

МАКРОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ

олю за дотриманням законодавства у сфері інтелектуальної власності. Звісно, інші фактори мають теж зазнавати позитивних змін, проте їх регулювання не є першочерговим завданням для збільшення обсягів податкових надходжень від суб'єктів індустрії програмної продукції.

Список використаних джерел

1. Казарезов А.Я. Економіко-математичне моделювання: Навчальний посібник. Для самостійного вивчення / А.Я. Казарезов, О.О. Ципліцька. – Миколаїв: Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. – 248 с.
2. Клепікова О.А. Комплексний підхід до тестування імітаційних моделей складних економічних систем / О.А. Клепікова // Науковий вісник Херсонського державного університету. – Серія «Економічні науки». – 2014. – Вип. 5. – Ч. 4. – С. 224–228.
3. Моделі і методи соціально-економічного прогнозування: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / Харківський національний економічний ун-т. – Х.: ВД Інжек, 2005. – 396 с.
4. Савош Л.В. Щодо особливих випадків при застосування методики множинного регресійного аналізу для управління витратами / Савош Л.В. // Економічні науки. – Серія «Облік і фінанси» : зб. наук. пр. – Луцьк : РВВ ЛНТУ, 2010. – Вип. 7(25). – Ч. 3. – С. 93–100.
5. Ющенко Е.Л. Адресное программирование / Ющенко Е.Л. – К.: Техн. л-ра, 1963. – 286 с.
6. Obrien R. A caution regarding rules of thumbs for variance inflation factors / R. Obrien // Quality & Quantity. – 2007. – № 5. – p. 673–690.

Т.Б. ЛЕБЕДА,

к.е.н., пров. наук. співр. Інститут економіки і прогнозування НАН України

Реформування охорони здоров'я як ендогенний фактор економічного розвитку України

Досліджено макроекономічну ефективність охорони здоров'я в Україні порівняно з країнами світу, обґрутовано необхідність та сформульовано напрями її реформування.

Проаналізовано макроекономічну результативність охорони здоров'я в Україні порівняно з країнами світу. Визначено залежність між рівнем розвитку країн світу і суспільними витратами на охорону здоров'я. Обґрутовано необхідність реформування сфери охорони здоров'я в Україні, сформульовано принципи, цілі і задачі такого реформування.

Ключові слова: економічний розвиток, реформування, охорона здоров'я, макроекономічна динаміка.

Т.Б. ЛЕБЕДА,

к.э.н., ведущий. научн. сотр. Институт экономики и прогнозирования НАН Украины

Реформирование здравоохранения как эндогенный фактор экономического развития Украины

Исследована макроэкономическая эффективность здравоохранения в Украине в сравнении со странами мира, обоснована необходимость и сформулированы направления его реформирования.

Проанализирована макроэкономическая результативность здравоохранения в Украине по сравнению со странами мира. Определена зависимость между уровнем развития стран мира и общественными затратами на здравоохранение. Обоснована необходимость реформирования сферы здравоохранения в Украине, сформулированы принципы, цели и задачи такого реформирования.

Ключевые слова: экономическое развитие, реформирование, здравоохранение, макроэкономическая динамика.

T. LEBEDA,

PhD in Economics, Leading Researcher. Institute for Economics and Forecasting, NAS of Ukraine

Health reform as an endogenous factor of Ukraine's economic development

It was investigated the macroeconomic efficiency of health care in Ukraine in comparison with the countries of the world. The need for reform was substantiated and main directions were determined.

Keywords: economic development, reforming, health care, macroeconomic dynamics.

Постановка проблеми. Сучасні теорії економічного зростання особливого значення надають людському капіталу як ключовому чиннику розвитку економіки і суспільства. Відповідно, діяльність урядів країн світу спрямована, в першу чергу, на розвиток людини з пріоритетом державних інвестицій в охорону здоров'я, освіту, соціальну підтримку, побут тощо.

Аналіз досліджень та публікацій з проблемами. Проблемам людини та її розвитку присвячується ґрутовні дослідження, що проводяться на постійній основі такими міжнародними організаціями, як ООН (щорічні звіти про розвиток людини), МОП (трудові аспекти людського життя), Європейська соціальна хартія (умови праці та життя людей). У цьому аспекті дослідження стану, особливостей та перспектив розвитку охорони здоров'я в Україні з точки зору її макроекономічної ефективності є актуальним і своєчасним.

