

ЕКОНОМІЧНІ СКЛАДОВІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОЦЕСІВ РЕСУРСНО-ІНВЕСТИЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Доведено, що державна фінансово-економічна політика реформування системи охорони здоров'я повинна бути послідовною, науково обґрунтованою та орієнтованою на споживача медичних послуг. Тільки за таких умов можна буде здійснити перехід до ринкових форм господарювання, але з чіткою соціальною спрямованістю та запровадити дійсно ефективний організаційно-економічний механізм державного регулювання процесів ресурсно-інвестиційного забезпечення в системі охорони здоров'я.

The state financial and economic policy of reforming of public health system should be consecutive, science-based and focused on the consumer of medical services. Only in such conditions it will be possible to carry out transition to market forms of managing, an accurate social orientation and to introduce really effective economical mechanism of government regulation of resource-investment maintenance in the public health system.

Однією з головних проблем системи охорони здоров'я є нестача коштів, потрібних для її функціонування. Залишаючись галуззю, що фінансується переважно з державного бюджету, охорона здоров'я потребує запровадження механізмів залучення додаткових коштів для забезпечення громадян гарантованою безоплатною медичною допомогою.

Аналіз стану вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить, що показники темпів та якості інноваційних процесів у відповідній сфері залишаються надзвичайно низькими, що має такі негативні прояви: відсутність єдиної продуманої системи державної підтримки розвитку охорони здоров'я; недостатність і неефективність фінансування інноваційних напрямів у системі охорони здоров'я; наявність несприятливого інституційного середовища, що проявляється відсутністю дієвої інноваційної інфраструктури. У результаті постійно зростає відставання рівня розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я від рівня розвинутих країн світу і навіть країн пострадянського простору. За умови збереження наявної ситуації, з кожним роком в Україні посилюється технологічне відставання від провідних країн світу, блокуються можливості формування стійкого економічного зростання на основі використання інновацій.

Для підвищення соціальної відповідальності держави за здоров'я суспільства необхідно забезпечити виконання конституційних зобов'язань перед громадянами, а також виділення коштів на розвиток охорони здоров'я в розмірі не нижче 5 % ВВП, згідно з Законом України “Основи законодавства про охорону здоров'я”. Для цього необхідно створення умов для залучення в охорону здоров'я інвестицій із недержавних джерел. Це можуть бути податкові пільги для підприємств, які вкладають кошти в розвиток охорони здоров'я регіону, міста, сільської місцевості, а також у підтримку і зміцнення здоров'я населення відповідних територій. Посилення соціальної відповідальності бізнесу можна стимулювати за допомогою взаємовигідних економічних методів (фіскальна, кредитно-грошова політика).

Торкаючись фінансово-економічних механізмів реформування системи охорони здоров'я, необхідне вдосконалення принципів бюджетного фінансування галузі. Потрібно законодавчо затвердити правила прийняття Програми державних гарантій разом із затвердженням бюджету на її фінансування. На сьогодні навіть за очевидного браку бюджетних коштів, обсяги державних гарантій залишаються незмінними. У результаті “на папері” бюджет повністю оплачує медичні послуги в установленому обсязі, у реальності ж ці кошти не покривають навіть собівартості медичного обслуговування населення, не кажучи про зростання оплати праці медичних працівників [8].

Одним із засобів державної фінансової підтримки та розвитку галузі охорони здоров'я повинно бути формування державного замовлення на інноваційну продукцію. Створенню ефективних схем фінансування інноваційно-інвестиційної діяльності в системі охорони здоров'я сприятиме започаткування державного замовлення на окремі інновації.

Оскільки економічна роль держави полягає в забезпеченні загальнодержавних потреб і захисту інтересів соціально незахищених верств населення, державним замовленням як інструментом державного регулювання формуються завдання на виготовлення, постачання медичної техніки та фармацевтичної продукції, виконання робіт і надання послуг за номенклатурою і в обсягах, що забезпечують реалізацію державних цільових програм у галузі охорони здоров'я [3].

Організаційно-економічний механізм управління процесом реалізації державних цільових програм передбачає створення спрямованої на реалізацію передбачених програмою заходів системи правових, адміністративних та економічних регуляторів. Державний контракт є основним документом, який урегулює економічні, правові й організаційні відносини між державним замовником і виконавцем в особі, наприклад медичного закладу. У контрактах мають бути зазначені вимоги щодо обсягів, номенклатури та якості продукції (робіт, послуг), а також чітко визначені строки поставок продукції (виконання робіт, надання

послуг) конкретним споживачам [2].

