

Література

1. Матусяк С. В. Формування стратегії та механізмів реалізації соціального розвитку регіону / С. В. Матусяк // Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук. – Хмельницький, 2009. – 192 с.
2. Статистичний щорічник Хмельницької області за 2008 рік. / Під заг. ред. В. В. Скальського. – Хмельницький, 2009. – 442 с.
3. Статистичний щорічник Хмельницької області за 2006 рік. / Під заг. ред. В. В. Скальського. – Хмельницький, 2007. – 504 с.
4. Звіт «Про виконання бюджету Хмельницької області за 2008 рік» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.oblrada.km.ua/doc /rish337.rtf> (дата звернення 17.08.2009).

Надійшла 13.09.2010

УДК 331.522.4+314.145:303.444

І. В. ЗАЮКОВ

Вінницький національний технічний університет

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ УКРАЇНИ

З'ясовано, що рівень медицини суттєво впливає на стан розвитку трудового потенціалу України. Аналіз фінансування галузі охорони здоров'я засвідчив, що його недостатньо для забезпечення нормальної життєдіяльності, а розвиток страхової медицини, у тому числі обов'язкового медичного страхування, гальмується правовими колізіями. Запропоновані рекомендації та пропозиції щодо реалізації в Україні ефективної системи медичного страхування, що має позитивно вплинути на розвиток трудового потенціалу України.

It is realized that level of medicine greatly influences upon condition of the development of the labor potential of the Ukraine. The analysis of the financing to branches of the public health have attested that its not enough for provision of normal its vital activity, but development of insurance medicine, including obligatory medical insurance, is held up legal collision. The offered recommendations and offers for realization in Ukraine of the efficient system of the medical insurance, which must positively influence upon development of the labor potential of the Ukraine.

Ключові слова: охорона здоров'я, трудовий потенціал, медичне страхування.

Постановка проблеми. В умовах фінансово-економічної кризи, загострення соціально-економічних проблем, у тому числі в сфері охорони здоров'я (ОЗ), головним завданням підвищення якості в цій сфері та, відповідно, важливою умовою розвитку трудового потенціалу України має стати зниження показників захворюваності і смертності, особливо працездатної і репродуктивної частини населення шляхом пошуку додаткових ефективних джерел фінансування медицини. Так, впродовж усіх років незалежності України показники захворюваності і смертності не мають тенденцій до зменшення; громадяни України живуть у середньому на 14–15 років менше, ніж громадяни країн Європейського Союзу; природний приріст населення має від'ємне значення (станом на 01.01.2009 року – 243,9 тис. осіб); 30% померлих в Україні становлять люди працездатного віку; понад 40% хлопців 16–18 річного віку не мають шансів дожити до 60 років [1–2].

Аналіз попередніх досліджень. Окремі аспекти проблеми охорони здоров'я (як важливого фактора розвитку трудового потенціалу країни), у тому числі в пошуку ефективної системи її фінансування, досліджують численні науковці, зокрема: В. Базилевич, С. Бандур, Д. Богиня, О. Грішнова, Б. Данилишин, Г. Дмитренко, М. Долішній, Е. Лібанова, Л. Лісогор, О. Макарова, В. Мортиков, В. Москаленко, В. Новіков, О. Новікова, В. Онікієнко, І. Петрова, В. Плиса, В. Покришук, В. Рудень, О. Сидорчук, Т. Стецюк, Л. Ткаченко, Т. Яворська та ін. Так, наприклад, академік НАН України Е. М. Лібанова наголошує на двох основних проблемах, які гальмують розвиток системи ОЗ, – недостатнє фінансування та поганий менеджмент [3, с. 238]. Що стосується першої причини, то можна сказати, що недостатній рівень фінансування зумовлений браком бюджетних можливостей, з іншої сторони, приватні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять третину їх загального обсягу. Багато з наведених вище вчених вказують на таку важливу складову розвитку трудового потенціалу, як охорона здоров'я та перешкоди її розвитку. Відомий вчений України О.А. Грішнова в роботі [4, с.73] акцентує увагу на важливості такої складової трудового потенціалу як здоров'я робочої сили, що є майже вирішальним у досягненні високої продуктивності праці. Науковці В. В. Рудень та О. М. Сидорчук наголошують на важливості реалізації системи обов'язкового медичного страхування в Україні [5]. Т. В. Яворська, М. А. Бас акцентують свою увагу на правових перепонах впровадження (обов'язкового та добровільного) медичного страхування в Україні [6].