Мета статті – дослідити макроекономічну результативність охорони здоров'я в Україні порівняно з країнами світу та визначити основні принципи і напрями її реформування.

Виклад основного матеріалу. Порівняльний аналіз показників, які характеризують розвиток сфери охорони здоров'я та її суспільну результативність в країнах світу, свідчить про таке (табл. 1, 2):

- протягом останніх двох десятиріч'я країни світу – з дуже високим, високим, середнім і низьким рівнем людського розвитку – посилили акцент на здоров'ї людини;

- за період 1995–2014 рр. відбулося збільшення витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП: для країн з дуже високим рівнем розвитку з 9,2% до 12,3%, високим – з 5,2% до 6,2%, середнім – з 4,9% до 5,8%, низьким рівнем розвитку – з 4,5% до 5,7%. Для України частка означених витрат збільшилася з 7,0% до 7,1%;

- для усіх країн за період 1995–2014 рр. зменшилася частка витрат на охорону здоров'я «з власного карману»: для країн з дуже високим рівнем розвитку з 15,0% до 13,3%, високим – з 36,7% до 32,2%, середнім – з 40,7% до 36,1%, низьким рівнем розвитку – з 52,8% до 37,2%. Це свідчить про посилення ролі держави у забезпечення здоров'я людини. Натомість в Україні частка витрат на охорону здоров'я «з власного карману» за означений період зросла практично у два рази – з 24,5% до 46,2%;

- витрати на охорону здоров'я у розрахунку на одиницю населення за період 1995–2015 рр. суттєво зросли: для країн з дуже високим рівнем розвитку у 2,26 рази (з 2321\$ до 5251\$), з високим – у 5,89 рази (з 88\$ до 518\$), з середнім у 5,3 рази (з 55\$ до 292\$), з низьким рівнем розвитку – у 3,7 рази (з 10\$ до 37\$). В Україні таке зростання склало 4 рази (з 51\$ до 203\$);

- за період 1990–2011 рр. в країнах з дуже високим, високим і середнім рівнем розвитку відбулося зростання забезпеченості лікарями у розрахунку на 1000 населення – з 2,1 до 2,9 лікарів, з 1,4 до 2,0, і з 1,1 до 1,4 лікарів відповідно. В країнах з низьким рівнем розвитку забезпеченість лікарями залишилася на рівні 0,1 лікарів. В Україні рівень забезпеченості лікарями суттєво скоротився – з 4,3 до 3,5 лікарів на 1000 населення – залишаючись при цьому досить високим на фоні країн з дуже високим і високим рівнем розвитку;

- Україна відрізняється одним з найбільш високих рівнів кількості середнього медперсоналу (7,7 порівняно з 8,6 чоловік в середньому по країнах з дуже високим рівнем) і медичних ліжок (9,0 порівняно з 4,2 в середньому по країнах з дуже високим рівнем) на 1000 населення. Разом з тим, рівень задоволеності якістю охорони здоров'я в Україні є одним із найнижчих у світі – усього 22%;

- очікувана тривалість життя при народженні за період 1960–2014 рр. значно зросла: для країн з дуже високим рівнем з 68 до 81 років, з високим – з 49 до 74 років, середнім – з 48 до 71 року, з низьким рівнем розвитку – з 39 до 61 року. Зміна означеного показника, який є узагальнюючим результатом прогресу охорони здоров'я, свідчить про суттєве посилення суспільного значення здоров'я для держави та людини. В Україні очікувана тривалість життя при народженні, що була досить високою у 1960 році – 68 років, на рівні країн з дуже високим рівнем розвитку – майже не змінилася, досягши 71 року у 2014 р. Тобто можемо констатувати, що за останні 55 років в Україні практично відсутній прогрес охорони здоров'я;

- очікувана тривалість здорових років життя в Україні складає 64,9 років для жінок і 56,6 років для чоловіків, що є суттєво нижчим за аналогічні показники країн з дуже високим рівнем і досить низьким порівняно з країнами з високим рівнем розвитку.

Проведений порівняльний аналіз показує, що усі країни світу постійно збільшують увагу за-

МАКРОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ

безпечення умов для покращення здоров'я населення, що відображається у постійному збільшенні загальних витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП, збільшенні обсягу відповідних витрат та кількості лікарів у розрахунку на душу населення. Про посилення ролі держави у забезпеченні охорони здоров'я свідчить також зменшення частки витрат на оздоровлення населення за рахунок «власного карману».

