

стягувачу невикористаний авансовий внесок повертається стягувачу впродовж 3 робочих днів з дня винесення відповідної постанови (повідомлення). Якщо стягнуті з боржника витрати виконавчого провадження були здійснені за рахунок авансового внеску стягувача, ці кошти перераховуються стягувачу як повернення авансового внеску.

Про використання авансового внеску виконавець готує звіт, в якому наводить перелік витрат виконавчого провадження, які було здійснено за рахунок авансового внеску, із зазначенням сум коштів, які було сплачено на фінансування кожної з витрат. Звіт про використання авансового внеску підписується виконавцем та залишається в матеріалах виконавчого провадження. При поверненні виконавчого документа з підстав, передбачених ч. 1 ст. 37 Закону №1404-VIII, звіт про використання авансового внеску надається стягувачу на його письмову вимогу.

Чи мають сплачувати авансовий внесок банківські установи, які перебувають у власності держави? Згідно ст. 2 Закону України «Про банки і банківську діяльність» банк – це юридична особа, яка на підставі банківської ліцензії має виключне право надавати банківські послуги, відомості про яку внесені до Державного реєстру банків. Тобто банк не є державним органом, і його належність Міністерству фінансів України не звільняє від сплати авансового внеску при пред'явленні виконавчого документа до виконання.

Цокало Віктор Юрійович

Студент групи ФУПОМ-12

Науковий керівник – к.е.н., доцент Коваль С.Л.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В НІМЕЧЧИНІ

Німеччина належить до країн з високою якістю медичного обслуговування. Базовими засадами організації та фінансування системи охорони здоров'я у Німеччині є солідарність, децентралізація та саморегуляція. Центральний уряд не бере на себе відповідальності за фінансування охорони здоров'я, а лише формує законодавчу базу, яка регламентує надання медичних послуг населенню. Виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель, а федеральне міністерство охорони здоров'я є головною установою на федеральному рівні, якому підпорядковані органи наукової експертизи (рис. 1).

Витрати на охорону здоров'я у Німеччині постійно зростають і сьогодні складають близько 10,6% ВВП (приблизно 2840 євро на особу) [1, с. 26]. До переваг німецької системи охорони здоров'я варто віднести високий рівень надання медичної допомоги, належне забезпечення медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікацію медичних працівників і, найголовніше, доступність медичного обслуговування для всіх прошарків населення. Система обов'язкового медичного страхування забезпечує широким спектром безоплатних послуг, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування,

рецептурні лікарські засоби, медичне устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо [2, с. 125]. Страхові внески (близько 15% заробітної плати) порівну розподіляються між працівником і працедавцем, а непрацюючим особам страховий поліс покриває держава.

Загалом фінансування охорони здоров'я в Німеччині на 60% забезпечується за рахунок фондів обов'язкового медичного страхування, 10% складають кошти добровільного медичного страхування, 15% – кошти державного бюджету, 15% – кошти пацієнтів [3, с. 201].

