

підприємств житлово-комунального господарства з банками, які розпочали довгострокові програми фінансування [3, с. 5].

У серпні минулого року Кабінет Міністрів схвалив програму реформування житлово-комунального господарства на 2007-2011 роки Парто зазначити, що за словами розробників, раніше існуюча програма на 2004-2010 роки була формальною, тому що не було забезпечене фінансування. На фінансування нової програми необхідно 32 млрд гривень з держбюджету. Передбачається програмно-цільовий метод фінансування заходів програми. Для її реалізації розроблено 15 підпрограм. Усього для фінансування програми необхідно залучити протягом 4 років 100 млрд. гривень. Програма також дозволить створити 160 тис. нових робочих місць із середньою зарплатою 1250 гривень. Однак лише за умови збереження цін на енергоносії, програма передбачає збереження житлово-комунальних тарифів на нинішньому рівні хоча і повинна забезпечити вже до 2011 року європейській рівень надання послуг житлово-комунального господарства.

Разом з тим, варто зазначити, що завдання, термін вирішення яких визначений 2011 роком, зовсім не нові і формулювалися в нормативних документах, починаючи з 1995 року. Необхідно удосконалювати визначення механізмів, що гарантують ефективне управління підприємствами галузі, а також розробляти дієві кроки, які забезпечать ліквідацію збитковості підприємств, залучення коштів у сферу та поліпшення технічного стану і інфраструктури.

Основними результатами удосконалення роботи галузі повинно бути: 1) збільшення інвестиційної привабливості житлово-комунального сектору, що сприятиме розвитку фондового ринку держави в цілому; 2) створення ефективного ринкового механізму функціонування житлово-комунального господарства, а відповідно, визнання комунальних послуг хоча і специфічним, але товаром, ціна якого відображатиме ціну відтворення та формуватиметься за законами ринку; 3) забезпечення високої якості надання послуг та ефективність використання ресурсів в галузі за рахунок демонополізації житлово-комунального господарстві, та розвитку конкурентного середовища; 4) здійснення громадянами «плати за послуги в розмірі, який відображатиме рівень їх фактичного споживання, а отже відсутність потреби у використанні нормативів споживання як підстави для нарахування платежів; 5) досягнення рівня економії енергоресурсів, який призведе до суттєвого зменшення витрати валютних ресурсів на їх придбання, особливо в умовах очікуваного зростання вартості енергоносіїв.

Список використаних джерел:

1. *Бабам В. Комунальна революція поки що відміняється // День. Щоденна всеукраїнська газета – 2003. – №163.*
2. *Комунальна реформа: стан та перспективи // Юридична газета. – 2004. – №14(26).*
3. *Кучеренко О. ЖКГ: переглядаються підходи до реформування // Урядовий кур'єр. – 2005 – №150. – С. 5.*

Annotation. *In the article the modern state and problems of development of the industry is described, necessity and possible sources of the sphere modernization are pointed at. The aspects of programs improvement as well as expected results of industry reforming are examined.*

Key words: *housing and communal services, reforming, financial providing, efficiency, market mechanism.*

УДК 351. 84 (045)

В.В. Руденко, асистент,

*О.В. Іськова Вінницький торговельно-економічний інститут
КНТЕУ.*

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я І МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

У статті розглянуто світовий досвід фінансування охорони здоров'я на основі запровадження інституту медичного страхування та можливості його застосування в Україні.

Ключові слова: *система охорони здоров'я, державна модель фінансування охорони здоров'я, медичне страхування.*

Політика в сфері охорони здоров'я в провідних країнах світу спрямована на найефективніший розподіл ресурсів. Система охорони здоров'я формується внаслідок взаємодії між багатьма комплексними факторами: демографічним (густота та розподіл населення, вікова структура, захворюваність, смертність), екологічним (клімат та навколишнє середовище), культурним (поведінка, освіта, навчання), економічним (галузєва структура промисловості та структура зайнятості рівень розвитку), соціальним (схеми захисту), медичним (медична практика), технологічним (доступність найбільш ефективних засобів) чи юридичним (встановлена практика). Таким чином вона є елементом соціальної структури і від неї організації залежить, наскільки у різних країнах розвинені медичні послуги та диференційні ознаки.