Існує виражена залежність між рівнем розвитку країни і рівнем суспільних витрат на охорону здоров'я її громадян. Так, країни з дуже високим рівнем розвитку витрачають на охорону здоров'я вдвічі більшу частку від ВВП, ніж інші країни, а обсяг цих витрат у розрахунку на одиницю населення є в 10 і більше разіввищим, ніж в країнах з високим, середнім та низьким рівнем розвитку. Крім того, у високорозвинених країнах держава бере на себе до 90% усіх витрат на охорону здоров'я, у той час як в інших в середньому 64%. Як результат, тривалість життя і кількість здорових років життя є найбільш високими саме у високорозвинених країнах.

Важливо зазначити, що Україна певним чином вибивається з вищезазначених закономірностей. На фоні високих показників забезпеченості лікарями, середнім медичним персоналом та кількістю медичних ліжок у розрахунку на 1000 населення, Україна відрізняється низьким показником очікуваної тривалості життя при народженні, значення якого практично не змінилося з 1960 року, у той час як для країн світу за цей період відбувається значний прогрес – очікувана тривалість життя збільшилася на 13, 25, 23, 22 для країн з дуже високим, високим, середнім і низьким рівнем розвитку відповідно (для порівняння: для України таке збільшення склало 3 роки). Певним чином така ситуація пояснюється дуже низьким обсягом витрат на охорону здоров'я у розрахунку на одиницю населення (\$203), що є у 26 разів, 2,6 та 1,4 рази нижчим порівняно з середнім по країнах з дуже високим, високим і середнім рівнем розвитку відповідно (станом на 2015 р.). При цьому українці 45% витрат на охорону здоров'я здійснюють з «власного карману» (для порівняння: цей показник складає 13,3%, 32,2%, 36,1%, 37,2% в середньому для країн з дуже високим, високим і середнім рівнем розвитку відповідно). Причому для України характерна тенденція суттєвого збільшення витрат на охорону здоров'я «з власного карману» за останні 20 років (з 24,5% до 46,2%),

у той час як у країнах світу простежується протилежна тенденція. Останнє свідчить про послаблення ролі української держави в забезпеченні охорони здоров'я населення.

Вищезазначене свідчить про суттєвий дисбаланс між високим рівнем забезпеченості українського суспільства медичними закладами й персоналом і низькою суспільною результативністю системи охорони здоров'я. Отже, реформування сфери охорони здоров'я в Україні з метою забезпечення якісних і доступних медичних послуг для населення є сьогодні одним із найважливіших напрямів діяльності держави, що сприятиме економічному зростанню шляхом розвитку людського потенціалу, підвищення ефективності охорони здоров'я як виду економічної діяльності, оптимізації та підвищення ефективності бюджетних витрат.

Проведений порівняльний аналіз показує, що усі країни світу постійно збільшують увагу за забезпеченням умов для покращення здоров'я населення, що відображається у постійному збільшенні загальних витрат на охорону здоров'я у структурі ВВП, збільшенні обсягу відповідних витрат та кількості лікарів у розрахунку на душу населення. Про посилення ролі держави у забезпеченні охорони здоров'я свідчить також зменшення частки витрат на оздоровлення населення за рахунок «власного карману».

Існує виражена залежність між рівнем розвитку країни і рівнем суспільних витрат на охорону здоров'я її громадян. Так, країни з дуже високим рівнем розвитку витрачають на охорону здоров'я вдвічі більшу частку від ВВП, ніж інші країни, а обсяг цих витрат у розрахунку на одиницю населення є в 10 і більше разіввищим, ніж в країнах з високим, середнім та низьким рівнем розвитку. Крім того, у високорозвинених країнах держава бере на себе до 90% усіх витрат на охорону здоров'я, у той час як в інших в середньому 64%. Як результат, тривалість життя і кількість здорових років життя є найбільш високими саме у високорозвинених країнах.

