

ІННОВАЦІЙНО-ІНВЕСТИЦІЙНА ПОЛІТИКА

Г.С. ЛОПУШНЯК,
д.е.н., головний науковий співробітник, НДЕІ Мініекономрозвитку і торгівлі України,
З.М. ЛОБОДИНА,
к.е.н., доцент кафедри фінансів, Тернопільський національний економічний університет

Фінансова політика інвестиційно-інноваційного розвитку охорони здоров'я

Аргументовано доцільність та охарактеризовано стан інвестування інноваційного розвитку медичної галузі. Детально проаналізовано динаміку та структуру фінансового забезпечення охорони здоров'я, практику здійснення видатків державного та місцевих бюджетів України на зазначену галузь. Виявлено основні проблеми доступності медичної допомоги для населення в контексті подолання соціального відторгнення від отримання послуг охорони здоров'я для підвищення рівня людського розвитку. Обґрунтовано напрями удосконалення фінансової політики інноваційно-інвестиційного розвитку охорони здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, доступність медичної допомоги, фінансова політика у сфері охорони здоров'я, інвестиції в охорону здоров'я, фінансове забезпечення охорони здоров'я, видатки державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я, капітальні інвестиції, субвенції.

Г.С. ЛОПУШНЯК,
д.э.н., главный научный сотрудник НИЭИ Минэкономразвития и торговли Украины,
С.М. ЛОБОДИНА,
к.э.н., доцент кафедры финансов, Тернопольский национальный экономический университет

Финансовая политика инновационно-инвестиционного развития здравоохранения

Аргументирована целесообразность и охарактеризовано состояние инвестирования инновационного развития медицинской отрасли. Подробно проанализированы динамика и структура финансового обеспечения здравоохранения, практика осуществления расходов государственного и местных бюджетов Украины на указанную отрасль. Выявлены главные проблемы доступности медицинской помощи для населения в контексте преодоления социального отторжения от получения услуг здравоохранения для повышения уровня человеческого развития. Обоснованы направления совершенствования финансовой политики инновационно-инвестиционного развития здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, доступность медицинской помощи, финансовая политика в сфере здравоохранения, инвестиции в здравоохранение, финансовое обеспечение здравоохранения, расходы государственного и местных бюджетов на здравоохранение, капитальные инвестиции, субвенции.

G. LOPUSHNYAK,
doctor Hab. in Economics, professor of the Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman,
Z. LOBODINA,
candidate of economic sciences, Assistant Professor of Finance of Ternopil National Economic University

Financial policy of innovation and investment development of health care

Condition of investment of innovative development of health care industry is described. Feasibility of such investment is reasoned. Dynamics, structure of financial support of health care and practice of the execution of expenditures of the State

and local budgets in Ukraine on indicated industry are analyzed in detail. The basic problems of physical and financial access to care for people in the context of overcoming social exclusion from receiving health services to enhance human development are founded out. Prospects of improvement of financial policy of innovation and investment development of health care are grounded.

Keywords: health care, availability of medical aid, financial policy in health care, investments in health care, financial support of health care, expenditures of state and local budgets on health care, capital investments, subventions.

Постановка проблеми. Становлення та побудова незалежної соціальної Української держави супроводжується розширенням державних соціальних зобов'язань в частині забезпечення реалізації прав людини на охорону здоров'я, освіту, духовний і фізичний розвиток, соціальний захист тощо.

Зважаючи на важливість покращення стану здоров'я нації для країни «...як базової складової простого відтворення робочої сили в умовах інтелектуалізації суспільного розвитку» [1, с. 11] та критичний стан медичної галузі України, роль держави у фінансуванні програм і заходів щодо охорони здоров'я постійно зростає і потребує впровадження інноваційних підходів до реалізації фінансової політики у зазначеній сфері.

Усвідомлення значущості системи охорони здоров'я для забезпечення високого рівня якості життя населення, а також розуміння необхідності її зміцнення для протистояння численним новим глобальним загрозам та викликам обумовлюють активну дискусію наукової спільноти щодо пріоритетів та шляхів реформування зазначеної галузі.

Аналіз досліджень та публікацій з проблеми. Проблематиці фінансової політики у сфері охорони здоров'я присвячені праці українських науковців – О. Василика, В. Войцехівського, В. Галайди, Д. Карамішева, С. Кондратюка, Н. Лакізи-Савчук, В. Лехан, Е. Лібанової, О. Макарової, Я. Радиша, В. Рудого, Г. Слабкого, В. Тропіної, С. Юрія та ін. Серед зарубіжних вчених цими питаннями займалися Т. Акімова, А. Малагардіс, Г. Поляк, Р. Салтман, В. Семенов, Л. Трушкіна, І. Шейман та ін.

Віддаючи належне проведеним дослідженням, потрібно звернути увагу на доцільність постійного розвитку наукових поглядів щодо удосконалення фінансової політики у сфері охорони здоров'я в контексті інвестиційно-інноваційних реформ зазначеної галузі та її впливу на доступність та якість медичних послуг населенню. З огляду на вищесказане не викликає сумніву актуальність дослідження сучасних тенденцій та засад реформування фінансового забезпечення охорони здоров'я, виявлення основних проблем та перспектив подолання соці-

ального відторгнення частини населення від отримання медичних послуг в контексті забезпечення людського розвитку.

Метою статті є оцінка проведених заходів у рамках реалізації фінансової політики інноваційно-інвестиційного розвитку сфери охорони здоров'я та обґрунтування напрямів удосконалення цієї політики.

Виклад основного матеріалу. Охорона здоров'я є важливим соціальним компонентом держави загального добробуту, визначальною складовою її соціальної політики, яка покликана забезпечити доступність медичної допомоги для всіх членів суспільства незалежно від рівня їх доходів.

За таких обставин зростає необхідність забезпечення державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я, задекларованих у Конституції України та інших правових актах, відповідним обсягом фінансових ресурсів.

