здоров'я. – 2011. – 18 лют. – № 7. – С. 4.
7. Процевський О. І. Шляхи забезпечення балансу інтересів сторін трудового договору / О. І. Процевський // Зб. наук. праць. – Х. : Харк. нац. пед. ун-т, 2006. – Вип. № 7. – С. 39–42.
8. Статистичний щорічник України за 2009 р. – К. : Держ. підприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – 566 с.
9. Чешские врачи бегут на Запад [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ubr.ua/labor-market/ukrainian-labor-market/>.
10. Украинцы считают систему здравоохранения коррумпированной [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://health.unian.net/rus/detail/217082>.
11. Garrido M. V. Specialists in Germany / M. V. Garrido // Euro Observer. – Summer 2010. – Vol. 12. – № 2. – С. 6–7.
12. OECD Health Data [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html.

ИЗДЕРЖКИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОНОПСОНИИ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКОГО ТРУДА

Каминская Т. М.

Посвящено издержкам монопсонии на рынке труда медицинских работников. К ним относятся сдерживание цены труда, эмиграция и снижение качества медицинских услуг. В развитых странах компенсаторную роль играют медицинские ассоциации, которые противостоят монопольному давлению государства на зарплату. В Украине – теневая экономика, она не способствует воплощению конституционного права граждан на равный доступ к здравоохранению.

Ключевые слова: монопсония, рынок медицинского труда, медицинская услуга, миграция, зарплата.

THE FAILURES OF THE PUBLIC MONOPSONY IN THE HEALTH LABOUR MARKET

Kaminskaya T. M.

The article is covering the weaknesses of the medical labour market monopsony. One can refer to them the labour price containment, emigration and diminishing of the medical services qualities. In the developed countries the compensative role is executed by the medical associations that provide a countervailing power to the government press on the salary. In Ukraine the same role belongs to the shadow economy but it does not promote the implementation of the constitutional human rights on the equality of access to health care.

Key words: monopsony, health labour market, medical services, migration, salary.