

**Ветоха Наталія Юріївна, магістрантка 1 курсу,
Сабецька Тетяна Ігорівна, к.е.н.,
доцент кафедри гуманітарних та
фундаментальних дисциплін**

СТРАТЕГІЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Сучасна система охорони здоров'я у нашій країні наразі потребує реалізації дієвих та ефективних реформ у сфері її фінансування. Адже залишена у спадок радянською системою так звана “безоплатна медицина” з потужною науковою школою та кадровим потенціалом в умовах ринкових відносин зіткнулася із без перебільшення глобальною проблемою – хронічним недофінансуванням медичних закладів, які змушені “виживати”, шукаючи інші джерела доходу. Значний дефіцит бюджету медичної галузі, який спостерігається уже протягом останніх двох десятиліть, є найвагомішою причиною суттєвого погіршення якості медичної допомоги в Україні.

Наразі основними джерелами фінансування медичної допомоги в Україні, що надається державними, комунальними чи відомчими лікувально-профілактичними закладами, є [2, с. 7]:

1. Кошти державного та місцевих бюджетів.
2. Благодійні внески юридичних і фізичних осіб.
3. Особисті (приватні) внески фізичних та юридичних осіб за послуги, надані медичними установами.
4. Існуючі поза рамками законодавства гонорари за послуги медичним працівникам (мова йде про платежі, які пацієнти сплачують безпосередньо медичним працівникам у вигляді “вдячності” за приділену їм увагу).
5. Фінансові ресурси фондів добровільного медичного страхування.

Як свідчать офіційні статистичні дані, на фінансування сфери охорони здоров'я в Україні щорічно спрямовується близько 3% ВВП, що надзвичайно мало. Для порівняння, навіть у таких економічно розвинених країнах, як Німеччина і США, де на медицину державою витрачається понад 10% ВВП, спостерігається брак державного фінансування.

Власне, нездатність держави забезпечити належний рівень надання медичної допомоги стимулює громадян до пошуку альтернативних шляхів отримання якісних медичних послуг, відтак належну і своєчасну медичну допомогу в нашій країні можуть отримати лише ті, хто здатні за неї заплатити. Задля підвищення доступності й покращення якості вітчизняного медичного обслуговування населення необхідно проводити реформування сфери охорони здоров'я та знаходити нові підходи до планування, управління та фінансування медичної галузі. Цікавим і корисним у даному аспекті може бути досвід зарубіжних країн.

Зокрема, у Фінляндії медичне забезпечення здійснюється через громадську систему охорони здоров'я та систему медичного страхування, також близько половини роботодавців добровільно організовують надання

додаткових медичних послуг для своїх працівників. Окрім цього громадяни країни можуть отримати приватні медичні послуги, які частково фінансуються державою, а саме Національним фондом медичного страхування. Так, за програмою медичного страхування у Фінляндії на 50–100% покриваються витрати на ліки, на 60% – гонорар лікаря, на 60% – вартість стоматологічних послуг.

Система обов'язкового медичного страхування у Німеччині охоплює близько 88% населення і фінансується за рахунок внесків найманих працівників та роботодавців. Працівники, дохід яких нижчий за встановлений рівень, обов'язково повинні бути учасниками державної програми, а люди з вищим рівнем доходу можуть обрати або державну програму медичного страхування, або ж застрахуватися у одній із приватних страхових компаній.

Система охорони здоров'я у Франції характеризується поєднанням загальнообов'язкових державних програм і сектору приватного медичного страхування. При цьому пацієнт має право вільного вибору надавача медичних послуг. Загальний доступ до медичних послуг здійснюється через національну систему медичного страхування, яка охоплює 99% населення Франції. Оскільки національна система медичного страхування не є всеохоплюючою і дозволяє отримувати лише базовий обсяг медичних послуг, 87% громадян зареєстровані у програмах добровільного медичного страхування, а медичну допомогу найбільш вразливим верствам населення надають благодійні організації.

Найвідомішим прикладом універсальної державної медичної системи є Національна служба охорони здоров'я Великобританії, яка охоплює все населення країни і фінансується за рахунок системи загального оподаткування. Практично всі медичні послуги є безоплатними, за винятком окремих випадків, коли пацієнт вимагає додаткового лікування, яке не вважається необхідним із клінічної точки зору, також існує співплата стоматологічних послуг для окремих груп населення.

На відміну від централізованої медичної системи Великобританії, система охорони здоров'я Італії характеризується значним рівнем децентралізації, а її фінансування носить переважно державний характер із незначною часткою співфінансування медичних послуг населенням. Державою встановлений мінімальний гарантований рівень медичних послуг для громадян, а також визначені умови отримання медичної допомоги від приватних закладів. Незважаючи на універсальність італійської системи медичного забезпечення, вона є надто бюрократизована, загалом рівень системи охорони здоров'я в Італії є нижчим за середній у Європейському Союзі.

Медична система Нідерландів функціонує на основі поєднання соціального страхування, який покривається біля 64% населення країни, і приватного, яке охоплює, відповідно, 36% громадян. Через існування так званого “порогу доходу” із програми державного соціального страхування виключається значна частина населення з високими доходами, зокрема й ті, що працюють самі на себе, яка змушена долучатися до програм приватного медичного страхування, також за спеціальною обов'язковою програмою здійснюється медичне страхування державних службовців.