На сучасному етапі інвестиції в охорону здоров'я розглядаються як інвестиції в людський капітал, а отже і як внесок у розвиток національної економіки та скорочення масштабів бідності. Як зазначає К. Павлюк, результати наукових досліджень К. Уінслоу показали, що до досягнення людиною 20-річного віку витрати на її здоров'я становлять приблизно \$20 тис., до 40-річного віку вона компенсує їх, а до 60 років прибуток від її праці дорівнює близько \$20 тис. [2, с. 145].

Саме тому у всіх країнах, що володіють великим економічним і науково-культурним потенціалом, здоров'я людей вважається вищою соціальною цінністю, а його охорона є важливим напрямом діяльності держави і суспільства та інтегральним показником успішності функціонування державних інституцій. Не є винятком і Україна, де право людини на охорону здоров'я закріплене у статті 49 Конституції України від 28.06.96 №254/96 ВР, статті 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 №2801-XII та статтях 283–284 Цивільного кодексу України від 16.01.2003 №435-IV.

У Конституції України також зазначено, що «...державою створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян ме-

Таблиця 1. Динаміка видатків державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у 2005–2013 роках

Роки	Обсяг видатків зведеного бюджету, млн. грн.	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		обсяг видатків, млн. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %	обсяг видатків, млн. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %
1	2	3	4	5	6
2005	15476,47	3508,079	22,7	11968,39	77,3
2006	19737,73	4099,67	20,8	15638,06	79,2
2007	26717,56	6321,02	23,7	20396,54	76,3
2008	33559,9	7365,51	21,9	26194,39	78,1
2009	36564,91	7534,955	20,6	29029,95	79,4
2010	44745,37	8759,021	19,6	35986,35	80,4
2011	48961,62	10223,86	20,9	38737,76	79,1
2012	58453,93	11358,5	19,4	47095,43	80,6
2013	61568,77	12879,34	20,92	48689,43	79,08

Складено авторами на основі: [4].

Таблиця 2. Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя у 2008–2013 роках

Показники	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Абсолютний приріст	Темп приросту, %
Кількість домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, тис.	16654,2	16594,4	16598	16594	16542	16545,1	-109,1	-0,66
Частка домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, у загальній кількості домогосподарств, %	96,8	97,1	97,3	97,5	97,4	97,6	0,8	0,83
Кількість домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, тис.	2285,2	3408,7	2481	3755	2761,1	3669,7	1384,5	60,59
Частка домогосподарств, члени яких не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя у загальній кількості домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, %	13,7	20,5	14,9	22,6	16,7	22,2	8,5	62,04
Кількість домогосподарств (тис.), члени яких не змогли:								
придбати ліки в т.ч. через високу вартість, %	1753,3 96,5	2828,8 98,1	1893,5 96,5	3230,7 97,5	2307,3 95,5	3040,4 96,1	1287,1 -0,4	73,41 -0,41
придбати медичне обладнання в т.ч. через високу вартість, %	294,7 94,1	408,7 96,6	182,5 99,6	463,1 97,4	314,1 94,2	534,6 94,5	239,9 0,4	81,4 0,43
відвідати лікаря в т.ч. через високу вартість послуг, %	986,6 79,9	1449,2 83,6	1149,6 79	1643,6 82,5	1363,8 70,7	1934,2 74,6	947,6 -5,3	96,05 -6,63

Складено авторами на основі: [5].

дичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [3]». Тобто Основний закон країни визначає право людини на доступність медичної допомоги на засадах безоплатності, хоча при цьому не виключається можливість залучення небюджетних джерел фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

Незважаючи на постійне збільшення обсягу видатків державного та місцевих бюджетів України на фінансування галузі охорони здоров'я, який за період 2005–2013 років зріс майже у 4 рази (табл. 1), фінансова доступність медичної допомоги для великої частки населення (21,3%) залишається недосяжною.

Це підтверджують і результати опитування фізичних осіб щодо самооцінки ними стану власного здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги (табл. 2), проведеного Державною службою статистики України.

На фоні зменшення у 2013 році кількості домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, на 109,1 тис. (це пояснюється зменшенням чисельності населення України, а не покращенням його здоров'я) порівняно із 2008 роком частка домогосподарств, які не задовольнили потреби в отриманні медичної допомоги, становила 22,2% від загальної кількості домогосподарств, що на 8,5% більше, ніж у 2008 році. Таким чином, рівень доступності медичної допомоги населенню знизився з 86,3% у 2008 році до 77,8% у 2013 році.

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вважає високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. У 2013 році серед найменш забезпечених домогосподарств та серед домогосподарств, середньодушові загальні доходи

яких нижче прожиткового мінімуму, 31,7 та 29,1% відповідно при потребі не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, в той час як серед більш забезпечених домогосподарств частка таких становила лише 9,5%. Також у 2013 році серед домогосподарств, особи яких потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 82,85% респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків, що на 6,13% більше, ніж у 2008 році. Нерозв'язаними залишаються і проблеми щодо доступності послуг лікарів. Так, у 2013 році 52,71% домогосподарств, в яких хто-небудь із членів при потребі не отримав медичну допомогу, не мали можливості відвідати лікаря (у сільській місцевості – 61%). У 74,6% (у 2008 році – 43%) таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг, у 14,2% випадків – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 21,4%) та 15% випадків – занадто довгою чергою.

Отже, наведена статистична інформація дає підстави констатувати, що в Україні з року в рік знижується рівень доступності медичних послуг для населення переважно за рахунок їх високої вартості, тобто зростає загроза соціального відторгнення населення від послуг охорони здоров'я. Одночасно із порушенням права людини на доступність медичної допомоги неповністю реалізується конституційно закріплене право на безоплатність її отримання, що негативно впливає на людський розвиток. На наш погляд, основною причиною цього є неузгодженість між обсягами гарантованої державою безоплатної медичної допомоги населенню та бюджетних коштів, виділених на організацію її надання.