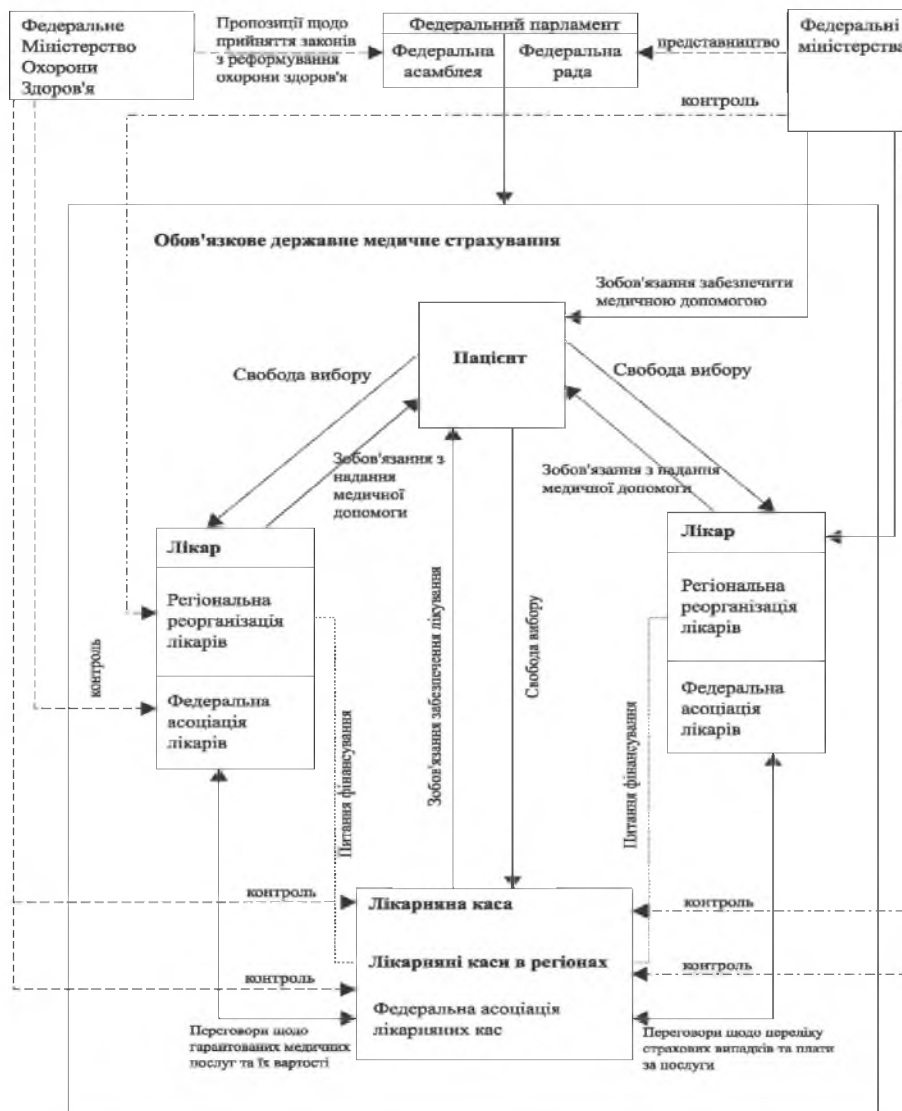


Рис. 1. Організаційна структура системи охорони здоров'я Німеччини [4, с. 92]

Німеччина є однією з перших країн, у яких було запроваджено систему медичного страхування. Вона була розроблена у 80-х рр. XIX ст. канцлером О. Бісмарком. Сьогодні у цій країні функціонує два види медичного страхування: державне і приватне. За статистикою, близько 89% населення користується послугами державних лікарняних кас, 9% – застраховано у приватних страховиків, 2% – не застраховано зовсім або підлягає особливим видам страхування [5, с. 212]. Правове регулювання цього виду соціального

страхування здійснюється на підставі Соціального кодексу, одна із частин якого присвячена державному медичному страхуванню, а також іншими нормативно-правовими актами [6]. У Соціальному кодексі викладено основні вимоги до якості надання медичної допомоги, що дає підстави закладам, які їх дотримуються, відшкодувати свої витрати.

Відмінність між обома видами страхування полягає у механізмах сплати внесків та розподілу медичних послуг. Так, наприклад, якщо для розміру внесків до державних лікарняних кас визначальною є величина доходу застрахованої особи, то внески до приватних страхових фондів залежать найчастіше від віку, а в окремих випадках – від ступеня ризику захворювання застрахованої особи.

Система державного медичного страхування гарантує визначений законодавством однаковий для всіх застрахованих осіб основний рівень медичного обслуговування, незалежно від розміру заробітку чи віку застрахованої особи. Вона охоплює медичні консультації, обстеження, хірургічне лікування, забезпечення медикаментами, швидку медичну допомогу. Стаціонарне лікування передбачає обслуговування на загальних підставах, перебування у палатах з кількома ліжками тощо.