На відміну від Європейських держав, у США відсутня загальна система надання медичних послуг, виняток становить система “Медікейр”, яка охоплює громадян віком більше 65 років та інвалідів. Усі інші категорії населення беруть участь у різноманітних приватних програмах медичного страхування, при цьому страхові внески сплачують як наймані працівники, так і їх роботодавці. У випадку відсутності медичної страховки медичну допомогу можна отримати лише на умовах повної оплати з боку пацієнта.

Отже, узагальнюючи досвід зарубіжних країн у сфері фінансування системи охорони здоров'я, можна виокремити чотири основні моделі [2, с. 18-20]:

1. Скандинавська модель (Нідерланди, Фінляндія, Великобританія) ґрунтується на принципі універсальної солідарності, коли усі громадяни (працюючі, домогосподарки, безробітні, пенсіонери, чи діти) мають рівне право і однаковий доступ до медичних послуг. Тобто незалежно від джерел фінансування медичної системи (з держбюджету чи страхових внесків), нею рівноправно користуються всі ті, хто має потребу в медичному обслуговуванні. Виходить, що ті громадяни, які своїми страховими внесками фінансують медичну систему, платять за медичні послуги не тільки для себе, але й для тих, хто нездатний здійснювати страхові платежі.
2. В основі європейської моделі (Франція, Італія, Німеччина) також лежить солідарний підхід, але схеми медичного страхування значно відрізняються залежно від місця роботи та величини страхових внесків працюючих громадян. При цьому система медичного страхування охоплює осіб, які працюють за наймом чи самі на себе і сплачують страхові внески, а також членів їхніх сімей. Право на отримання медичної допомоги мають і незастраховані громадяни (пенсіонери, безробітні, студенти, одинокі матері, інваліди) через спеціальні соціальні схеми та програми.
3. Американська модель фінансування системи охорони здоров'я (США) побудована не на солідарності, а функціонує за принципом приватного медичного страхування, коли захист отримують ті, хто здатні за нього платити. Незастраховані особи опиняються фактично поза межами системи медичного страхування і можуть розраховувати на певний мінімальний рівень медичної допомоги, гарантований і профінансований державою.
4. Постсоціалістична модель застосовується у колишніх країнах соціалістичного табору, де система фінансування охорони здоров'я перебуває на етапі реформування й покрокового переходу від повного державного забезпечення на солідарній основі до запровадження медичного страхування. Разом з тим слід врахувати, що у постсоціалістичних країнах із невисоким рівнем добробуту приватне медичне страхування доступне лише заможним громадянам, а тому воно повинно розглядатися як допоміжний інструмент.

Незважаючи на існування дієвих та ефективних систем охорони здоров'я, європейські країни, так само як і Україна, стикаються з певними проблемами у даній сфері. Насамперед негаразди стосуються фінансуванням медичної системи, адже щорічно спостерігається зростання витрат на медицину як через тенденцію до старіння населення, так і через запровадження нових дорогих медичних технологій та ліків. А тому постійний моніторинг, виважений підхід до стратегічного планування та своєчасне реформування медичної галузі можуть стати тими інструментами, які дозволять організувати дійсно ефективну систему охорони здоров'я, що користуватиметься довірою та підтримкою громадян.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бурбела А.Л. Реформи фінансування в галузі охорони здоров'я в пострадянських країнах: уроки для України / А.Л. Бурбела // *Економіка і суспільство*. – 2017. – №8. – С. 201–207.
2. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.
3. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения / [S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos] // *ВОЗ*. – 2010. – Вып. 17. – 241 с

**Каляндрук Христина Володимирівна, студентка 3 курсу,
Стефанків Оксана Михайлівна, к.е.н., доцент,
доцент кафедри обліку та фінансів**

СУЧАСНИЙ СТАН І НАПРЯМИ ІННОВАЦІЙНОГО РОЗВИТКУ КОРПОРАТИВНИХ ФІНАНСІВ

Категорія фінансів включає в себе такі складові: особисті фінанси, корпоративні фінанси та публічні фінанси. Фундаментом фінансової системи є корпоративні фінанси, оскільки саме корпоративний сектор є суттєвим джерелом ресурсів для функціонування публічних та особистих фінансів.

Корпоративні фінанси – це наукова категорія, яка має чітко визначені функції, зміст та методологічний каркас. Досить влучне є трактування сутності корпоративних фінансів А. Дамодараном: «корпоративні фінанси охоплюють всі рішення підприємств, які мають фінансові наслідки». Мова йдеться про рішення щодо інвестицій, фінансування у сфері дивідендної політики [1]. Як зазначив перший CFO компанії BASF, кожна підприємницька ціль врешті-решт зводиться до фінансової цілі, головні параметри підприємства перш за все є фінансовими параметрами, всі підприємницькі рішення слід розглядати з фінансової точки зору [2].

Функції корпоративних фінансів на сучасному підприємстві реалізуються передусім фінансовим директором (chief financial officer – CFO) та службами що йому підпорядковуються. Відповідно до англосаксонської моделі організації корпоративних фінансів, розрізняють два блоки компетентності фінансових служб:

- 1) корпоративне казначейство (corporate treasure) – сукупність завдань, пов'язаних із фінансуванням та інвестуванням;