Зважаючи на вищевикладене, на жаль, змушені констатувати, що розпочата в Україні з 2010 року відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Замож-

ІННОВАЦІЙНО-ІНВЕСТИЦІЙНА ПОЛІТИКА

не суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» реформа охорони здоров'я не принесла очікуваного соціального ефекту. Окрім фінансової недоступності медичної допомоги для 22,2% населення залишаються проблеми і щодо фізичної доступності цієї допомоги, особливо для сільського населення.

Зазначимо, що фізична доступність ліків, медичного обладнання забезпечується наявністю медичних препаратів потрібного пацієнтам асортименту в закладах охорони здоров'я (в тому числі – в аптечних закладах), медичних послуг – наявністю і роботою мережі закладів охорони здоров'я та медичних працівників.

Враховуючи зазначене, реформування медичної сфери об'єктивно вважається та продовжує залишатися одним із пріоритетних напрямів державної політики та важливою складовою модернізації економіки України.

Варто зазначити, що основним джерелом бюджетного забезпечення медичної галузі залишаються кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких збільшувалася. Така особливість зумовлена визначенням у Бюджетному кодексі України порядком розподілу видатків на охорону здоров'я між різними ланками бюджетної системи. Останніми роками спостерігалось і зростання питомої ваги коштів місцевих бюджетів у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я (з 77,3% у 2005 році до 79,08% у 2013 році) та відповідно зменшення частки коштів державного бюджету з 22,7% у 2005 році до 20,92% у 2013 році, що на перший погляд можна розцінити як спробу децентралізації коштів у зазначеній сфері. Однак за період 2009–2012 років спостерігаємо суттєве збільшення обсягу субвенцій (з

97,0 млн. грн. у 2009 році до 1580,5 млн. грн. у 2012 році), які надавалися з державного бюджету місцевим бюджетам на створення та функціонування медичних закладів, на придбання витратних матеріалів, медичного обладнання, автомобілів швидкої допомоги тощо (табл. 3). У 2013 році обсяг зазначених субвенцій зменшився вдвічі, хоча частка видатків на охорону здоров'я, які фінансувалися за рахунок субвенцій з державного бюджету, була вищою (1,5%), ніж у 2007–2010 роках (0,0–1,3%).

Слід зазначити, що впродовж 2005–2013 років найбільша частка бюджетних коштів спрямовувалася на фінансування лікарень та санаторно-курортних закладів – 69,7–71,7%, дещо менша – на утримання поліклінік, амбулаторій, швидкої і невідкладної допомоги – 13,8–14% та фінансування іншої діяльності у галузі охорони здоров'я – 9,4–14,2%, найменша – на фінансування досліджень і розробок у охороні здоров'я – 0,6–0,7%. Отже, можна констатувати, що, незважаючи на проведені реформи, пріоритетною у фінансуванні галузі охорони здоров'я залишалася стаціонарна медична допомога.

Повертаючись до проблем фінансової доступності медичної допомоги, яка особливо ускладнюється в умовах сучасної економічної кризи, варто зазначити, що вона залежить від фінансової спроможності:

- держави – інвестувати розвиток галузі охорони здоров'я (зокрема, забезпечувати бюджетними коштами витрати на надання гарантованого державою базового обсягу загальнодоступної медичної допомоги);
- населення – оплачувати медичні послуги, які не входять у гарантований державою базовий обсяг загальнодоступної

Таблиця 3. Динаміка обсягу субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам України на охорону здоров'я, млн. грн.

Види субвенцій	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на створення та функціонування медичних закладів	228,0				58,9	96,0	103,2
Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на проведення профілактичних заходів	20,0		95,1				
Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів, медичного обладнання та автомобілів швидкої медичної допомоги для закладів охорони здоров'я	19,5			133,2	657,0	1480,6	466,2
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на забезпечення лікування інвалідів			1,9	3,0			
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на часткове відшкодування вартості лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою						3,9	164,7
Всього субвенцій на охорону здоров'я з державного бюджету місцевим бюджетам	267,5	–	97,0	136,2	715,9	1580,5	734,1
Частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я, які фінансуються за рахунок субвенцій з державного бюджету, %	1,3	–	0,4	0,4	1,9	3,6	1,5
Всього субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам	21348,6	26674,4	26121,6	33543,0	46761,5	63833,3	54628,0
Питома вага субвенцій на охорону здоров'я у загальному обсязі субвенцій, %	1,3	–	0,4	0,4	1,5	2,5	1,3

Складено авторами на основі: [6].

медичної допомоги (декларується, що це ті медичні послуги, ненадання яких не загрожує здоров'ю пацієнта).

Підтвердженням цього служать результати моніторингу фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. Так, згідно з розрахунками, проведеними фахівцями Державної служби статистики України, джерелами фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я у 2012 році були:

– державні (суспільні) кошти, які включали зведений бюджет і соціальне страхування, що становило 57,2% загальних витрат на охорону здоров'я (з них 75,7% коштів місцевих бюджетів, а 24,3% – державного);

– приватні кошти домашніх господарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства, – 42,6%;

– кошти іншого світу (кошти міжнародних донорських організацій, спрямованих у систему охорони здоров'я України) – лише 0,2% [7].

Зауважимо, що впродовж 2003–2007 років частка суспільних ресурсів у фінансуванні охорони здоров'я щорічно збільшувалась (від 58% у 2003 році до 61,5% у 2007 році). Однак у 2008 році вона зменшилась до 57,2%, у 2009–2011 роках – до 55–56%, а у 2012 році повернулася до рівня 2008 року. В основному це відбулося за рахунок зменшення частки коштів, що інвестуються в охорону здоров'я з державного бюджету України.

Зазначене дає підстави стверджувати, що в нашій державі продовжує функціонувати так звана бюджетна модель

фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я з основним джерелом фінансових ресурсів – коштами державного та місцевих бюджетів.

Як вже зазначалось раніше, загальний обсяг бюджетних коштів на охорону здоров'я щорічно збільшувався, тобто держава намагалася інвестувати розвиток цієї галузі. Однак, проаналізувавши видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я за економічною характеристикою операцій, що здійснюються при їх проведенні (табл. 4), зазначимо, що більше 90% бюджетних інвестицій використовується на фінансування поточних видатків.