Дослідження провідних російських і українських науковців щодо зарубіжного досвіду фінансування охорони здоров'я свідчать що у розвинених країнах світу діють дві базові моделі фінансування охорони здоров'я, які націлені на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, та ефективністю діяльності медичних закладів: державна й змішана [1, с.25; 2, с.125; 4, с.56; 6, с.39].

Зокрема, автор Ф.С. Вартанян [1, с.23], розглядаючи нові підходи до розвитку здоров'я у Великобританії, підкреслює, що при державній моделі фінансування охорони здоров'я здійснюють за рахунок коштів державного бюджету. Змішана ж система передбачає дворівневу систему медичної допомоги. Тобто, першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі, які об'єднуються в групи, а коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступають у дію лікарні консультаційні пункти та діагностичні центри, які фінансують із страхових фондів.

Російський автор Н.С. Ветрова [2, с. 122], вивчаючи питання фінансування соціальних програм у країнах Заходу, зазначає, що державну модель фінансування застосовують Великобританія, Канада, Італія, Австралія. Також ця модель є характерною для Фінляндії, Швеції, Норвегії, де держава фінансує до 70% усіх витрат на охорону здоров'я, а в США – до 50%. При цьому, автор підкреслює, що згадані вище системи мають свої переваги й недоліки, проте суспільний інтерес на боці змішаної системи.

У статті автора Б. Корецького [4, с.59] також дається огляд типів систем охорони здоров'я. Проте, він вважає, що на сьогодні в світі створено в класичному варіанті три вихідних типи систем охорони здоров'я, а саме:

- державна система, яка спрямована на здійснення повноцінної профілактики і лікування, доступний кожному громадянину країни без винятку;
- система, що базується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я і опирається на використання переважно страхових засобів для захисту працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях непрацездатності і при настанні старості;
- ринкова або приватна система охорони здоров'я, яка визначається різноманітними пропорціями поміж коштами державного бюджету медичного страхування і медичними послугами, що сплачуються пацієнтами безпосередньо.

Як зазначає автор Т.М. Писаренко [5, с.35], "...ні в одній країні світу жодна з названих систем не існує в чистому вигляді." Однак, експерти підносять до країн з системою першого типу країни СНД, Великобританію, Грецію, Португалію, Данію, Ірландію, Іспанію, Канаду, Італію. Система другого типу функціонує в Німеччині, Нідерландах, Франції, Бельгії, Люксембурзі, Голландії, Японії. Щодо третього типу системи охорони здоров'я, то її типовим представником є США.

Як бачимо, кожен із 3-х названих типів систем охорони здоров'я має характерні ознаки, деякі з них у залежності від конкретної ситуації та мети можна розглядати як переваги або недоліки. Але слід зазначити, що, на думку експертів ВООЗ [6, с.40], реформи системи охорони здоров'я, які в теперішній час проходять в багатьох країнах світу, показують, що у країнах СНД, Болгарії, Угорщині, Польщі спостерігається рух від системи першого типу до другого. В Іспанії здійснюється перехід в зворотному напрямку. У Великобританії система першого типу доповнюється ринковими елементами, а в Нідерландах та Франції – аналогічний процес проходить в рамках системи другого типу.

При цьому, експерти ВООЗ рекомендують в теперішніх умовах розвитку країн Східної Європи наступну пропорцію фінансування медицини: 60% – державний бюджет, 30% – медичне страхування, 10% – платні послуги

Отже, розгляд існуючих типів фінансування охорони здоров'я в різних країнах показав, що у більшості країн світу закріпилася практика соціального страхування, коли кошти надходять шляхом сплати податків і страхової угоди поміж найманим робітником та роботодавцем з частковим державним фінансуванням. При всій різноманітності державного устрою розвинутих країн світу вони мають подібну за змістом систему охорони здоров'я – страхову медицину.

Необхідно зупинитися на тому факті, що останнім часом активно обговорюється необхідність опрацювання Національної програми охорони здоров'я на зразок канадської [5, с.35]. Хоча в кожному окремому випадку зміни в країнах проходять в різних умовах, однак при всій багатогранності тактики стратегічні цілі, як правило, співпадають, тому що вони включають забезпечення рівного права на охорону здоров'я для всіх громадян, соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я, ефективного використання ресурсів, впорядкування витрат на охорону здоров'я.