Обсяг медичного обслуговування та розмір відшкодування витрат при страхуванні у приватних страхових фондах визначаються у кожному конкретному випадку індивідуально. Так, застрахована у приватних страхових фондах особа може самостійно визначати умови та обсяг медичного страхування й обирати рівень медичного обслуговування. Розмір страхових внесків встановлюється із врахуванням оцінки ризиків конкретної особи. Пацієнт спочатку оплачує медичну послугу, а потім отримує компенсацію по страховому випадку.

Державне медичне страхування Німеччини є загальнообов'язковим. Кожен найманий працівник, а також особи, які навчаються на виробництві, підлягають обов'язковому державному медичному страхуванню і мають бути членами однієї з державних лікарняних кас. Сьогодні в країні функціонує близько 1500 таких кас. За певних умов обов'язковому державному медичному страхуванню підлягають особи, які отримують допомогу по безробіттю, працівники сільського і лісового господарства та члени їхніх сімей, особи, які займаються мистецькою діяльністю, студенти, пенсіонери тощо [6]. Окрім осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному медичному страхуванню, послугами і захистом державного медичного страхування користуються також особи, які добровільно стали членами державних лікарняних кас.

Досвід Німеччини показує, що система обов'язкового медичного страхування ефективно функціонує завдяки злагодженій співпраці страхувальників, страховиків, лікарняних кас і медичних установ. Лікарняні каси поєднують функції щодо реєстрації осіб, які підлягають цьому виду страхування; збору та акумуляції страхових внесків; укладання договорів з лікувальними установами та приватно практикуючими лікарями, а також безпосередньо оплачують медичним установам вартість медичних послуг, що надаються громадянам. Вони займаються збором статистичної інформації у

регіональному розрізі, відстежують медичні витрати, здійснюють моніторинг якості надання медичних послуг, беруть участь у роз'яснювальній роботі серед школярів та різних соціальних проектах щодо пропагування здорового способу життя. Таке поєднання функцій дає змогу чітко відстежувати фінансові потоки, забезпечити ефективну систему управління, а також значно зменшити витрати на неї. Водночас, якщо особа бажає отримати медичні послуги, які не входять до переліку обов'язкового медичного страхування, вона може укласти зі страховою компанією договір додаткового медичного страхування. Добровільне медичне страхування дає змогу самостійно обрати стаціонарний лікувальний заклад та умови перебування в ньому, спеціальні послуги особистого лікаря. Перевагою добровільного медичного страхування є відшкодування витрат на курортне лікування, можливість отримання медичної допомоги за кордоном, а також звільнення від сплати страхових внесків у випадку незвернення за медичною допомогою за період від 1 до 6 місяців.

Література:

1. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В. Горохов, С.Д. Старинчук // Актуальні проблеми філософії та соціології. – 2016. – Вип. 9. – С. 24–28.
2. Гомон Д.О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я / Д.О. Гомон // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2016. – Вип. 4, Т. 1. – С. 123–126.
3. Клименко О.М. Формування моделі фінансового забезпечення в умовах багатоканальної системи фінансування охорони здоров'я України / О.М. Клименко // Іноваційно-інвестиційні напрями формування ефективної системи управління економікою за євроінтеграційних процесів: моногр. – К.: Кондор, 2014. – С. 193–217.
4. Сподарева О.Г. Особливості функціонування системи медичного страхування у провідних країнах світу / О.Г. Сподарева // Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова. – 2013. – Т. 18, Вип. 3/3. – С. 91–95.
5. Дуб Н.Є. Засоби реформування системи охорони здоров'я України на основі зарубіжного досвіду / Н.Є. Дуб // Молодий вчений. – 2014. – №1(03). – С. 210–214.
6. Chronologie gesetzlicher Neuregelungen. Krankenversicherung & Gesundheitswesen (1998–2016) / Prof. Dr. Gerhard Bäcker; Duisburg: Januar 2017. – 42 s.

Шаров Олександр Юрійович

Студент групи ФУПОМ-11

Науковий керівник – к.е.н., доцент Дерлиця А.І.

БЮДЖЕТНИЙ ДЕФЦИТ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ШЛЯХИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Трансформаційні перетворення в системі управління державними фінансами, які відбуваються на даний час, зумовлюють необхідність пошуку комплексного та раціонального підходу щодо проведення бюджетної політики,