

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



СТАНОВЛЕННЯ І РОЗВИТОК УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВНОСТІ

Випуск 14

Матеріали

*Всеукраїнської науково-практичної конференції
“Проблеми та перспективи соціально-економічного розвитку
економіки України в умовах європейської інтеграції”
м. Київ, МАУП, 28 травня 2015 р.*

Київ
ДП “Видавничий дім “Персонал”
2015

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 4 від 15.04.15)*

Редакційна колегія:

А. М. Подоляка (голова), д-р юрид. наук, проф.;
А. А. Ігнатченко (заступник голови), канд. техн. наук;
О. В. Баєва, д-р біол. наук, проф.;
І. П. Бідзюра, д-р політ. наук, проф.;
М. Ф. Головатий, д-р політ. наук, проф.;
В. Б. Захожай, д-р екон. наук, проф.;
А. С. Лисецький, д-р екон. наук, проф.;
К. В. Муравйов, канд. юрид. наук, доц.;
І. П. Розпутенко, д-р наук держ. упр., проф.;
Л. В. Романова, д-р екон. наук, проф.;
В. Є. Сафонова, д-р екон. наук;
Г. П. Ситник, д-р наук держ. упр., проф.;
Ю. П. Сурмін, д-р соц. наук, проф.;
Н. М. Чернуха, д-р пед. наук, проф.

Матеріали подано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та орфографію матеріалів несуть автори.

Становлення і розвиток української державності : [зб. наук. пр.] /
МАУП. — К.: ДП “Видавничий дім “Персонал”, 2008 —

С76 Вип. 14: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. “Проблеми та перспективи соціально-економічного розвитку економіки України в умовах європейської інтеграції”, 28 травня 2015 р. / редкол.: А. М. Подоляка (голова) [та ін.]. — 2015. — 258 с. : іл. — Бібліогр. у кінці ст.

У пропонованому збірнику подано тези учасників науково-практичної конференції, присвяченої проблемам і перспективам соціально-економічного розвитку України в умовах європейської інтеграції.

Для науковців і громадсько-політичних діячів, студентів, а також усіх, хто цікавиться розвитком Української держави.

ББК 63.3(4УКР)я43+67.9(4УКР)301я43

ЗМІСТ

Захожай В. Б. <i>Актуальні питання підготовки фахівців з інформаційно-аналітичного забезпечення управління</i>	7
Баєва О. В. <i>Міжнародний досвід фінансування охорони здоров'я</i>	10
Романова Л. В. <i>Формування конкурентоспроможного маркетингового потенціалу як стратегічний напрям розвитку промислових підприємств</i>	16
Сурмин Ю. П. <i>Обоснование общей теории реформ</i>	21
Сафонова В. Є. <i>Теоретичні основи маркетингового супроводу освітніх послуг</i>	26
Юлдашев О. Х., Бочков П. В. <i>Розвиток некомерційної господарської діяльності як одна з умов наближення до європейських стандартів</i>	32
Аль-Тмейзі А. Ю. <i>Сучасна реклама як напрям розвитку маркетингових комунікацій</i>	36
Амбросенко О. П. <i>Методологія розробки стратегії розвитку сільських територій на рівні регіону</i>	39
Баєв В. В. <i>Розвиток медичного туризму в умовах світової інтеграції охорони здоров'я</i>	43
Бєлокоз О. І. <i>Оцінка клієнтського капіталу торговельних підприємств</i>	49
Бовш Л. А. <i>Перспективи розвитку готельного бізнесу в умовах європейської інтеграції</i>	53
Варениченко Л. Л. <i>Теоретичні основи формування концепції розвитку економіки України</i>	58
Власенко О. О. <i>Управління процесом формування депозитної бази банків в умовах макроекономічної нестабільності</i>	62
Дорошенко Л. С. <i>Формування регіональних ринків праці як напрям регіонально-адміністративного менеджменту</i>	65
Каліна І. І. <i>Комунікативні аспекти ефективності реклами в Україні</i>	70
Карбовська Л. О. <i>Маркетинг в управлінні діяльністю ВНЗ України</i>	73

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Фінансове забезпечення охорони здоров'я — це метод фінансового механізму, що визначає принципи, джерела й форми фінансування суб'єктів господарювання, чия діяльність спрямована на охорону, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян.