Як бачимо з даних табл. 4, частка поточних видатків у сфері охорони здоров'я за період 2005–2012 років коливалася від 86,7% (2007 рік) до 95,4% (2009 рік). У 2012 році частка цих видатків становила 93,2%. Частка капітальних видатків відповідно зменшувалась і у 2012 році становила лише 6,8%. Цілком очевидно, що зазначених інвестицій не вистачить не те що для розвитку, а й для нормального функціонування галузі.

Про мізерність інвестицій у розвиток медичної галузі свідчать і статистичні дані щодо капітальних інвестицій (табл. 5).

Дані табл. 5 свідчать, що обсяг капітальних інвестицій у розвиток охорони здоров'я у 2013 році становив лише 1,9 млн. грн., а їхня частка в загальному обсязі інвестицій – 0,7%. Варто відмітити і суттєве зменшення зазначених інвестицій за рахунок коштів державного бюджету України у

Таблиця 4. Динаміка видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я за економічною класифікацією видатків у 2005–2013 роках

Видатки	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Поточні видатки, млн. грн.	14159,4	17736,4	23158,1	30133,6	34878,5	41954,4	45040,6	54489,3
Питома вага в загальному обсязі видатків, %	91,5	89,9	86,7	89,8	95,4	93,8	92,0	93,2
в тому числі:								
Оплата праці працівників бюджетних установ, млн. грн.	6893,2	8579,0	1351,1	15061,0	16963,1	20994,8	22549,4	27066,0
Питома вага у загальному обсязі видатків, %	44,5	43,5	42,5	44,9	46,4	46,9	46,1	46,3
Нарахування на заробітну плату, млн. грн.	2508,0	3073,9	4047,5	5357,6	6062,6	7484,7	7990,7	9529,0
Питома вага у загальному обсязі видатків, %	16,2	15,6	15,1	16,0	16,6	16,7	16,3	16,3
Капітальні видатки, млн. грн.	1317,1	2001,3	3559,5	3426,3	1686,4	2791,0	3921,0	3964,6
Питома вага у загальному обсязі видатків, %	8,5	10,1	13,3	10,2	4,6	6,2	8,0	6,8
в тому числі:								
придбання обладнання і предметів довгострокового користування, млн. грн.	752,8	1064,5	1955,9	1813,5	1038,0	1657,8	2636,8	2322,6
Питома вага у загальному обсязі видатків, %	4,8	5,3	7,3	5,4	2,8	3,7	5,4	4,0
Всього видатків на охорону здоров'я, млн. грн.	15476,5	19737,7	26717,6	33559,9	36564,9	44745,4	48961,6	58453,9

Складено авторами на основі: [8].

Таблиця 5. Динаміка капітальних інвестицій у розвиток галузі охорони здоров'я

	2010*	2011**	2012	2013
Обсяг освоєних (використаних) капітальних інвестицій, млн. грн.	2,7	3,4	2,9	1,9
у % до загального обсягу капітальних інвестицій	1,6	1,4	1,0	0,7
у тому числі за рахунок коштів державного бюджету, млн. грн.	0,9	1,2	1,0	0,5
у % до загального обсягу капітальних інвестицій за рахунок коштів державного бюджету	31,9	34,5	35,8	24,7

* Складено авторами на основі: [9–11].

** Інвестиції в основний капітал.

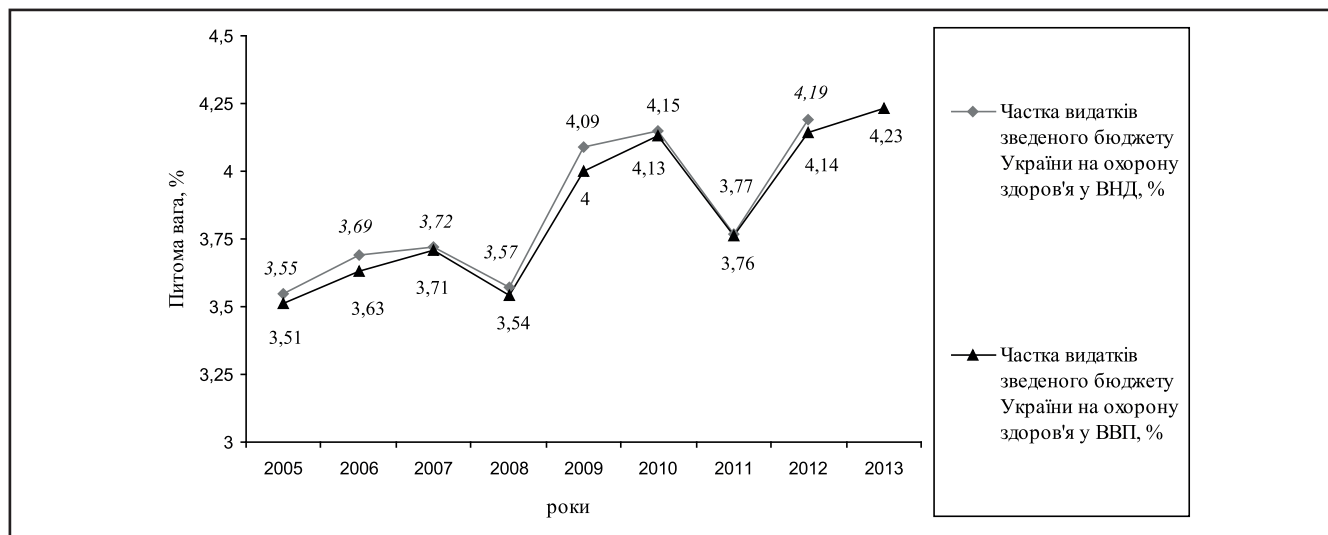


Рисунок 1. Питома вага видатків державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у ВВП та ВНД України у 2005–2013 роках, %

Розраховано та побудовано на основі даних [12, 13].

2013 році, обсяг яких становив 0,5 млн. грн. Саме тому реформа медичної галузі є вкрай необхідною у всіх її сферах.