Державним замовленням як засобом державного регулювання процесів у системі охорони здоров'я можуть охоплюватися наукові установи, медичні заклади та виробничі підприємства різних форм власності, які задіяні в процесі наукових розробок, виробництва товарів медичного призначення та забезпеченні надання медичних, соціальних, освітніх послуг у системі охорони здоров'я. Вони можуть надавати до органів державної виконавчої влади, що формують державне замовлення, пропозиції щодо включення їхньої продукції та послуг до державного замовлення.

Ураховуючи дієвість механізму державного замовлення та виходячи із завдань розвитку національної системи охорони здоров'я, державний вплив у цій формі доцільно поширювати на об'єкти державного регулювання, які є вирішальними або без підтримки яких держава неспроможна забезпечити нормальне функціонування медичної галузі. Державне замовлення певною мірою може стимулювати розвиток галузі, сприяти впровадженню нових технологій.

Державне замовлення на проведення найважливіших розробок, які спрямовані на перетворення в системі охорони здоров'я, може бути ефективним засобом здійснення державної політики в цій сфері, стимулювання розвитку пріоритетних напрямів реалізації державних і регіональних програм, що забезпечить заклади охорони здоров'я сучасним медичним устаткуванням та лікарськими засобами, зменшуючи залежність від імпорту. Це приведе до значного ресурсозаощадження, підвищення продуктивності праці, а головне – забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою.

Державне замовлення на інноваційні розробки у вигляді кінцевої продукції, послуг або нових організаційних підходів за пріоритетами розвитку системи охорони здоров'я реалізується через державні закупівлі. Для найбільш ефективного використання коштів Державного бюджету замовлення на постачання продукції та послуг для потреб медичної галузі можуть розміщуватися шляхом проведення аукціонів, конкурсів, відкритих і закритих торгів, у тому числі тендерних торгів загальнодержавного, регіонального та муніципального рівнів.

Держконтракт як регулятор інноваційних процесів у системі охорони здоров'я можна застосувати й до підприємств з недержавною формою власності, продукція яких є необхідною для державного споживання.

Суперечливими за чинною нормативно-правовою базою уявляються перспективи врегулювання відносин між розпорядниками бюджетних коштів та закладами охорони здоров'я в системі охорони здоров'я. Зараз, на жаль, процеси децентралізації управління і пропонувані кроки реформування системи охорони здоров'я не погоджено з бюджетними відрахуваннями, що може призвести до різкого скорочення обсягів спеціалізованої медичної допомоги на місцевому рівні, причому ці

процеси матимуть не природний, а радше, штучний характер. Як наслідок, органи місцевого самоврядування спробують позбутися витратних спеціалізованих установ і вивести їх зі складу районних лікарень у вигляді спеціалізованих автономних підрозділів і кабінетів, щоб не утримувати їх коштами місцевих бюджетів.

Особливе занепокоєння сьогодні викликає забезпеченість лікувально-профілактичних закладів діагностичним обладнанням, не кажучи про зношеність і потребу в заміні обладнання, що існує. Це пов'язано, у першу чергу, з невідповідністю потреб галузі тим відрахуванням на охорону здоров'я, які передбачені бюджетами всіх рівнів.

Основною причиною незадовільного стану медико-технічного забезпечення охорони здоров'я є недостатнє фінансування медичних закладів та, як наслідок, відсутність оновлення основних фондів і модернізації обладнання. Критичний обсяг фінансування закладів охорони здоров'я зумовив значне виснаження матеріально-технічної бази (понад 80 % медичного устаткування застаріло й вимагає заміни). Крім того, відбувається повсюдне вимушене спрощення (примітивізація) технології надання медичної допомоги з метою її здешевлення, особливо на госпітальному етапі. Реально система охорони здоров'я, що існує, може безкоштовно надавати пацієнтам тільки життєво необхідні види медичної допомоги.

У розвинених країнах серед заходів охорони здоров'я на перший план виходить рання діагностика й високоспеціалізоване лікування на основі використання останніх досягнень медичної науки і техніки. Нам же в умовах практичної руйнації власної промисловості, у тому числі й високоточної медичної, залишається орієнтація на первинну медико-санітарну допомогу і профілактичний напрямок медицини як низьковитратні напрямки.