Метою роботи є дослідження фінансового та правового аспектів проблеми фінансування системи охорони здоров'я та розробка рекомендацій з удосконалення цієї системи як важливого джерела розвитку трудового потенціалу України.

Виклад основного матеріалу. В чинній Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року, затвердженій Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України (від 31.03.2008 року, № 66), зазначається, що в останні роки зростає кількість даних, які свідчать про відсутність прямої залежності між обсягами фінансування ОЗ і результатами її діяльності, виражених в показниках здоров'я населення. Крім того, в пояснювальній записці до проекту Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» (ФОЗМС) (що поданий на розгляд Верховної Ради України 20.09.2006 та знятий з розгляду 20.04.2007 р.) зазначається, що ситуація, яка склалась в ОЗ, є найгострішою; тисячі хворих, у тому числі працездатних громадян, не мають можливості отримати безоплатну медичну допомогу, яку їм гарантує Конституція України (КУ). Громадянами оплачується все: ліки, витратні матеріали, діагностичні заходи. Принципи фінансування галузі за останні роки змінилися з принципів «фінансування ліжко-дня» на принципи «фінансування «на утримання закладу».

Нині, як і в колишньому СРСР, медицина є «безкоштовною», тобто фінансування видатків на ОЗ здійснюється з Державного і місцевих бюджетів, що і регламентує КУ (ст. 49): «у державних і комунальних закладах ОЗ медична допомога надається безоплатно незалежно від її «обсягу». Так, згідно з проведеним самооцінюванням населенням стану свого здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році (опитано 10,6 тис. домогосподарств (ДГВ) в усіх регіонах України) [7] частка ДГВ, які повідомили про випадки неможливості задовольнити потреби в отриманні медичної допомоги, склала 13% від загальної чисельності ДГВ. Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість респондентів вказали занадто високу вартість ліків, послуг ОЗ.

Серед ДГВ, у складі яких були особи, які потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 3/4 респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Крім того, серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, дев'ять з десяти опитаних брали з собою до лікарні медикаменти, більше, ніж 3/4 – їжу, майже 2/3 – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з перерахованого, становила лише 6%. Кожна чотирнадцята гривня з коштів, витрачених населенням на оплату послуг ОЗ, була направлена на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки, у тому числі на хабарі. Рівень суспільних видатків на охорону здоров'я в Україні та в розвинених країнах, а також імовірність при народженні дожити до 65 років наведено на рис. 1 (за даними Доповіді ПРООН про людський розвиток 2007/2008 р.) [8].

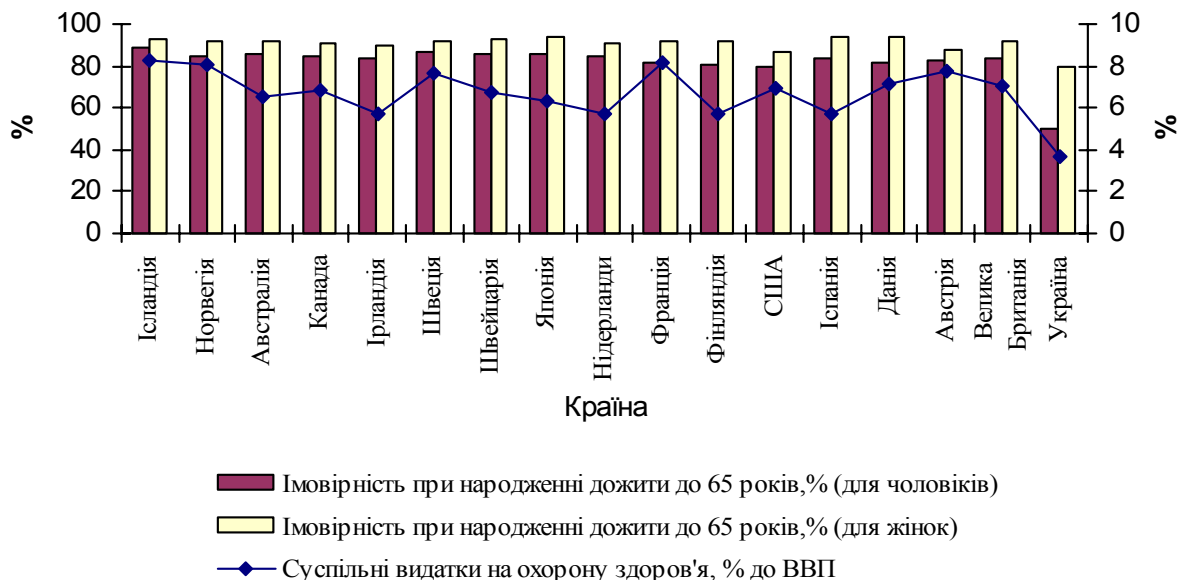


Рис. 1. Показники фінансування видатків на охорону здоров'я та імовірність при народженні дожити до 65 років в деяких країнах світу