Не можемо оминати і аналіз таких показників, як обсяг видатків бюджетів на охорону здоров'я у відсотках до ВВП та ВНД, які, незважаючи на сталу тенденцію до зростання (у % до ВВП: з 3,51% у 2005 році до 4,23% у 2013 році; у % до ВНД з 3,55% у 2005 році до 4,19% у 2012 році) (рис. 1), залишаються в Україні майже у 2–3 рази нижчими порівняно з країнами – членами Європейського Союзу і не належать до числа соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити не менше 5% від ВВП (у країнах – членах Європейського Союзу зазначений показник становить 8–10% ВВП).

Низька частка видатків державного та місцевих бюджетів України на охорону здоров'я у ВНД підтверджує також неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні, «...не менше 10% національного доходу [14]». Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Дослідження джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я дає змогу констатувати, що важливе значення для організації і розвитку охорони здоров'я має і її приватне фінансування. Співвідношення державних та приватних видатків на потреби даної галузі наведено на рис. 2.

Питома вага коштів фізичних і юридичних осіб (внески у лікарняні каси, на придбання полісів добровільного медичного страхування, оплата населення за надані медичні послуги, придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення) у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я упродовж 2003–2012 років коливалася на рівні 42–45%. Зазначений показник в Україні вищий, ніж в окремих європейських країнах, Японії, Канаді та починає наблизитися до аналогічного показника в США – країні із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Наведені статистичні дані дають підставу припустити, що в Україні де-юре бюджетна модель організації та фінансування охорони здоров'я, яка дісталася нашій державі у спадок від існуючої в СРСР моделі Семашко, де-факто трансформується в систему, яка поєднує суспільні та приватні джерела фінансування. Такі зміни супроводжуються зниженням

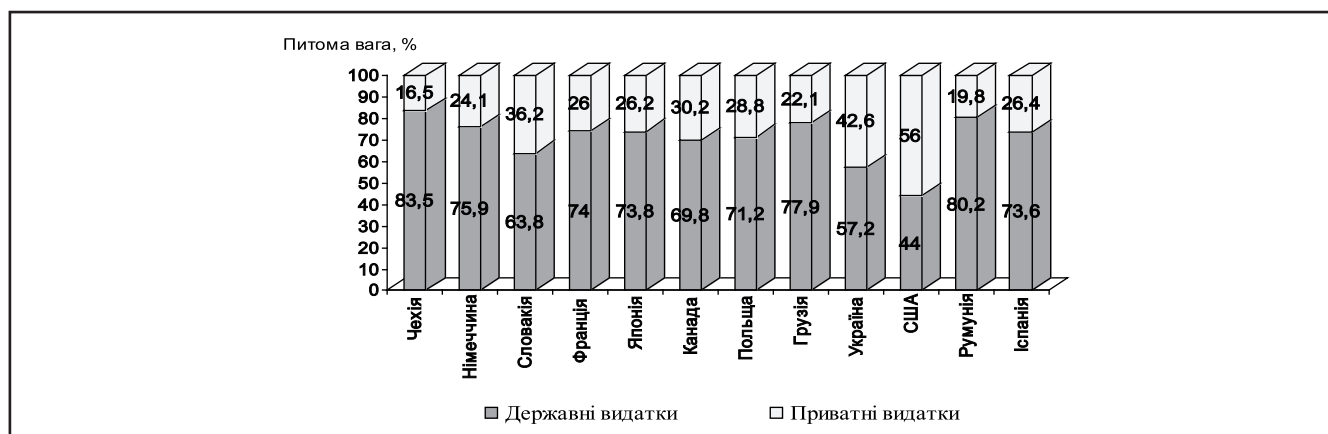


Рисунок 2. Джерела фінансування охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах у 2011 році, %

Побудовано на основі: [15].

рівня фінансової доступності медичної допомоги для населення, і зокрема найбільш вразливих його верств.

До основних чинників, які негативно впливають на фінансову доступність медичної допомоги для людей, можна також віднести:

- правову неврегульованість порядку надання платних послуг медичними закладами, що створює можливості для використання завуальованої форми платності медичної допомоги;
- відсутність єдиної науково обґрунтованої методики розрахунку вартості медичних послуг;
- негативну діяльність страховиків, які під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я неофіційних «платних медичних послуг» пацієнтам;
- некоректне використання закладами охорони здоров'я такої форми їх фінансового забезпечення, як благодійництво, яка згідно із законодавством передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. Натомість дуже часто благодійництво використовують для відшкодування вартості медичних послуг, які законодавець не відносить до платних, порушуючи таким чином основний принцип благодійної діяльності – добровільність.

Не краща ситуація і у сфері медикаментозного забезпечення лікувального процесу пацієнтів. На наш погляд, основними причинами зниження фінансової доступності медичних препаратів для українців є те, що:

- медикаментозне забезпечення суттєво впливає на результативність профілактичного, лікувального чи реабілітаційного процесів, проте, незважаючи на щорічне зростання абсолютного обсягу видатків бюджетів різних рівнів на медикаменти та перев'язувальні засоби, частка зазначеного елемента видатків у загальному обсязі видатків бюджетів на охорону здоров'я залишається невеликою – у 2012 році не перевищувала 12%;
- низька питома вага зареєстрованих в Україні ліків вітчизняного виробництва – 29,3% з 12 544 препаратів [16] (станом на 1.09.2014), темп зростання цін на які нижчий, ніж на медикаменти зарубіжних виробників. Це призводить до збільшення витрат населення на придбання лікарських засобів та зменшує їхню доступність для пацієнтів;
- у сучасних умовах відсутні офіційні механізми залучення особистих коштів громадян для оплати стаціонарного лікування, в результаті чого пацієнти купують ліки у роздрібній мережі за цінами на 25–30% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій медичних препаратів для закладів охорони здоров'я;
- у зв'язку зі збільшенням кількості випадків самолікування населення, суб'єктивних рішень лікарів щодо раціонального вибору медикаментів, у процесі чого не враховується співвідношення ціни ліків і терапевтичного ефекту від їх прийому, необґрунтовано зростають витрати людей на придбання лікарських засобів.