Зокрема, якщо в системі рівень заробітної платні низький, установлення дорогого обладнання (комп'ютерні томографи та ін.) економічно не вигідне, оскільки витрати на експлуатацію такого обладнання перевищують рівень заощаджених коштів на оплату робочої сили. У цьому приховується причина вкрай незадовільного використання сучасних приладів у медичних закладах, відставання розвитку інженерних служб у лікарнях [6].

Якщо наочніше, то з плином часу технічні та метрологічні характеристики лікувально-діагностичних приладів і медичного устаткування змінюються, що в результаті призводить до отримання неправильних результатів вимірювань і, як наслідок, до встановлення необ'єктивного діагнозу навіть за повного дотримання всіх норм і методик дослідження.

Розглядаючи матеріально-технічну сторону ресурсної складової медичної галузі, треба розуміти сутність базових категорій, якими є

капітал, інвестиція та амортизація, оскільки між ними існує вагома різниця. Під капіталом мається на увазі запас виробничих фондів. Інвестиція являє собою потік, спрямований на збільшення капіталу. Амортизація – зворотний потік, пов'язаний зі зменшенням обсягу капіталу за умов використання виробничих фондів. Різниця між даними концепціями суттєва, оскільки визначає інвестиції як виключно важливий і динамічний вид діяльності, що здатний корегувати структуру капіталу в медичній галузі [10].

Сьогодні, коли у вітчизняній системі охорони здоров'я склалася катастрофічна ситуація із забезпеченням обладнанням та апаратурою медичного призначення, що ускладнює і без того критичний стан у галузі, виходом із ситуації, як уже зазначалося, може бути фінансовий лізинг. Його основна перевага в тому, що в умовах ринку медичної техніки, що динамічно розвивається, він дозволить лікувально-профілактичним закладам уникнути морального зношення обладнання, суттєво не вплине на статті видатків і надасть можливість у стислі терміни закрити питання ресурсозабезпечення.

В умовах обмеженого бюджетного фінансування лізинг може виступати як один з інструментів кредитування різних операцій з купівлі обладнання та інших вартісних товарів медичного призначення. Це особливий вид інвестування. Його застосовують, передусім, у випадках, коли виникає потреба в придбанні коштовного обладнання. За схемою лізингу можна брати в довгострокову оренду переважно сучасне устаткування, діагностичну апаратуру, контрольньо-вимірювальні прилади, цілісні технологічні комплекси, медичне устаткування. По закінченні терміну лізингового договору і виплати орендарем повної вартості майна й визначених відсотків це майно може бути його власністю або, якщо це обумовлено договором, повертається лізингодавцеві.

Під час провадження фінансового лізингу, майно, яке передано за договором лізингу, повністю амортизується та по закінченні строку договору лізингоотримувач викуповує предмет лізингу за залишковою вартістю [13]. Під амортизацією розуміється процес поступового перенесення вартості засобів праці (у міру їх зносу) на вартість виробленого з їхньою допомогою продукту з метою акумуляції грошей для подальшого повного відновлення зазначених засобів праці [11].

Для лізингоодержувача переваги лізингу полягають у тому, що лізингові платежі відносять на собівартість продукції (послуг), що дозволяє зменшити базу оподаткування і податкові платежі [5].

Отже, реалізація проектів ресурсно-інвестиційного забезпечення в системі охорони здоров'я може здійснюватися шляхом використання державою інструменту лізингу. Однак у ч. 3 ст. 21 Бюджетного кодексу України наголошується, що “бюджетна установа не має права здійснювати запозичення в будь-якій формі або надавати за рахунок бюджетних коштів

позички юридичним та фізичним особам, крім випадків, передбачених Законом України “Про Державний бюджет України”, що значно звужує можливості організацій і установ соціальної сфери в придбанні устаткування за лізинговими схемами [1].

Це положення не виключає можливості участі організацій і підприємств соціальної сфери в лізингових угодах, однак значно звужує участь у них бюджетних установ і, по суті, входить у суперечність із бажанням Міністерства економіки України розвивати в соціальній сфері інвестиційні проекти за допомогою лізингу.

Лізингові операції розглядаються як перспективний вид фінансування медичної галузі. Як аргументи, що обґрунтовують доцільність даного способу фінансування, можна навести таке: по-перше, бажання придбати складне та рідкісне медичне устаткування та апаратуру; по-друге, можливість використовувати дану форму як засіб боротьби з моральним старінням обладнання; по-третє, можливість використовувати її при наявній потребі в галузях, не пов’язаних з основною діяльністю (наприклад, у транспортних засобах для перевезення хворих); по-четверте, бажання уникнути гарантійної та авансової застав, оскільки дана форма фінансування їх не передбачає [14].