Важливо зазначити, що Україна певним чином вибивається з вищезазначених закономірностей. На фоні високих показників забезпеченості лікарями, середнім медичним персоналом та кількістю медичних ліжок у розрахунку на 1000 населення, Україна відрізняється низьким показником очікуваної тривалості життя при народженні, значення якого практично не змінилося з 1960 року,

Таблиця 1. Зміна показників сфери охорони здоров'я у часі

Країни / показники	Загальні витрати на охорону здоров'я, % у ВВП, %	Частка витрат на охорону здоров'я з «карману», %	Витрати на охорону здоров'я у розрахунку на одиницю населення, \$	Кількість лікарів на 1000 населення, кількість	Очікувана тривалість життя при народженні, років							
	1995	2014	1995	1990	2011	1990	2015	1995	2014	2011	1960	2014
Країни з дуже високим рівнем людського розвитку	9,2	12,3	15,0	13,3	2321	5251	2,1	2,9	68	68	81	81
Країни з високим рівнем людського розвитку	5,2	6,2	36,7	32,2	88	518	1,4	2,0	49	49	74	74
У т.ч. Україна	7,0	7,1	24,5	46,2	51	203	4,3	3,5	68	68	71	71
Країни з середнім рівнем людського розвитку	4,9	5,8	40,7	36,1	55	292	1,1	1,4	48	48	71	71
Країни з низьким рівнем людського розвитку	4,5	5,7	52,8	37,2	10	37	0,1	0,1	39	39	61	61
Світ в цілому	8,5	9,9	17,4	18,2	462	1061	1,3	1,5	52	52	71	71

Джерело: складено автором за даними: *World Development Indicators [Електронний ресурс]* / Сайт Світового банку – Доступний з: <<http://data.worldbank.org/>> [1].

Таблиця 2. Охорона здоров'я: порівняння країн світу

Рівень розвитку	Країни/Роки	Загальний витрати, % від ВВП, 2014 р.	Витрати «з карману», % у загальних витратах, 2014 р.	Витрати у разіхунку на посадах, 2014 р.	Кількість лікарів на 1000 населення, 2008–2014 рр.	Кількість середнього медперсоналу на 1000 населення, 2008–2014 рр.	Кількість медичних ліжок на 1000 населення, 2007–2012 рр.	Оцінювана тривалість здорових років життя, жінки/чоловіки, роки, 2010 р.	Рівень якості охорони здоров'я, % за рівняннями, 2014–2015 рр.
Норвегія	9,7	13,6	9522	4,3	17,3	3,3	69,7 / 66,3	85	85
США	17,1	11,0	9403	2,5	9,8	2,9	69,5 / 66,2	77	77
Німеччина	11,3	13,2	5411	3,9	11,5	8,2	70,9 / 67,1	89	89
Швеція	11,9	14,1	6808	3,9	11,9	2,7	71,2 / 68,0	81	81
Ізраїль	7,8	27,0	2910	3,3	5,0	3,3	70,9 / 68,3	72	72
Японія	10,2	13,9	3703	2,3	11,5	13,7	75,5 / 70,6	71	71
Франція	11,5	6,3	4959	3,2	9,3	6,4	71,9 / 67,0	77	77
Словенія	9,2	12,1	2161	2,5	8,5	4,5	70,7 / 65,7	80	80
Польща	6,4	23,5	910	2,2	6,2	6,5	69,3 / 62,8	47	47
Латвія	5,9	35,1	921	3,6	3,4	5,9	67,2 / 60,0	52	52
Російська ефедрація	7,1	45,8	893	4,3	8,5	6,45 / 55,4	34	34	34
Румунія	5,6	18,9	557	2,4	5,6	6,1	67,3 / 61,4	65	65
Беларусь	10,6	17,8	4884	4,9	16,8	6,5	65,6 / 56,4	40	40
Болгарія	8,4	44,2	662	3,9	4,8	6,4	66,8 / 61,5	38	38
Казахстан	4,4	45,1	539	3,6	8,3	7,2	62,4 / 53,9	48	48
Туреччина	5,4	17,8	568	1,7	2,4	2,5	66,0 / 61,8	71	71
Грузія	7,4	58,6	303	4,3	3,2	2,6	66,9 / 59,3	59	59
Україна	7,1	46,2	203	3,5	7,7	9,0	64,9 / 56,6	22	22
Китай	5,5	32,0	420	1,9	1,9	3,8	70,4 / 65,5	65	65
Колумбія	7,2	15,4	569	1,5	0,6	1,5	67,1 / 62,4	43	43
Узбекистан	5,8	43,9	124	2,5	11,9	4,4	61,7 / 57,1	43	43
Спілковий Мондова	5,6	55,7	178	2,8	3,5	0,5	60,8 / 57,5	40	40
Індія	10,3	38,4	229	3,0	6,4	6,2	64,6 / 57,5	40	40
Замбія	4,7	62,4	75	0,7	1,7	0,7	57,7 / 54,9	62	62
Цепергін Індії	5,0	30,0	86	0,2	0,8	2,0	48,7 / 46,8	45	45
Пакистан	2,6	35,2	38	0,8	0,6	0,6	58,0 / 55,2	41	41
Нігерія	3,7	71,7	118	0,4	1,6	0,8	50,8 / 50,0	48	48
Одан	8,4	75,5	130	0,3	0,8	0,8	58,1 / 55,9	22	22
Ефіопія	4,9	32,3	27	0,0	0,2	6,3	53,5 / 51,4	59	59
Мозамбік	7,0	9,5	42	0,0	0,4	0,7	46,1 / 42,9	47	47
Чад	3,6	39,2	37				48,6 / 45,1	26	26
Загалом країни з дуже високим рівнем підтримки розвитку	12,3	13,3	5251	2,9	8,6	4,2	70,9 / 66,9	68	68
Загалом країни з високим рівнем підтримки розвитку	6,2	32,2	518	2,0	3,0	3,4	68,6 / 63,6	59	59
Загалом країни з середнім рівнем підтримки розвитку	4,5	55,7	90	0,8	1,7		59,5 / 56,3	61	61
Загалом країни з низьким рівнем підтримки розвитку	5,7	37,2	37	0,1			53,0 / 50,7	39	39
Світ в цілому	9,9	18,2	1061	1,5	3,3		63,7 / 59,8	59	59