Резюмуючи вищенаведене, зазначимо: проблема як фізичної, так і фінансової доступності медичної допомоги для населення залишається в Україні не вирішеною, що є порушенням соціальних прав людини та сповільнює людський розвиток. І незважаючи на те, що зміни у фінансовому забезпеченні

охорони здоров'я характеризуються позитивною динамікою зростання номінальних обсягів фінансових ресурсів із різних джерел, відчутного поліпшення здоров'я та ситуації з наданням медичних послуг закладами охорони здоров'я не спостерігається. Частково таку ситуацію можна пояснити і тим, що на стан здоров'я людей впливають не лише результати діяльності медичної галузі, а й екологічна ситуація в країні, спосіб життя, який веде населення, генетично закладена схильність до захворювань тощо. Проте ключовими чинниками такої ситуації все ж вважаємо численні протиріччя і проблеми, що накопичились у вітчизняній системі охорони здоров'я унаслідок довготривалої відсутності її комплексної модернізації, спрямованої на приведення у відповідність потребам населення та сучасним світовим тенденціям.

Тому реформа охорони здоров'я повинна охоплювати всі напрями функціонування медичної галузі та базуватися на використанні інноваційних підходів, зокрема і у фінансуванні.

Інноваційними розробками в рамках проведених в Україні реформ у сфері гарантування державою забезпечення прав громадян України на охорону здоров'я можна назвати національні проекти, серед яких: «Нове життя» та «Вчасна допомога».

У результаті реалізації зазначених проектів (2011 рік) у чотирьох пілотних регіонах (Київ, Вінницька, Дніпропетровська і Донецька області) практично завершено розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги не лише в пілотних регіонах, а й у межах всієї України. Зокрема, створено понад 600 центрів первинної медико-санітарної допомоги, а загалом їх заплановано понад 750. «У 2012 році відкрито вісім перинатальних центрів: у Кіровограді, Києві (фінансування здійснювалося за рахунок місцевого бюджету), Харкові, Донецьку, Дніпропетровську, Житомирі, Сімферополі та Полтаві» [17, с. 29].

На реалізацію проекту за бюджетною програмою 6301130 «Заходи щодо створення мережі регіональних перинатальних центрів, забезпечених інноваційними технологіями та сучасним обладнанням», а саме на реконструкцію, технічне переоснащення, забезпечення інноваційними технологіями та сучасним обладнанням, у 2011–2013 роках Держінвестпроект України було спрямовано бюджетних асигнувань у сумі 659 379,2 тис. грн., що становило 79,3% планових показників (табл. 6). Рівень виконання плану фінансування бюджетної програми 6301150 «Заходи щодо створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб з використання сучасних GPS-технологій» за аналізований період становив 96,0%, що становить 86 409,9 тис. грн.

Зазначимо, що в рамках проектів «Нове життя» та «Вчасна допомога» планувалося чітко розмежувати медичну допомогу за видами (первинна, вторинна та третинна) з метою розподілу не тільки повноважень, а й відповідного фінансування. При цьому передбачено перехід на нові спрощені механізми фінансування та укладення договорів з постачальниками медичних послуг, а також нові стимулюючі методи оплати праці.

Варто зазначити, що в рамках реформ та з метою подолання нерівномірності в доступу до медичних закладів первинної ланки затверджено норматив забезпеченості населення амбулаторіями. У пілотних регіонах запроваджено нові підходи до фінансування першого рівня медичної допомоги за двома

Таблиця 6. Динаміка фінансування національних проектів у сфері охорони здоров'я у 2011–2013 роках

Показники	2011	2012	2013	2011–2013
за бюджетною програмою 6301 130 у рамках Національного проекту «Нове життя»				
План, тис. грн.	110000,0	379614,7	341411,8	831026,5
Факт, тис. грн.	110000,0	304480,8	244898,4	659379,2
% виконання плану	100	80,2	71,73	79,3
за бюджетною програмою 6301 150 у рамках Національного проекту «Вчасна допомога»				
План, тис. грн.	–	40000,0	50000,0	90000,0
Факт, тис. грн.	–	36517,5	49892,4	86409,9
% виконання плану	–	91,3	99,79	96,0

Розраховано та побудовано на основі даних: [18].

кодами економічної класифікації видатків, що суттєво збільшило автономію медичних закладів у прийнятті рішень виходячи з економічної доцільності; удосконалено організаційні механізми діяльності первинної ланки (укладено договори про медичне обслуговування населення на первинному рівні, пацієнти отримали реальне право самостійно обирати лікаря первинної ланки, що дасть можливість покращити в подальшому фінансування медичних закладів в залежності від прикріпленого населення); підвищено мотивацію медичних закладів та медичних працівників за допомогою запровадження комплексних індикаторів якості, яке дало змогу підвищити розмір заробітної плати лікарів загальної практики.

Однак через ряд причин, зокрема через недостатній термін відпрацювання, зазначені впровадження не набули завершеності та системного характеру. Зокрема, в областях–піонерах при зміні формули розподілу фінансування (новоствореним центрам первинної медико–санітарної допомоги було виділено 28% коштів замість традиційних 15) вторинна ланка медичної допомоги не отримала компенсацій попереднього рівня фінансування. У результаті ці установи зіштовхнулися із суттєвими проблемами в погашенні навіть поточних витрат. Це ще більше збільшило протистояння між установами різних рівнів, яке і так було величезним, особливо через те, що вузькі фахівці не бачать свого майбутнього і бояться звільненні чи примусу перевчатися на сімейних лікарів.

Головною ж проблемою медичної реформи, на нашу думку, стала недосконалість нормативної бази щодо її проведення та відсутність механізмів ефективного моніторингу за результатами і належної апробації в медичній практиці. Різко погіршилася якість медичного обслуговування: внаслідок значного навантаження сімейних лікарів своєчасно не враховуються потреби кожної людини; громадяни з виявленими хворобами не направляються на лікування до вузьких спеціалістів.