Основною умовою укладання договорів фінансового лізингу повинні бути розроблені згідно із законодавством цільові комплексні інноваційні програми, що спрямовані на якісні зміни системи охорони здоров’я. Виходячи з програмних цілей та завдань, можна планувати обсяги фінансового покриття договорів лізингу за рахунок коштів галузевого інноваційного фонду. На нашу думку, відродження галузевих інноваційних фондів може стати важливою ланкою в інвестуванні інноваційних процесів у системі охорони здоров’я.

Отже, фінансовий лізинг здатен бути тим механізмом, за допомогою якого можна вирішувати питання забезпечення галузі необхідним сучасним медичним устаткуванням, а також кваліфікованим технічним супроводом, що значно поліпшить якість лікувально-діагностичного процесу.

На сьогодні інновацією у вигляді організаційно-технічного рішення можна вважати створення дієвого механізму забезпечення галузі діагностичним обладнанням. Пропонуємо здійснення цього процесу шляхом створення спеціалізованих державних і комунальних фінансово-кредитних установ, правове забезпечення якого регламентується Законом України “Про інноваційну діяльність” [4].

Але для реалізації цього проекту, наприклад, забезпечення діагностичним обладнанням, треба, щоб, згідно зі ст. 13 зазначеного Закону, “суб’єкт інноваційної діяльності подав для реєстрації інноваційний проект”. При цьому суб’єктом інноваційної діяльності може бути структура, яка має статус підприємства, але не бюджетної установи. Тому,

враховуючи напрацювання вітчизняних науковців, які досліджували питання щодо створення державних і комунальних підприємств у галузі охорони здоров'я [9; 12], можна стверджувати, що для цього зараз уже існують деякі передумови, але ж процес відбувається дуже повільно. І тому лише тоді, коли медичний заклад матиме відповідний статус та зможе отримати від спеціалізованої фінансово-кредитної установи кошти або устаткування для обладнання на безвідсотковій основі, можна буде казати, що в цьому полягатиме основна перевага таких кроків.

Проблему забезпечення діагностичним обладнанням може бути вирішено тільки за умов, коли медичний заклад стане суб'єктом господарювання і зможе здійснювати відповідну господарську діяльність. Необхідно враховувати ще й інші закони. Наприклад, законодавство про державне регулювання у сфері господарської діяльності. Хоча головним законодавчим документом, який визначає фінансово-економічні відносини, залишається Бюджетний кодекс України і щорічно затверджуваний Закон України "Про Державний бюджет України".

Підсумовуючи вищевикладене, треба наголосити, що головна ідея створення механізму забезпечення медичної галузі діагностичним устаткуванням полягає в тому, щоб створити єдине державне на рівні області, або комунальне (міське) підприємство, яке б об'єднало всі суб'єкти господарювання в цій сфері. У нашому випадку це можуть бути лікувальні заклади, що знаходяться в місті або в області, з метою створення єдиного потужного суб'єкта інноваційної діяльності, який здатен був від себе подавати інноваційні проекти і сподіватися на підтримку обласної чи міської ради щодо фінансування цих проектів, через створені відповідними державними органами спеціалізованої фінансово-кредитної установи [7].

Сьогодні перед Урядом України особливо гостро стоїть питання ресурсозабезпечення системи охорони здоров'я. Вирішення цього питання потребує координації зусиль різних міністерств та відомств на всіх етапах інноваційного процесу, починаючи з ідей та концептуальних підходів до покращання ситуації, визначення потреби в ресурсах, формування бюджетних пропозицій та визначення найбільш прийнятних позабюджетних джерел насичення галузі з визначенням конкретних механізмів регулювання процесу та закінчуючи забезпеченням кінцевого етапу – постачання, сертифікації, налагодження оснащення, використовуючи при цьому максимально прозорі шляхи задоволення кінцевого споживача на конкурсній основі.