Експерти ВООЗ відмічають складність наукового визначення тієї частини національних ресурсів, яка повинна асигнуватися на служби охорони здоров'я. Країнами з відносно невеликими прибутками на потреби охорони здоров'я витрачається не більше за 2,5 % валових національних продуктів (ВНП), в більшості ж розвинених держав становить 1–2 % ВНП. Проте, і в цих країнах існує суттєва різниця у відсотках ВНП, що витрачається на охорону здоров'я. В Німеччині цей показник становить 9,5 % ВНП, а в США частка асигнувань на медичне обслуговування в структурі ВНП становить 5,2 % [9].

Держави з великим національним прибутком (США, Англія, Швейцарія) відрізняються більш високими витратами на медичну допомогу на душу населення в порівнянні з менш розвиненими країнами (Індія, Єгипет, Мексика). В економічно розвинених країнах на охорону здоров'я витрачається в середньому 74 дол. США на душу населення в рік, тоді як в країнах, що розвиваються, ця сума становить 2 дол. США [11].

До теперішнього часу в світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька).

Більшість науковців та аналітиків приходять до висновку, що успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийнятного рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильною вибраною моделі фінансування, адекватною соціально-економічним і політичним умовам [5].

Системи фінансування охорони здоров'я класифікують за двома ознаками: за джерелом фінансування та за формою розподілу коштів. Джерела формування засобів не завжди впливають на форми їх розподілу, системи з одним і тим же джерелом фінансування можуть мати різні характеристики розподілу. До теперішнього часу в світі склалися три основні форми фінансування охорони здоров'я: бюджетна (державна), бюджетно-страхова і приватна (приватнопідприємницька).

Класифікацію систем фінансування охорони здоров'я представлено на рис. 1.

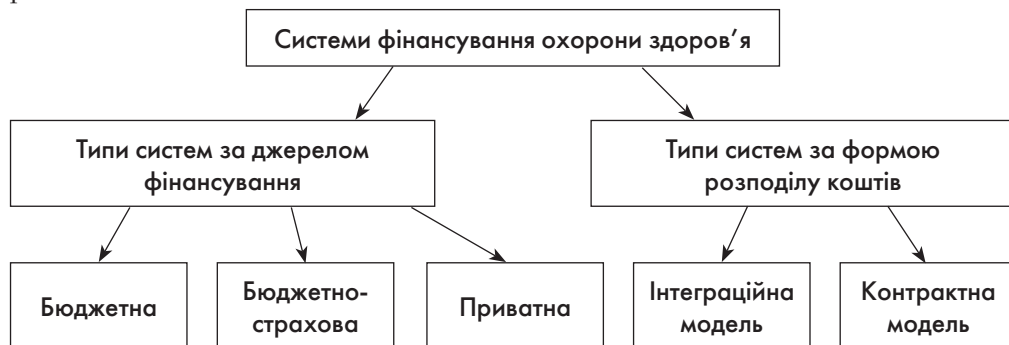


Рис. 1. Класифікація систем фінансування охорони здоров'я

До основних типів систем охорони здоров'я за джерелом фінансування відносяться: бюджетна; приватна; обов'язкового медичного страхування.

Джерелами фінансування охорони здоров'я можуть бути: загальні податкові доходи всіх видів і рівнів; цільові податкові надходження; цільовий внесок на обов'язкове медичне страхування (або податок на заробітну плату); особисті засоби громадян; інші джерела фінансування [4, 8].