Неефективною продовжує залишатися система фінансування галузі охорони здоров'я, яка зорієнтована на утримання неефективної структури, а не на результати діяльності – надані медичні послуги. Саме тому основну частку коштів, що виділяються державою на охорону здоров'я, важко назвати інвестиціями. Адже в результаті відсутнє отримання прибутку чи соціального ефекту.

Окрім зазначених вище проблем, перетворення у вітчизняній сфері охорони здоров'я супроводжуються низкою серйозних ризиків і гострих соціально–економічних проблем, а саме:

1. Розподіл обсягів фінансових ресурсів, що інвестуються в охорону здоров'я, не відповідає міжнародним стандартам. Так, в Україні тільки 10–15% коштів, спрямованих на ме–

дичну допомогу (проти 30–40% у зарубіжних країнах з розвинутою медициною), витрачаються на потреби пацієнтів, від 85 до 90% – на утримання системи охорони здоров'я. Незважаючи на те що 86–90% звернень до лікарів припадає на первинну ланку надання медичної допомоги, більшість грошових коштів (до 80%) інвестується у вузькоспеціалізовану медичну допомогу третього рівня, чисельність звернень за якою не перевищує 10 відсотків [19].

2. Зберігається нерівний та низький доступ до первинної медико–санітарної допомоги, зокрема за рахунок фізичної відсутності лікарських амбулаторій. Відмінність у забезпеченості амбулаторіями сільського населення сягає трьох разів, а міського – навіть 10–20 разів.

3. Через невідповідність фінансування закладів охорони здоров'я потреби у фінансових ресурсах доступність безоплатної медичної допомоги в повному обсязі за медичними стандартами стала неможливою. Лише для модернізації первинної ланки медико–санітарної допомоги всієї України потрібен 1 млрд. грн., а для поширення економічної мотивації праці медичних працівників у неплотних регіонах – ще 1,2 млрд. грн. Не вистачає коштів для повного оновлення автомобілів швидкої медичної допомоги, запровадження системи диспетчеризації та фінансування в повному обсязі видатків за проектом «Вчасна допомога», що перешкоджає ефективній роботі системи екстреної допомоги.

4. У зв'язку з відсутністю комплексного підходу до медичної реформи, яка повинна ґрунтуватися на ретельному плануванні та достатності коштів, не реалізована значна частина другого етапу реформи – не побудована ефективна співпраця з вторинною ланкою системи, зокрема клініко–діагностичні центри та лікарні не організували у госпітальні округи.

5. Залишаються нерозв'язаними такі проблеми кадрового забезпечення, як адекватне відновлення та підвищення кадрового потенціалу в його кількісному і якісному аспектах. Щороку зі сфери охорони здоров'я вибуває більше 7 тисяч фахівців, однією з причин чого є низькі заробітні плати лікарів, які працюють поза первинною ланкою медико–санітарної допомоги, де реформування вже відбулося.

6. Можливості державно–приватного партнерства та міжгалузевої взаємодії використовуються недостатньо. Успішність реформування й розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я залежить не лише від медичної галузі, а й від важливих складових: розвитку транспортної, соціальної інфраструктури, інфраструктури профілактики стану здоров'я, створення робочих місць, що лежить в площині загальнодержавної та регіональної політики.

Покращити фінансове забезпечення охорони здоров'я, на нашу думку, видається можливим лише за умови розробки науково обґрунтованої стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та послідовного і результативного впровадження комплексу заходів щодо удосконалення організації та фінансування зазначеної галузі. Ми погоджуємося з думкою авторів монографії «Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ» [20, с. 11] відносно того, що трансформація сучасної соціальної відповідальності держави повинна відбуватися з усвідомленням суспільної значущості соціальних видатків держави. Їх доцільно розглядати не лише як витрати на «утримання» галузей соціальної сфери або підтримку вразливих категорій населення, а як соціальні інвестиції в людський розвиток, що спрямовуються на посилення соціальної орієнтації економічної системи загалом – накопичення людського капіталу, справедливий розподіл суспільних благ, забезпечення високого рівня життя населення, гарантованого мінімуму медичних послуг, досягнення соціальної стабільності, стимулювання економічного зростання.

Виходячи з вище наведеного вважаємо, що в основу побудови нової моделі національної системи охорони здоров'я має бути покладена європейська політика «Здоров'я–2020», яка передбачає не тільки лікування хворих, а насамперед здійснення профілактики та раннього виявлення захворювань, впровадження ефективних методів контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня благополуччя громадян та забезпечення реалізації принципів фізичної та фінансової доступності медичних послуг для всіх категорій громадян.

Висновки

У результаті проведених досліджень ми прийшли до висновку, що реформи у вітчизняній сфері охорони здоров'я супроводжуються низкою гострих соціально-економічних проблем, які в перспективі становитимуть, а деяких випадках вже становлять загрозу національній безпеці України. Особливо акцентовано увагу на порушенні принципу доступності (фінансової та фізичної) до надання медичних послуг і придбання ліків, невідповідності фінансування галузі охорони здоров'я її фактичній потребі, що є одним із головних гальмівних чинників інноваційно-інвестиційного розвитку зазначеної сфери, декларативність більшості заходів, що здійснюються в рамках медичної реформи, неефективне використання бюджетних коштів та недостатнє використання такого механізму залучення інвестицій, як державно-приватне партнерство.

Основними напрямками удосконалення фінансової політики інноваційно-інвестиційного розвитку визначено: розробку механізму планування та оцінки роботи медичних закладів у прив'язці до наданих медичних послуг та відповідно фінансування за цим показником; посилення співпраці наукових, медичних та громадських організацій з метою розробки та впровадження інновацій, які сприятимуть підвищенню якості надання медичних послуг; створення умов залучення інвестицій у рамках державно-приватного партнерства та посилення відповідальності за неефективне використання бюджетних коштів.