Ефективність дій щодо збереження і зміцнення здоров'я громадян необхідно визначати на основі узагальнення результату взаємодії кожного суб'єкта соціально-економічних відносин у вигляді міжгалузевих показників діяльності, які орієнтовані на покращання здоров'я. Такими інтегральними оцінками можуть бути: нормативний прибуток, обсяг

інноваційного продукту; продуктивність; ступінь задоволення потреб у благах медичного призначення; величина додаткових фінансових відрахувань підприємств на розвиток охорони здоров'я регіону, міста, села та інше. У свою чергу такі підприємства, організації, фірми, які виконують загальнодержавні завдання профілактики та зміцнення здоров'я, повинні мати право на податкові пільги та преференції з боку держави.

Підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я в умовах обмеженості ресурсів передбачає зменшення державних витрат на ті види статей, які відповідають лише за зростання екстенсивних показників функціонування системи і не поліпшують її якісну складову. Навпаки, пропонується збільшити державні та сприяти залученню недержавних інвестицій у ті сектори системи охорони здоров'я, які працюють найбільш ефективно в напрямку забезпечення доступності та якості медичної допомоги всім верствам населення. Іншими словами, мова йде про визначення пріоритетів, на основі розуміння інноваційних процесів, які відбуваються в системі охорони здоров'я, або мають місце в більш розвинених країнах та раціонального застосування до їх регулювання відповідних державних механізмів.

Отже, якщо просто залучити додаткові кошти до охорони здоров'я, від цього мало зміниться якісний аспект. Тільки за динамічного розвитку інноваційної складової можна підняти вітчизняну охорону здоров'я на якісно новий рівень. Не має сенсу нарощувати нові джерела фінансування без реорганізації базису. Тільки після введення нових форм організації можна зрозуміти, звідки візьмуться додаткові джерела фінансування, та можна буде ефективно використовувати ці джерела.

Не можна спочатку побудувати структуру, а потім займатися функціями, і навпаки – цей процес взаємозумовлений. Інноваційні підходи до реформування системи охорони здоров'я, маючи на увазі медичну і фармацевтичну галузь, пропонуються, передусім, для того, щоб здійснювати одночасно і структурні, і функціональні зміни, стимулюючи одне іншим. Усе це повинно відбуватися відповідно до чітко визначених принципів і методів державного регулювання.

Таким чином, державна фінансово-економічна політика реформування системи охорони здоров'я повинна бути послідовною, науково обґрунтованою та орієнтованою на споживача медичних послуг. Тільки за таких умов можна буде здійснити перехід до ринкових форм господарювання, але з чіткою соціальною спрямованістю та запровадити дійсно ефективний організаційно-економічний механізм державного регулювання процесів ресурсно-інвестиційного забезпечення в системі охорони здоров'я.

Література:

1. Беккер Г. Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи, включая лицензирование и аккредитацию, а также медико-экономические стандарты / Г. Беккер / Abt Associates Inc. ; Проект “Здравреформ”. – М., 2000. – 58 с.
2. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К. : УЗ. – 2004. – 116 с.
3. Дудченко В. С. Основы инновационной методологии. – М. : На Воробьевых, 1996. – 68 с.
4. Жаліло Я. Економічна стратегія як категорія сучасної економічної науки / Я. Жаліло // Економіка України. – 2005. – № 1. – С. 20–27.
5. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.
6. Карамішев Д. В. Єдиний соціальний податок – панацея чи профанація / Д. В. Карамішев // Віче. – 2006. – № 6. – С. 46–48.
7. Карамішев Д. В. Процес планування стратегії управління та інноваційні перетворення в системі охорони здоров'я // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 47–51.
8. Могильницкая Т. Л. Совершенствование финансирования системы здравоохранения как важный фактор повышения мотивации труда медицинских работников / Т. Л. Могильницкая // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 5–7.
9. Райт Гл. Державне управління / Гл. Райт ; [пер. з англ.]. – К. : Основи, 1994. – 432 с.
10. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера. – 2005. – 271 с.
11. Солоненко Н. Д. Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні / Н. Д. Солоненко // Управління сучасним містом. – 2004. – № 3/7-9 (15). – С. 112–117.
12. Социальные ориентиры обновления : общество и человек. – М. : Политиздат, 1990.
13. Чевганова В., Брижань І. Кластери та їх економічне значення / В. Чевганова, І. Брижань // Економіка України. – 2002. – № 11. – С. 35–41.
14. Черниш О. І. Проблеми формування ринку медичних послуг в Україні // Фінансовий механізм державного управління економікою України : зб. наук. пр. ДонДАУ. – Донецьк, 2005. – Т. 6. – Вип. 49. – С. 87–99. – (Сер. “Державне управління”).

Надійшла до редколегії 22.01.2009 р.