Джерело: складено автором за даними: Німеччина development report 2013–2016 [Електронний ресурс] / Сайт ООН. – Доступний з: <<http://hdr.undp.org/en/>> [2]; World Development Indicators [Електронний ресурс] / Сайт Світового банку – Доступний з: <<http://data.worldbank.org/indicator>> [1].

у той час як для країн світу за цей період відбувся значний прогрес – очікувана тривалість життя збільшилася на 13, 25, 23, 22 для країн з дуже високим, високим, середнім і низьким рівнем розвитку відповідно (для порівняння: для України таке збільшення склало 3 роки). Певним чином така ситуація пояснюється дуже низьким обсягом витрат на охорону здоров'я у розрахунку на одиницю населення (\$203), що є у 26 разів, 2,6 та 1,4 рази нижчим порівняно з середнім по країнах з дуже високим, високим і середнім рівнем розвитку відповідно (станом на 2015 р.). При цьому українці 45% витрат на охорону здоров'я здійснюють з «власного карману» (для порівняння: цей показник складає 13,3%, 32,2%, 36,1%, 37,2% в середньому для країн з дуже високим, високим і середнім рівнем розвитку відповідно). Причому для України характерна тенденція суттєвого збільшення витрат на охорону здоров'я «з власного карману» за останні 20 років (з 24,5% до 46,2%), у той час як у країнах світу простежується протилежна тенденція. Останнє свідчить про послаблення ролі української держави в забезпеченні охорони здоров'я населення.

Вищезазначене свідчить про суттєвий дисбаланс між високим рівнем забезпеченості українського суспільства медичними закладами й персоналом і низькою результативністю системи охорони здоров'я. Отже, реформування сфери охорони здоров'я в Україні з метою забезпечення якісних і доступних медичних послуг для населення є сьогодні одним із найважливіших напрямів діяльності держави, що сприятиме економічному зростанню шляхом розвитку людського потенціалу, підвищення ефективності охорони здоров'я як виду економічної діяльності, оптимізації та підвищення ефективності бюджетних витрат.

Основними задачами щодо реформування сфери охорони здоров'я є наступні [3–6].

1. Структурна реорганізація: реформувати систему охорони здоров'я на принципах розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги та їх фінансування; переорієнтувати охорону здоров'я на профілактику захворювань; розвинути первинну медико-санітарну допомогу, упровадити принцип вибору лікаря пацієнтом; упровадити самоврядування та автономність медичних закладів шляхом надання їм статусу неприбуткових організацій за рішенням відповідних органів місцевого самоврядування та

укладання з ними договорів на медобслуговування; забезпечити рівні права для медичних закладів усіх форм власності; сприяти добровільній інтергації медичних закладів у лікарсько-госпітальній об'єднання з можливістю подальшої спеціалізації лікарень-учасниць; реорганізувати структуру Міністерства охорони здоров'я (позбавити його «недичничих» функцій).