Список використаних джерел

1. Лобас В.М. Теоретичні основи і розвиток державного соціально орієнтованого управління: автореф. дис..... докт. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Лобас В.М.; Донецька державна академія управління. – Донецьк, 2004. – 42 с.
2. Павлюк К.В. Фінансування охорони здоров'я як складової людського капіталу / К.В. Павлюк // Формування ринкових відносин в Україні. – 2006. – №9 (64). – С. 143–148.
3. Конституція України. Закон України від 28.06.96 №254к/96–ВР [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>
4. Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2005–2013 роки. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua>
5. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 роках. Результати дослідження, проведені Державною службою статистики України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
6. Доходи місцевих бюджетів України у 2007–2013 роках: Інформаційно-аналітична та дистанційна система ДННУ «Академія фінансового управління» Міністерства фінансів України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://194.44.29.42:3090/mstr/login.asp>
7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році: статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2014. – 192 с. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
8. Видатки Зведеного бюджету України: Інформаційно-аналітична та дистанційна система ДННУ «Академія фінансового управління» Міністерства фінансів України [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://194.44.29.42:3090/mstr/login.asp>
9. Капітальні інвестиції в Україні за 2012 рік: статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2013. – 38 с. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
10. Капітальні інвестиції в Україні за 2013 рік: статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2014. – 43 с. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
11. Капітальні інвестиції в Україні у 2007–2011 рр.: статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2012. – 122 с. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
12. Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2005–2013 роки. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua>
13. Експрес-випуски Державного комітету статистики України «Валовий внутрішній продукт України» за 2005–2013 роки [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
14. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 №2801–XII [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
15. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2012 році: статистичний бюлетень. – К.: Державна служба статистики України, 2014. – 192 с. [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>
16. Державний реєстр лікарських засобів. Матеріал офіційного сайту ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» [Електрон. ресурс]. – Режим доступу: <http://www.drlez.kiev.ua>

17. Національні проекти у стратегії економічної модернізації України / Я.А. Жаліло, Д.С. Покришка, Я.В. Бережний, А.П. Павлюк [та ін.]. – К.: НІСД, 2013. – 144 с.

18. Звіти про виконання Державного та місцевих бюджетів України за 2011–2013 роки. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua>

19. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / [за ред. Р.В. Богатирьової]. – К., 2013. – 464 с.

20. Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ: у 4 т. / ДННУ «Акад. фін. управління»; за заг. ред. М.Я. Азарова. – К., 2011. – Т. 4: Державні соціальні видатки: напрями раціоналізації та підвищення ефективності. – 2011. – 608 с. – С. 11.

А.О. ХРЕБТОВ,

к. физ.-мат. наук, Институт магнетизма НАН и Минобразования и науки Украины

Планирование инновационного развития на основе национальных инновационных систем, сформированных в качестве сред реализации жизненных циклов инноваций

Поэтапное рассмотрение развития инноваций на основе нелинейных ЖЦИ при условии представления НИС как среды поддержки этапов ЖЦИ позволяет преодолеть трудности описания инновационного процесса, которые возникают как в концепции НИС, так и в концепции ЖЦИ.

Показано, что дискретность и обусловленная эвристичностью неопределенность длительности этапов ЖЦИ не являются препятствиями при разработке стратегических планов инновационного развития национальной экономики и являются необходимым условием трансформации плохо управляемого процесса научно-технического развития в хорошо управляемый процесс инновационного развития.

Ключевые слова: жизненный цикл инновации, национальная инновационная система, инновационное развитие, стратегическое планирование, концепция НИС, концепция ЖЦИ.

A. KHREBTOV

Ph.D. in physics and mathematical sciences, Institute of Magnetism NAS and MES of Ukraine

Planning innovative development on the basis of national innovation systems formed as a low realization of the life cycles of innovation

Piecemeal consideration of innovation based on nonlinear life cycle of innovation, subject to submission of NIS as an environment to support product life cycle of innovation stages, allows to overcome the difficulties of the description of the innovation process, which arise as in the concept of the NIS and in the concept of life-cycle innovation.

It is shown that the discrete and the resulting uncertainty in the duration heuristic life cycle of innovation stages are not obstacles in the development of strategic plans for the innovative development of the national economy and is a prerequisite for the transformation of poorly managed process of scientific and technological development in a well-controlled process of innovation development.

Keywords: life cycle of innovation, national innovation system, innovation development, strategic planning, the concept of the NIS, the concept of life-cycle innovation.

Постановка проблеми. До середини 80-х годов двадцатого века считалось бесспорным, что создание инновации (инновационный процесс) может быть исчерпывающим образом описан простой последовательной линейной структурой жизненного цикла инновации (далее ЖЦИ), представляющей собой структурно-логический ряд генетически связанных между собой форм (этапов жизненного цикла), характеризующих развитие инновации от выявленных фундаментальной наукой закономерностей до ее окончательного вида, в котором и происходит присвоение инновации производством [1–3].

В условиях индустриальной экономики (при сравнительно небольшой инновационной активности предприятий) последовательная линейная структура ЖЦИ достаточно хорошо описывала причинно-следственные связи инновационного процесса и вследствие этого широко использовалась при построении экономических моделей. Однако начавшееся после Второй мировой войны (и особенно в последней четверти XX века) бурное развитие научно-технического про-

гресса, а главное – активное использование его достижений фирмами в конкурентной борьбе на отраслевых рынках, привело к тому, что простая последовательная линейная структура ЖЦИ перестала адекватно описывать происходящие в реальной экономике инновационные процессы.

Массовое использование фирмами в технически высокоразвитых странах инноваций в качестве одного из основных аргументов конкурентной борьбы привело к появлению новой экономической реальности, в которой, во-первых, вследствие интенсивного перекрестного взаимодействия при создании инноваций большого числа субъектов предпринимательской деятельности возникает квазихаотическая «интерференционная картина» инновационной деятельности, которая уже не описывается линейными последовательными структурами ЖЦИ, и во-вторых, значительная часть фирм-лидеров рынка превратилась из простых потребителей инноваций, зарождающихся в результате научных исследований, в активных генераторов инноваций, которые необходимы им в конкурентной борьбе (в «точки зарождения» инноваций).