Отже, аналізуючи показник імовірності при народженні дожити до 65 років для чоловіків, бачимо, що Україна на фоні європейських розвинених країн має катастрофічний рівень відповідного показника. В нашій країні лише кожний другий чоловік доживає до 65 років, а це пряма втрата трудового потенціалу України. Вона може слугувати узагальненим показником ефективності охорони здоров'я, і це при тому, що витрати на ОЗ в Україні в абсолютних одиницях мали тенденцію до щорічного зростання (наприклад, в 2002 році вони становили 7,54 млрд. грн., а в 2005 році – 15,47 млрд. грн., тобто за період 2002–2005 років збільшились вдвічі).

Розглядаючи суспільні витрати у країнах світу (див. рис. 1) можна сказати, що найвище їх значення зафіксовано в країнах з високим рівнем людського розвитку – Ісландія, Норвегія, Швеція, Франція та ін. В цих країнах він становить 6–8% від ВВП, а в Україні лише – 3,7%. Фахівці в сфері ОЗ вважають, що

готівкові витрати самих пацієнтів на медицину в Україні становлять 2–3% від ВВП. Тому можна сказати, що загальні витрати на охорону здоров'я є досить вагомою величиною, але їх результативність можна оцінити як незадовільну. З метою проведення більш поглибленого аналізу витратної частини Державного Бюджету України (ДБУ) за 2007–2009 роки побудуємо таблицю 1.

Таблиця 1

Аналіз витратної частини ДБУ на охорону здоров'я України

Стаття видатків	Рік						Темп росту, %	
	2007		2008		2009		2008 - 2007 р.	2009- 2008 р.
	млн. грн.	%	млн. грн.	%	млн. грн.	%		
Всього витрат, у тому числі:	157287	100	231932	100	239215	100	147,46	103,14
Стационарне медичне обслуговування народних депутатів України та керівного складу органів державної влади (НДКС)	74,41	0,047	113,94	0,049	91,29	0,038	153,12	80,12
Поліклінічно-амбулаторне обслуговування НДКС	77,12	0,049	128,94	0,055	77,04	0,032	167,19	59,75
Медичне забезпечення працівників, осіб рядового і начальницького складу органів внутрішніх справ та військовослужбовців внутрішніх військ (ВВВ)	200,5	0,127	219,3	0,095	227,2	0,095	109,35	103,60
Стационарне лікування ВВВ МВС України у власних закладах	7,53	0,005	9,62	0,004	10,09	0,004	127,76	104,89
Медичне лікування, реабілітація та санаторне забезпечення особового складу Збройних Сил України	373,03	0,237	475,0	0,204	506,79	0,212	127,34	106,69
Міністерство охорони здоров'я	3628,7	2,307	4757,07	2,051	4080,51	1,706	131,10	85,77
Стационарне медичне обслуговування працівників та пасажирів залізничного транспорту	277,45	0,176	343,56	0,148	419,53	0,174	123,83	122,11
Амбулаторно-поліклінічне обслуговування працівників та пасажирів залізничного транспорту	32,22	0,0204	26,84	0,0115	27,39	0,0144	83,30	102,05
Медичне забезпечення працівників Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій	5,13	0,003	7,55	0,003	6,52	0,002	147,17	86,36
Медичне обслуговування та оздоровлення особового складу Служби безпеки України	62,53	0,039	107,75	0,046	74,15	0,031	172,31	68,82
Медичне обслуговування працівників Національної Академії Наук України	14,71	0,009	19,03	0,008	19,40	0,008	129,37	101,94
Академія медичних наук України	946,61	0,602	1159,52	0,499	808,63	0,338	122,49	69,74
Капітальні витрати на ОЗ	741,21	0,47	624,36	0,27	27,8	0,011	84,23	4,45

Примітка. Дані наведені в таблиці за 2007 рік взяті в Законі України "Про державний бюджет України на 2007 рік" (Відомості Верховної Ради (ВВР) України, 2007, № 7–8, ст. 66); за 2008 рік в Законі України "Про державний бюджет України на 2008 рік" (ВВР України, 2008, № 5-6; № 7–8, ст. 78); за 2009 рік в Законі України «Про державний бюджет України на 2009 рік» (ВВР України, 2009, № 20, № 21–22, ст. 269).