2. Забезпечення якості і доступності медичних послуг: Упровадити матеріальні й моральні стимули для підвищення якості надання медичної допомоги; на первинному рівні перейти на засади сімейної медицини; у сільській місцевості створити мережі фельдшерсько-акушерських пунктів; забезпечити високу якість медичної підтримки материнства і дитинства – на рівні світових стандартів; посилити боротьбу з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, іншими соціальними хворобами; здійснити інвентаризацію та паспортизацію медзакладів; створити єдині реєстри медичних закладів, працівників, препаратів, обладнання; запровадити ліцензування медичної діяльності; створити єдиний простір медичних закладів усіх форм власності й підпорядкування та єдиний інформаційний простір для збирання, оброблення й прогнозування клінічних і фінансових даних; створити єдиний реєстр пацієнтів та їхніх медичних даних; запровадити стандарти медичної допомоги, систему контролю її якості, поетапно запровадити загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування, поширити добровільне страхування.

3. Реформа фінансування: Вирішити головну проблему фінансування системи охорони здоров'я – неефективності витрачання публічних коштів та таких їх наслідків, як: необхідності громадянам самостійно «дофінансувати» систему з «власного карману»; несправедливості розподілу медичних послуг (у соціальному і географічному аспектах); фінансової незахищеності людей у випадку хвороби; низьких доходів медперсоналу; відсутності необхідних ресурсів там, де цього потребує пацієнт. Для цього слід вирішити такі задачі: визначити гарантований обсяг медичної допомоги населенню залежно від медичних показань, рівня надання медичної допомоги та обсягу витратів – встановлювати його щорічно; упровадити клінічні протоколи з переліком медичних послуг та відповідних формул щодо розрахунку їхньої вартості; перейти до фінансування на основі подушного надання медичних послуг та закінченого ви-

МАКРОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СУЧАСНОЇ ЕКОНОМІКИ

падку лікування на основі встановлених тарифів та у межах запланованих обсягів; розмежувати рівні надання медичної допомоги та їх фінансування; забезпечувати в повному обсязі фінансування з державного бюджету національних та державних цільових програм з охорони здоров'я за пріоритетними напрямками (встановлюються державою); створити умови для впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з відповідними змінами податкового законодавства; спрямувати більшу частину окремих податків (акцизний збір на алкогольні, тютюнові вироби та сіль, податки за екологічно шкідливе виробництво та несприятливі умови праці) на цільове фінансування охорони здоров'я; стимулювати розвиток добровільного медичного страхування та залучення населення до співоплати наданої медичної допомоги; стимулювати державно-приватне партнерство передусім у цілях збільшення охоплення населення послугами високотехнологічної вторинної і третинної медичної допомоги.

4. Здоровий спосіб життя та профілактика захворювань: Забезпечити ранню діагностику хвороб; проводити обов'язкові профілактичні огляди населення; активно формувати та пропагувати у населення здоровий спосіб життя (його популяризацію, забезпечення пріоритетності оздоровлення, фізичної культури і спорту, утверджувати в суспільстві престижність дотримання здорового способу життя) та розробити механізми його економічного стимулювання; заборонити рекламу тютюнових виробів та алкогольних напоїв; створювати сучасну інфраструктуру для занять фізкультурою і спортом через податкове стимулювання бізнесу та розвиток механізмів державно-приватного партнерства; стимулювати розвиток екологічних та безпечних технологій, посилити просвітницьку діяльність у цьому напрямі; посилити контроль за якістю фармацевтичної продукції, питної води, харчової продукції.

5. Здійснювати раціональну фармацевтичну політику на мікро- та макрорівні; законодавчо забезпечити фізичну й економічну доступність основних лікарських засобів; заборонити рекламу лікарських засобів; реорганізувати систему держзакупівель шляхом її електронізації та прямих закупівель безпосередньо у виробників; удосконалити процеси ліцензування та реєстрації медпрепаратів.