Бюджетна система фінансування охорони здоров'я базується на загальних податкових доходах. До них відносяться: податки на прибуток, податки на додану вартість, прибутковий податок і інші. Податки поступають до державного або муніципального бюджету, а потім розподіляються по різних галузях. Вирішальну роль при розподілі коштів мають бюджетні пріоритети, що склалися в країні.

Бюджетне фінансування базується на наукових принципах, визначених в наукових працях українського науковця Буздугана Я. [1]:

- безповоротність — безповоротне виділення бюджетних коштів відповідним розпорядникам у межах затверджених сум;
- безплатність — відсутність плати у вигляді відсотків за виділені бюджетні призначення;
- безстроковість — відсутність часових обмежень, у межах яких можна користуватися бюджетними коштами;
- плановість — виділення бюджетних коштів у межах, встановлених бюджетом відповідно до обсягів видатків, затверджених у фінансових планах розпорядників коштів;
- цільове спрямування — кошти з бюджету плануються й відпускаються на заздалегідь визначені цілі згідно з фінансовими планами;
- поєднання різних джерел покриття витрат, пов'язаних із основною діяльністю, полягає в тому, що бюджетні кошти виділяються з урахуванням власних джерел, коштів вищих організацій, кредитних джерел і за умови їхнього найефективнішого використання;

- фінансування з бюджету здійснюється в міру виконання планів виробничих показників і надходження доходів;
- ефективне, раціональне й економічне використання коштів полягає в досягненні максимального ефекту за мінімальних витрат;
- кошти на проектування витрат виділяються лише з одного бюджету за підпорядкованістю установи, організації, за винятком фінансування загальнодержавних заходів (епідемія, ліквідація наслідків катастроф, стихійного лиха тощо);
- фінансування бюджетних установ здійснюється на основі встановлених економічних нормативів залежно від сфери діяльності;
- контроль за використанням бюджетних коштів означає використання всіх видів, форм і методів бюджетного контролю стосовного кожного розпорядника бюджетних коштів.

Функціонування механізму бюджетного фінансування пов'язане з використанням його різних форм і методів. У вітчизняній фінансовій літературі виділяють такі форми бюджетного фінансування: кошторисне фінансування, бюджетні інвестиції, бюджетні кредити, державні трансферти. Охорона здоров'я в Україні фінансується за кошторисною формою [7].

Бюджетне фінансування охорони здоров'я може здійснюватися двома шляхами: шляхом прямих державних закупівель послуг системи охорони здоров'я з подальшим їх безкоштовним розподілом серед населення. Такий шлях фінансування передбачався системою організації охорони здоров'я за моделлю Семашко і був впроваджений в СРСР, країнах Східної та Центральної Європи.

Другим шляхом бюджетного фінансування є перерахування коштів бюджету в систему державних страхових фондів і програм. Така система фінансування охорони здоров'я впроваджена в Великобританії, Швеції, Канаді, Ірландії та деяких інших країнах.

Бюджетно-страхова система фінансування охорони здоров'я реалізується через системи, засновані переважно на цільовому внеску: внеску на обов'язкове медичне страхування або єдиного внеску на соціальне страхування (єдиний соціальний податок) [3].

У більшості країн Східної Європи, у тому числі і в РФ, ці системи набули поширення у формі поєднання страхового і бюджетного фінансування, тобто функціонують як бюджетно-страхові системи.

При обов'язковому медичному страхуванні страхові фонди формуються на трибічній основі: за рахунок цільових внесків працевластуваних; за рахунок цільових внесків працівників; субсидій держави із загальних бюджетних надходжень.

Муніципальні або центральні власті встановлюють податок на охорону здоров'я (зазвичай 6–11 % від фонду заробітної плати), який в основному поступає в казну території. Для працівників бюджетних організацій та громадян, які не працюють держава виділяє дотацію, яка є частиною або прибуткового податку, або податку до пенсійного фонду, або податку на соціальне страхування. Ці джерела підсумовуються, і кошти поступають в медичні страхові компанії. Величина надходжень залежить від числа застрахованих

страховою компанією. Таким чином, при обов'язковому медичному страхуванні (ОМС) кожне функціонуюче підприємство автоматично бере участь у формуванні фондів охорони здоров'я [3].