Комплексне (повне) медичне страхування здоров'я повинно передбачати: лікарняне страхування (стаціонарне і амбулаторно-поліклінічне, що включає оплату оперативних втручань); медикаментозне страхування (забезпечення лікарськими засобами за рахунок страхових фондів); стоматологічне страхування; профілактичне страхування; реабілітаційне страхування; страхування від нещасних випадків; страхування на випадок тимчасової непрацездатності; страхування на випадок тривалої непрацездатності; репродуктивне страхування жінок, страхування життя тощо.

Перераховані види медичного страхування найбільш широко використовуються приватними страховими компаніями для створення привабливих для клієнтів різних страхових програм. У перспективі комплексне страхування здоров'я може бути використане і в системі обов'язкового медичного страхування.

Оскільки в багатьох країнах світу до програм обов'язкового медичного страхування включаються елементи профілактики, найбільш перспективною видається можливість забезпечення комплексного диференційованого страхування при розумному поєднанні обов'язкового та добровільного медичного страхування.

Слід зазначити, що програми обов'язкового медичного страхування повинні переглядатися в залежності від потреб у медичній допомозі, що гарантована населенню, матеріальних та фінансових можливостей суспільства в галузі охорони здоров'я.

Вивчення особливостей функціонування лікувально-профілактичної мережі та механізму формування моделі фінансового забезпечення медичних установ дало можливість дійти наступного висновку, а саме: важливою особливістю медичного страхування буде виступати той факт, що медичне страхування – це єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима а медичними послугами.

Отже, ідея обов'язкового медичного страхування передбачає запровадження товарно – ринкових відносин в медичному забезпеченні між страхувальниками, застрахованими, споживачами і виробниками медичних послуг, що вимагає як докорінної перебудови державної системи охорони здоров'я, так і відповідної ломки стереотипів соціалістичного світогляду, який сформувався у всіх учасниках процесу реформування галузі.

Список використаних джерел:

1. *Вартанян Ф.Е. Новые подходы в развитии здоровья Великобритании // Здравоохранение РФ. – 1991. – №5. – С.23-25*
2. *Ветрова Н.С. Финансирование социальных программ в странах Запада – М-Финансы и статистика, 1993. – 125 с.*
3. *Козеркевич А. Охорона здоров'я як частина системи громадського захисту в європейських країнах // <http://www.healthfin.kiev.ua>.*
4. *Корецький Б. Реформування системи охорони здоров'я: західно-європейський досвід і можливості його використання в Україні // Вісник ТАНГ. – Спец.вип №15-3. 2000. – С.56-63.*
5. *Писаренко Т.М. Шляхи підвищення фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я – Тернопіль: Економічна думка, 1999. -35 с.*
6. *Щепин О.П., Лазаренко А.Н. Реформи здравоохранения в странах центральной и Восточной Европы //Проблеми соцгигиены и истории медицины. – 1995. – №5 – С.39-43*

Annotation. *In the floor world experience of financing of health care is considered on the basis of input of institute of medical insurance and possibility of his application in Ukraine*

Key words: *system of health care, slate model of financing of health care, medical insurance*

УЛК 633.63:631.171

А.В. Фурса, к.е.н., доцент Кам'янець-Подільського національного університету.

БЮДЖЕТУВАННЯ ВИРОБНИЦТВА ЦУКРОВИХ БУРЯКІВ

На основі нормативного методу визначення витрат, обґрунтована мінімальна ціна цукрових буряків на 2008 рік.

Ключові слова: *нормативні витрати, реалізаційна ціна, ефективність виробництва.*

Ринкова економіка – це найпрогресивніший, найдосконаліший науково-обґрунтований економічний механізм господарювання, в якому виняткове місце належить прибутковим нормативам, зокрема нормативам витрат на виробництво цукрових буряків. Загальновідомо що нормативи – розрахункові абсолютні та відносні величини, котрі встановлюють максимально допустимий рівень затрат робочого часу, матеріальних, трудових і фінансових ресурсів на виробництво продукції в умовах діяльності господарюючого суб'єкта, які об'єктивно склалися. Вони є одним з інструментів, за допомогою якого в бізнес-планах підприємства забезпечується економія витрат живої і уречевленої праці на виробництво продукції, передбачається заощадження і раціональне використання вищезазначених ресурсів. Економія витрат досягається за рахунок оснащення підприємств новими технічними засобами виробництва, застосування прогресивних технологій, поліпшення використання сільськогосподарської техніки вдосконалення організації виробництва і праці, найновіших методів та форми управління і т. д.