Таким чином, аналізуючи дані таблиці 1, можна зробити такі висновки:

1. Вперше за останні роки суттєво уповільнились темпи росту витратної частини бюджету в 2009 році порівняно з 2008 роком – 103,14% (в 2008–2007 роках – 147,46%). Зазначені тенденції аналогічні для більшості статей видатків таблиці 1. Основною причиною, звичайно, є вплив світової фінансово-економічної кризи на розвиток економіки України.

2. Особливо небезпечним в сучасних умовах функціонування системи ОЗ є зменшення витратної частини на потреби Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України в 2009 році порівняно з 2008 роком на 14,23%, що свідчить про зменшення соціальних медичних гарантій простим громадянам України, а якщо взяти видатки на ОЗ для інших міністерств та відомств, то вони збільшились, хоча на медичне обслуговування НДКС зменшились, а на силові структури збільшились.

3. Можна відмітити аспект порушення рівних прав простих громадян і інших категорій населення. Так, якщо взяти питому вагу витрат на МОЗ України в загальній структурі витрат, то в 2009 році вони прогнозувались на рівні 1,706%, що на 0,601 в. п. менше порівняно з запланованими видатками 2007 року, а якщо взяти питому вагу витрат на ОЗ для всіх інших міністерств та відомств, то вони зменшились лише на 0,0136 в. п.

Тому, по-перше, виникає ситуація, яка веде до розпорошення коштів ДБУ. Відбувається подвійне витрачання коштів, адже, наприклад, простий громадянин нині може лікуватись «безкоштовно» в поліклініках за місцем проживання, а якщо взяти представників НДКС, то вони можуть додатково обслуговуватись в спеціалізованих медичних закладах. По-друге, чітко прослідковується соціальна нерівність між населенням країни, оскільки ст. 24 КУ гарантує всім громадянам рівні конституційні права і свободи. Не може бути привілеїв чи обмежень за різними ознаками. Наприклад, пересічний громадянин, по суті, не може лікуватись в «Феофанії», тобто там, де лікуються «обрані». Порахувавши заплановані медичні витрати МОЗ України на одного громадянина країни та порівнявши їх з витратами на лікування НДКС,

бачимо, що вони менші в сотні разів, це додатково підтверджує наявність соціальної несправедливості. Зазначену ситуацію потрібно виправляти.

Ось чому, на наш погляд та на думку представників всіх гілок влади, науковців, фахівців, громадськості, необхідно проводити, не відкладаючи на завтра, реформу системи ОЗ, в основі якої має бути реалізація системи страхової медицини, про що свідчить досвід розвинених країн, який показує, що ефективність медичної допомоги неухильно зростає при застосуванні страхових механізмів. Ситуація ускладнюється додатково ще тим, що, крім зменшення чисельності населення, погіршуються кількісні та якісні характеристики трудового потенціалу. Так, нині найвищі рівні надсмертності чоловіків припадають на першу половину працездатного періоду життя (20–49 років), і найбільше значення індексу надсмертності чоловіків припадає на вікову групу 40–44 роки. Зазначена ситуація небезпечна не тільки в економічному плані, вона ж несе загрозу для національної безпеки країни в цілому. Тому виходом з цієї ситуації має бути пошук дієвих механізмів підвищення якості системи ОЗ, у тому числі через запровадження обов'язкового медичного страхування.

До Верховної Ради України (ВРУ) подавались неодноразово проекти законів про реалізацію в країні медичного страхування. Основна причина неприйняття законопроектів – правова. Адже нині реалізація страхової медицини суперечить КУ ст. 49. Так, в 2002 році було опубліковано рішення Конституційного Суду України (КСУ) від 29.05.2002 р. № 10 рп/2002, який визнав неможливим стягнення з громадян плати за медичну допомогу у будь-якій формі, у тому числі у формі обов'язкових страхових платежів. Рішення КСУ є суперечливим, оскільки медична допомога згідно з КУ має надаватись безкоштовно незалежно від її «обсягів», але відомо, що державного фінансування недостатньо. Наприклад, в 2008 році на медикаменти у день витрачалось 18 грн., а насправді витрати набагато більші. Так, мінімальні витрати на офтальмологічну хірургію з сучасними витратними матеріалами становлять більше 1200 грн. на одного пацієнта, при складних комбінованих оперативних втручаннях – 15 тис. грн. і більше.