Визначення необхідного розміру страхових тарифів із обов'язкового медичного страхування надзвичайно важливе для формування і використання фондів страхування, їх подальшого розподілу і перерозподілу.

До позабюджетних надходжень відносять: особисту оплату громадянами медичних послуг не проходить через канали державного перерозподілу і поступають в медичні організації у формі прямої оплати; доходи лікувально-профілактичних закладів від оренди, від продажу медичних технологій і інші; надходження від добродійних фондів; кошти роботодавців, що направляються на створення власної медичної бази; пожертвування і альтернативні джерела фінансування (позика, лізинг, факторинг) [2].

Таким чином, в системах ОМС участь держави приймає м'якші регулюючі форми, а лікувально-профілактичні заклади не завжди належать державі. Проте, системи ОМС також є державними системами фінансування, оскільки:

- по-перше, внески працедавців і працівників носять обов'язковий характер і приймають форму особливого податку на заробітну плату;
- по-друге, надходження від внесків є хоча і відособленими, проте є частиною державних фінансів, тому вони контролюються державою;
- по-третє, держава регулює багато елементів цієї системи: ставки внесків, ціни на медичні послуги, договірні відносини між страховиком і медичною організацією, розмір гарантованого обсягу медичної допомоги.

Приватна система фінансування охорони здоров'я ґрунтується на добровільному (приватному) медичному страхуванні і безпосередній оплаті медичної допомоги споживачами медичної допомоги або роботодавцями. Вона характеризується такими ознаками:

- основним джерелом фінансування медичної допомоги є особисті кошти громадян і прибуток юридичних та фізичних осіб — роботодавців;
- переважно недержавний, комерційний статус страхових медичних компаній, що акумулюють фінансові кошти охорони здоров'я та забезпечують надання медичної допомоги;
- великий вибір медичних установ, лікарів;
- вільне (нерегульоване) ціноутворення на медичні послуги;
- висока частка національного доходу, що виділяється на охорону здоров'я.

В чистому вигляді приватна система фінансування не функціонує ні в одній з національних систем охорони здоров'я через притаманні їй негативні чинники, а саме:

- високу вартість медичної допомоги та її недоступність для значних верств населення;
- недостатня до профілактичних заходів;
- приватні компанії медичного страхування не мають стимулів для підвищення ефективності своєї діяльності та зазвичай несуть вищі адміні-

стративні витрати, ніж суб'єкти системи державного медичного страхування;

- виконання дорогих процедур і втручань без достатніх медичних показань.

Виникнення приватної охорони здоров'я історично було пов'язане із задоволенням потреби у високоякісних і дорогих медичних послугах спроможних верств населення, через що дана система не може бути організаційно-фінансовою основою національної системи охорони здоров'я, а використовуватися як доповнення до державної охорони здоров'я або системи, заснованої на соціальному страхуванні. При приватному добровільному медичному страхуванні застраховані або їх роботодавці самі виплачують страхові внески приватним страховим компаніям. Розрахунок ставки внесків проводиться страховою компанією для кожної особи на основі оцінки вірогідності або ризику отримання від них заяви на оплату медичної допомоги [10].

Основною відмінністю між системою приватного страхування і системою національного обов'язкового страхування є те, що страхові внески приватного страхування є справедливими по актуарними оцінкам, тоді як внесення системи національного обов'язкового страхування пов'язують ставку внеску з платоспроможністю і не передбачають внесення поправок в ставку внесків, що виплачуються окремими особами та розрахунку очікуваного рівня витрат по кожному застрахованому.