Висновки

В Україні існує суттєвий дисбаланс між, з одного боку, досить високим рівнем забезпеченості медичними закладами й медичним персоналом, з іншого – дуже низькою суспільною результативністю системи охорони здоров'я, що обумовлює необхідність проведення реформування цієї сфери. Реформування системи охорони здоров'я має здійснюватися у напрямах структурної реорганізації; забезпечення якості й доступності медичних послуг, здорового способу життя, профілактики захворювань; проведення раціональної фармацевтичної політики; упровадження нових принципів фінансування. Реалізація вищезазначених задач потребує, в першу чергу, упровадження у практику діяльності нових положень закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також розроблення і прийняття законів України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» та «Про медичне страхування». Крім того, законодавчого унормування потребують: проведення інвентаризації та паспортизації медичних закладів; створення реєстрів медичних закладів, працівників, препаратів, обладнання; запровадження ліцензування медичної діяльності; створення єдиного простору медичних закладів усіх форм власності й підпорядкування та єдиного інформаційного простору для збирання, оброблення та прогнозування клінічних і фінансових даних, створення єдиного реєстру пацієнтів та їхніх медичних даних; запровадження медичних протоколів з переліком медичних послуг та формул розрахунку їхньої вартості; розмежування рівнів надання медичної допомоги; переход до фінансування на основі подушного надання медичних послуг та закінченого випадку лікування на основі системи діагностичних груп відповідно до встановлених тарифів; упровадження самоврядування та автономності медичних закладів шляхом надання їм статусу неприбуткових організацій за рішенням відповідних органів місцевого самоврядування та укладання з ними договірів на медобслуговування; інтеграція медичних закладів у лікарсько-госпітальні об'єднання; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та розвиток добровільного страхування. Крім того, згідно Угоді про асоціацію з ЄС Україна має імплементувати Міжнародні медико-санітарні прави-

ла, здійснювати обмін інформацією та кращими практиками, поступово інтегруватися в європейські мережі охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. World Development Indicators [Електронний ресурс] / Сайт Світового банку – Доступний з :<<http://data.worldbank.org/indicator>>
2. Human development report 2013–2016 [Електронний ресурс] / Сайт ООН. – Доступний з :<<http://hdr.undp.org/en/>>
3. Угода про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» (підписана 27.11.2014 р.)
4. Указ Президента України № 5/2015 «Про стратегію сталого розвитку «Україна–2020» від 12.01.2015 р.
5. Програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена Постановою Верховної Ради України № 26–VIII від 11.12.2014 р.
6. Дані Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / Сайт Міністерства охорони здоров'я України. – Доступний з : <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

О.В. ПОПОВИЧ,

к.е.н. доцент, Національний авіаційний університет

А.А. НОСОВСЬКИЙ,

студент, Національний авіаційний університет

Аналіз фінансового стану діяльності ТОВ «Українські вертольоти» за період з 2014 по 2016 рік

Дана стаття розглядає суть аналізу фінансового стану діяльності авіаційного підприємства. Розглянуто основні системи проведення аналізу фінансового стану на прикладі ТОВ «Українські вертольоти». Розроблений системний план для покращення результативності діяльності даного підприємства.

Ключові слова: аналіз фінансового стану, фінансова звітність, діяльність авіаційного підприємства, системний план, результативна діяльність, отримання прибутку, мінімізація збитку.

О.В. ПОПОВИЧ,

к.э.н. доцент, Национальный авиационный университет

А.А. НОСОВСКИЙ,

студент, Национальный авиационный университет

Анализ финансового состояния деятельности ООО «Украинские вертолеты» за период с 2014 по 2016

Данная статья рассматривает суть анализа финансового состояния деятельности авиационного предприятия. Рассмотрены основные системы проведения анализа финансового состояния на примере ООО «Украинские вертолеты». Разработан системный план для улучшения результативности деятельности данного предприятия.

Ключевые слова: анализ финансового состояния, финансовая отчетность, деятельность авиационного предприятия, системный план, результативная деятельность, получение прибыли, минимизация ущерба.

O. POPOVICH,

Ph.D. Professor, National aviation University

A.A.NOSOVSKYI,

Student, National aviation University

Analysis of the financial state of activity LLC «Ukrainian helicopters» for the period from 2014 to 2016

This article examines the essence of the analysis of the financial condition of the aviation enterprise. The main systems of the analysis of the financial state on the example of LLC «Ukrainian Helicopters» are considered. A system plan has been developed to improve the performance of this enterprise.

Keywords: analysis of financial condition, financial reporting, aviation enterprise activity, system plan, productive activity, profit generation, minimization of damage.