Тому реалізація страхової медицини в Україні не має альтернатив. Звичайно, є багато моделей фінансування ОЗ в світі (суспільна, бюджетно- страхова, приватна), але за сучасних умов, на нашу думку, більше підходить бюджетно- страхова медицина (в її основі лежить концепція системи соціального страхування держави, роботодавців і працівників), яка розвинена в таких країнах, як, наприклад, Франція, Швеція, Японія та ін. В першу чергу, необхідно вирішити правове питання (адже Закон України «Про страхування» та «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» передбачають можливість реалізації в нашій країні страхової медицини). Тому, на нашу думку, нагальною потребою є внесення змін до КУ. Як пропозиції можна розглянути такі поправки до неї (ст. 49, ч. 3), а саме: «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога на «життєзабезпечувальному» рівні надається безоплатно згідно з Законом». А в спеціальному Законі повинно бути чітко прописано, що надання допомоги, яка забезпечує збереження життєвих функцій людини; лікування невідкладних станів, патологій, що загрожують життю пацієнтів мають бути безкоштовними і фінансуватись за рахунок коштів Державного Бюджету України (це, по суті, перший етап реформування системи ОЗ, де держава повністю бере на себе зобов'язання безкоштовно забезпечувати лікування громадян (на життєзабезпечувальному рівні). На першому етапі реалізації страхової медицини потрібно збільшити державні видатки на ОЗ з метою запровадження на практиці медичних стандартів та протоколів лікування, де мають бути чітко оговорені основні критерії, обсяги, методи, строки та вартість лікування.

Паралельно з бюджетним (державним) фінансуванням потрібно поступово проводити другий етап реформи – систему обов'язкового медичного страхування (ОМС). Наприклад, в проекті Закону України ФОЗМС (від 20.09.2006 р.) передбачається для акумулювання коштів та їх витрачання створити Державну медичну страхову організацію (ДМСО), яка має виконувати спеціалізовані функції і повноваження якої мають бути визначені окремим Законом. В інших наведених вище законопроектах про реалізацію страхової медицини передбачається створення Фонду загальнообов'язкового медичного страхування. На наш погляд, створення додаткових структур за сучасних умов лише додатково посилить тенденції до неефективності витрачання коштів. Адже потрібно виділяти колосальні кошти на їх утримання. Нині аналогічні фонди, які забезпечують соціальну політику держави в межах обов'язкового соціального страхування (пенсійного, на випадок тимчасової втрати працездатності, народження та поховання, на випадок безробіття, від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання), є громіздкими структурами з великою кількістю регіональних підрозділів. Звичайно, потрібно створювати ДМСО, але не як окремий Фонд, а спочатку в межах структурної частини МОЗ України, яке має розгалужену систему регіональних підрозділів (обласні управління ОЗ), а фінансування має йти через Казначейство України. В подальшому, при вивченні особливостей реалізації на практиці обов'язкового медичного страхування, можна ставити питання про надання більшої самостійності ДМСО, але нагляд за всіма фінансовими ресурсами відповідного фонду (акумулювання та фінансування коштів на медичні послуги) має бути державним та жорстким.

На другому етапі реалізації ОМС варто чітко визначити платників податків в цей фонд (джерела надходження), а також визначити додаткові медичні послуги, які будуть надаватись відповідно до цього нового виду страхування. Для цього потрібно прийняти окремий закон. Так, основним платником має бути роботодавець, який буде платити за своїх працівників, відсоток нарахувань на заробітну плату мають

визначати Кабінет Міністрів України та МОЗ України спільно з ДМСО. Тут виникає проблема, що збільшення нарахувань на заробітну плату збільшить рівень оподаткування підприємства, а це пряме збільшення валових витрат, отже, і собівартості продукції та зменшення прибутків підприємства. З метою зацікавлення роботодавців відраховувати до ДМСО кошти варто оптимізувати існуючу систему адміністрування податків. Основним напрямком при цьому має бути створення єдиного соціального внеску, що дасть колосальну економію, а, відповідно, і частково за рахунок неї буде наповнюватись ДМСО. Нині, наприклад, нарахування на заробітну плату такі: пенсійні внески – 33,2%; внески на страхування від непрацездатності – 1,4%; внески на страхування від безробіття – 1,6%; внески на страхування від нещасного випадку на виробництві (залежно від встановленого тарифу, наприклад зазначені внески для бюджетних організацій – 0,2%). Тому запровадження єдиного соціального внеску дасть змогу спростити існуючі громіздкі структури з великою кількістю регіональних підрозділів на рівні районних центрів, а отже і зменшити наведені вище відсотки. Нині на утримання відповідних фондів в загальній структурі видатків виділяється більше 10%, а це реальний резерв для фінансування витрат на медичне страхування.