Приватні страхові компанії платять за медичні послуги, надані населенню, за узгодженими ставками в відповідності з контрактом на страхування. Приватне медичне страхування не при розрахунку вартості страхового полісу не враховує особистий дохід застрахованого, що приводить до регресивного розподілу фінансового тягаря, тобто в пропорційному відношенні бідні платять більше, ніж багаті [6].

Страхові внески, що обчислюються відповідно до ризику, носять більш регресивний характер, ніж страхові внески, що обчислюються для всього суспільства та забезпечують лише обмежений захист від фінансових ризиків. Така тенденція спостерігається оскільки є залежність між доходом і станом здоров'я: в середньому, в менш забезпечених категоріях населення спостерігається вища захворюваність і смертність, ніж в забезпеченіших категоріях.

Доповнююче приватне медичне страхування теж носить регресивний характер. Цей вид страхування, як правило, охоплює відносно велику частку населення із середнім рівнем доходу.

Коли ж приватне медичне страхування грає роль додаткової альтернативної або замінюючої форми приватного медичного страхування страховий поліс купують головним чином люди з високим рівнем доходів, тому вплив на фінансування виявляється помірно прогресивним. З 90-х років минулого сторіччя в більшості країн приватне медичне страхування стало менш прогресивним.

В жодній країні, окрім США, приватне страхування не використовується в якості механізму фінансування первинної медико-санітарної допомоги. Це відбувається по причині існування ряду проблем, пов'язаних з ринком

приватного медичного страхування, які роблять майже неможливим забезпечення універсального доступу справедливості [12].

Населення краще знає про власний ризик виникнення витрат на медичну допомогу, ніж страхові компанії. Особи, які відносяться до категорії підвищеного ризику, швидше за все застрахуються в компаніях із справедливими по актуарних оцінках ставками внесків, ніж особи, які відносяться до категорії зниженого ризику. Оскільки страхові поліси придбають переважно особи, які відносяться до категорії підвищеного ризику, страхова компанія може прийти до висновку що її витрати перевищують початкові розрахунки. Така ситуація може привести до збільшення вартості страхового полісу та зробить його не вигідним для страхової компанії.

Література

1. Буздуган Я. Організаційно-правові засади функціонування фінансів галузі охорони здоров'я в Україні за останні роки // Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: економіка. — 2004. — № 16. — С. 114–122.
2. Вялков А. И. Финансовый словарь главного врача. Часть 2 / А. И. Вялков, М. А. Татарников. — М.: б. и., 2011. — 54 с.
3. Григораш Г. В., Григораш Т. Ф., Олійник В. Я., Субачов І. Т. Системи соціального страхування зарубіжних країн. Навч. посіб. — К.: Центр учбової літератури, 2008. — 144 с.
4. Економіка охорони здоров'я: Підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Рудень [та інші]; під ред. В. Ф. Москаленка. — Вінниця: Нова Книга, 2010. — 288 с.
5. Зубенко С. А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем // Шлях доступу: <http://www.stu.lipetsk.ru/files/materials//zubenko.doc>
6. Романчук И. Г. Рыночные подходы к реализации вопросов местного значения и оптимизация муниципальных систем здравоохранения [Текст]: монография / И. Г. Романчук, В. А. Шабашев; Кемеровский университет. — Кемерово: При- томское, 2010. — 188 с.
7. Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. — К., 2011. — 345 с.
8. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: Навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. — К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2014. — 408 с.
9. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ, 2010. — 241 с.
10. Feldstein P. Health Care Finance and Economics. 6rd ed. Thomson Delmar Learning, 2004.
11. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition / European Observatory on Health Systems and Policies; ed.: J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. — Copenhagen: WHO, 2010. — 411 p.
12. Philipson T. Financial Health Economics/ Tomas Philipson, Ralph Koijen, Harald Uhlig. — NBER Working Paper No. 20075.-2014. — Шлях доступу: <http://www.nber.org/papers/w20075>