

недостатній рівень розвитку інфраструктури біржового сегменту ринку похідних фінансових інструментів; низький рівень поінформованості суб'єктів господарювання про операції з деривативами та відсутність належного рівня їх інформаційного забезпечення; тощо [2].

Усунення зазначених перешкод, що гальмують розвиток ринку похідних фінансових інструментів в Україні, необхідне для перетворення його на повноцінну компоненту вітчизняного фінансового ринку, яка забезпечуватиме не лише страхові можливості суб'єктів зовнішньоекономічної діяльності, але і виступатиме у якості індикатора розвитку національної економіки.

Література:

1. Абасова К. Валютні деривативи в Україні: стан та перспективи / К. Абасова // Вісник Національного банку України. – 2014. – №9. – С. 45–48.

2. Князь С.В. Сучасний стан та проблеми функціонування ринку деривативів в Україні / С.В. Князь, Г.Й. Лучко // Актуальні проблеми економіки. – 2015. – №6. – С. 347–354.

3. Пікус Р.В. Управління фінансовими ризиками: навч. посіб. / Р.В. Пікус. – К.: Знання, 2010. – 598 с.

4. Юрій С.І. Світові економічні кризи та їхні сучасні модифікації / С.І. Юрій // Вісник Тернопільського національного економічного університету. – 2007. – Вип. 5. – С. 13–16.

Мокрицька А.Б.

*К.е.н., доцент кафедри фінансів ім. С.І. Юрія
Тернопільського національного економічного університету*

ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Організація фінансових відносин у галузі може бути різною, залежно від існуючої в державі у певний період часу політичної ідеології, моделі економіки та організації системи охорони здоров'я. Для кожної країни притаманне існування специфічних форм надання медичної допомоги та моделей її фінансового забезпечення, які є основними критеріями цінностей суспільства.

Існують внутрішні і зовнішні джерела формування фінансових ресурсів охорони здоров'я. До внутрішніх належать фінансові ресурси держави, приватні кошти громадян і громадські кошти. Модель фінансового забезпечення охорони здоров'я визначається співвідношенням між цими джерелами доходів галузі. В кожній країні система охорони здоров'я пройшла власний шлях розвитку, і сьогodнішнє співвідношення трьох джерел фінансування є продуктом цього розвитку. Кошти можуть акумулюватися державою, державними страховими організаціями в обов'язковому порядку шляхом збору платежів і податків – як прямих, так і специфічних акцизів на окремі товари, податків на специфічні фактори виробництва; добровільних страхових платежів, які формують фонди соціального страхування як обов'язкові так і добровільні; безпосередньої оплати пацієнтами послуг охорони здоров'я; за рахунок благодійних пожертв. Також можуть залучатися зовнішні джерела формування фінансових ресурсів галузі: наприклад, кошти МВФ, Світового банку, Глобальних фондів боротьби з інфекційними захворюваннями, інші.

Узагальнення зарубіжного та вітчизняного досвіду фінансування охорони здоров'я (за рахунок внесків на медичне страхування; бюджетних коштів; коштів юридичних та фізичних осіб, що надходять у вигляді плати за надані послуги) дає підстави стверджувати, що переважання одного із джерел фінансових ресурсів визначає модель фінансового забезпечення зазначеної галузі – страхову, державну (бюджетну) чи платну (приватну) [7, с. 231]. Модель охорони здоров'я залежить від політичного устрою держави, фінансового стану економіки, ментальності населення, нормативно-правового забезпечення та інших факторів. Проте, організація фінансів охорони здоров'я тісно пов'язана з організацією фінансів держави, адже суттєвою характеристикою організації фінансів галузі є регулюючий вплив держави на сферу охорони здоров'я.

Розрізняють фінансові моделі адміністративно-командної та ринкової економіки. За рівнем державної централізації ВВП у межах фінансової моделі ринкової економіки виділяють американську, західноєвропейську та скандинавську моделі [2, с. 13, 16].

Американська модель характеризується незначним рівнем бюджетної централізації – близько 25–30%. У сфері охорони здоров'я забезпечуються тільки ті верстви, які не в змозі обійтися без державної підтримки. Західноєвропейська модель характеризується

поміркованим рівнем централізації ВВП у бюджеті – близько 35–45%, унаслідок чого більш розгалуженою є державна соціальна сфера з паралельним функціонуванням державних і комерційних установ охорони здоров'я. Скандинавська модель передбачає досить високий рівень централізації ВВП у бюджеті (близько 50–60%) з розгалуженою державною системою охорони здоров'я та значними соціальними гарантіями надання медичної допомоги.

Частка ВВП України, яка розподілялася через бюджети усіх рівнів за останнє десятиліття коливалася в межах 30–34%. Отже за рівнем централізації ВВП Україна більше належить до американської моделі, проте з розгалуженою мережею державних і комунальних установ охорони здоров'я та конституційними зобов'язаннями щодо її безоплатного надання (ст. 49 Конституції України від 28.06.1996 №254к/96-ВР). У цьому полягає одна з сутнісних відмінностей та проблем організації фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. У таких умовах довести частку видатків на охорону здоров'я в Україні до рекомендованого ВООЗ рівня державних витрат у розмірі 7–10% ВВП є складно. Незважаючи на те, що в Україні спостерігалася позитивна динаміка зростання частки видатків на галузь охорони здоров'я щодо ВВП – з 2,6% у 2000 р. до 3,6% у 2015 р., проте ця частка залишається майже у 2–3 рази нижчою порівняно з витратами європейських країн на медичний сектор. Пріоритети функціонування державних фінансів пов'язані з розмежуванням їх між рівнями державного управління.

Порівняння пропорцій розмежування функцій між рівнями фінансової системи у різних країнах дає змогу показник централізації, який характеризує частку видатків центрального уряду в повному обсязі витрат бюджетної системи. Розвинуті держави мають різні моделі централізації фінансової системи. В унітарних державах загалом спостерігається дещо вищий рівень централізації, а у федеративних, де фінансова система є трирівневою, дещо менший. Так, у США цей показник становить 57%, у Франції – 71%, у Канаді – 40%. В Україні показник централізації за останнє десятиліття коливався в межах 78–86%. Щоправда з 2015 р., в рамках реалізації бюджетної реформи, фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів відбувається за рахунок медичної субвенції. У законі про Державний бюджет України затверджуються обсяги медичної субвенції окремо для бюджету Автономної Республіки Крим, обласних бюджетів і районних бюджетів, міських

(міст Києва та Севастополя, міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення) бюджетів та бюджетів об'єднаних територіальних громад, що створюються згідно із законом та перспективним планом формування територіальних громад. Медична субвенція розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, яка розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та затверджується Кабінетом Міністрів України.

Незважаючи на позитивні досягнення при розмежуванні видатків між ланками бюджетної системи, мають місце й певні недоліки, які стосуються нечіткого розмежування функцій між державною владою, регіонами та місцевим самоврядуванням. Започаткована реформа місцевого самоврядування містить багато законодавчо неврегульованих аспектів, залишається незавершеною. Чинні закони України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 №280/97-ВР та «Про місцеві державні адміністрації» від 9.04.1999 №586-XIV [3; 4] не вирішують проблем фінансування галузі охорони здоров'я. Без законодавчого врегулювання протиріч щодо формування та розподілу фінансових ресурсів і між бюджетами різних рівнів, і між рівнями надання медичної допомоги, неможливо підвищити ефективність надання медичної допомоги та забезпечити інтереси суспільства.

Зважаючи на особливість підпорядкування лікувально-профілактичних установ має місце розпорошення коштів державного бюджету між Міністерством охорони здоров'я України та галузевими міністерствами і відомствами.

Практика жорстко централізованої моделі охорони здоров'я показала, що держава, виступаючи в якості єдиного і монопольного страхувальника інтересів населення країни, не може об'єктивно і оперативно враховувати специфічні інтереси, потреби і реальні можливості окремих територій, не може виступати в ролі достатньо компетентного замовника і покупця на ринку медичних послуг. Надто високий ступінь концентрації владних функцій без урахування різниці місцевих умов в забезпеченні гарантій, в наданні медичної допомоги населенню, визначає основне протиріччя централізованої системи охорони здоров'я – гарантує не той, хто виробляє. Держава взяла на себе функції гаранта в наданні медичних послуг, чим практично позбавила себе права незалежного контролю реальних

виробників, які і повинні формувати умови таких гарантій на рівні територій, виходячи з власних можливостей і взятих перед користувачами зобов'язань. Фактично, в Україні фінансується не виконання функції медичного обслуговування з урахуванням реальних потреб населення, а інфраструктура існуючої системи охорони здоров'я. Власниками медичних закладів, які надають медико-санітарну допомогу первинного та вторинного рівня, є місцеві ради. Саме вони забезпечують виконання делегованої їм державної функції у сфері охорони здоров'я населення та розпоряджаються більш як 80% видатків зведеного бюджету галузі. Але сьогодні вони не є ефективними управлінцями у цій сфері [8, с. 12].

Література:

1. Бюджетний Кодекс України від 08.07.2010 №2456-VI (зі змінами та доповненнями) // Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.
2. Венгер В.В. Фінанси: навч. посіб. / В.В. Венгер. – К.: ЦУЛ, 2009. – 432 с.
3. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21.05.1997 №280/97-ВР (із змінами та доповненнями) // Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.
4. Закон України «Про місцеві державні адміністрації» від 09.04.1999 (із змінами та доповненнями) // Режим доступу: №586-XIV <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/586-14>.
5. Звіти Кабінету Міністрів України про виконання Закону України «Про Державний бюджет України на 2000–2015 рр.» // Режим доступу: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=146477>.
6. Конституція України від 28.06.1996 №254к/96-ВР (із змінами) // Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
7. Мокрицька А.Б. Моделі організації та основні характеристики охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / А.Б. Мокрицька // Вісник Національного університету водного господарства та природокористування. Економіка. Збірник наукових праць. – Вип. 2 (46). – Рівне, 2009. – С. 228–234.
8. Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень: посібник в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної реформи в Україні». – К.: Представництво Європейської комісії в Україні, 2009. – С. 11–14.