Другим важливим платником ОМС має бути працівник, хоча нині в законопроектах цей елемент відсутній (заважає конституційна норма), але це неправильно. Саме людина має брати на себе частину ризику за втрату здоров'я. А відсоток сплати працівником до ДМСО має розраховуватись на підставі проведення прямих математичних розрахунків настання імовірності втрати здоров'я, враховуючи статистичну інформацію захворювань минулих періодів, вартість надання медичних послуг та ринкові чинники впливу. Крім того, в жодному законопроекті про медичне страхування немає мотиваційного механізму, який би дозволив краще слідкувати за своїм станом здоров'я, а без цього неможливо реалізувати концепцію вітальної поведінки у населення України. Так, люди, які мають шкідливі звички (палять, вживають алкоголь, наркотики тощо), мають платити більше за страховку. Люди, які порушують техніку безпеки на виробництві, правила охорони праці, також мають більше платити в Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасного випадку на виробництві та професійних захворювань, а ці кошти перераховувати до ДМСО.

Крім того, система ОМС забезпечить головне – завчасну діагностику хвороб, у тому числі всіх працюючих. Так, досвід розвинених країн, у тому числі США, свідчить, що застраховані громадяни, які не пройшли своєчасно медичні огляди, втрачають право на отримання страховки, тому саме це має підштовхнути ДМСО чітко стежити за своєчасним і реальним проходженням медоглядів в Україні, а це економія видатків, адже відомо, що краще діагностувати хворобу на ранніх етапах, ніж потім лікувати запущену. Про важливість страхування у світі, у тому числі для американців, свідчить той факт, що у 2007 році 41% населення США працездатного віку (72 млн. осіб) зіткнулись з проблемами при оплаті медичних рахунків. Насамперед, труднощі виникають у тих, хто не має медичної страховки (28% американців працездатного населення) [9].

Особі, яка застрахувалась в системі ОМС, має видаватись свідоцтво (страховий поліс), за наявності якого людина має право отримати повністю якісні медичні послуги. За рахунок чого будуть забезпечуватись якісні послуги системою ОМС? А тому, що відбудеться перерозподіл коштів, тобто зміниться питома вага витрат на медичні послуги. Нині біля 70–80% виділених на ОЗ коштів йде на заробітну плату медикам, а 20–30% – на утримання приміщень, а вартість ліків в структурі послуг не перевищує 10–15%, ось де проблема. Нова реформа ОЗ дасть змогу медичним закладам стати самостійними суб'єктами господарювання. Їхнє фінансування має здійснюватись за конкретно виконану роботу певного обсягу і якості, що має передбачатись умовами договору, а держава в особі ОМС має перевіряти ефективність витрачання всіх коштів. Відповідно, більший прибуток отримуватимуть ті заклади ОЗ, які забезпечать найвищу якість та оптимальну вартість.

Ще одним платником системи ОМС мають стати інші верстви, у тому числі соціально незахищене населення (пенсіонери, інваліди, безробітні та ін.). Звичайно, ці категорії фінансово обмежені. В запропонованих законопроектах, наприклад ФОЗМС, пропонується, щоб за соціально незахищені верстви населення платили відповідні Фонди. Але це суперечить головній меті їх діяльності – надавати допомогу в разі виникнення конкретного страхового випадку. Так, якщо працівник втратив роботу, то Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття має соціально захистити його на період тимчасової втрати працездатності, а не додатково виконувати невластиві йому функції – частково фінансувати систему охорони здоров'я, в іншому разі виникне дефіцит коштів на цільові заходи. Тому саме держава має фінансувати цю категорію населення. Та по мірі поступового зменшення питомої ваги державних видатків та збільшення її в системі ОМС, саме ця дельта має бути направлена на їх медичне страхування.

Коли запрацює ефективно перший і другий етапи страхової медицини в ході проведення реформи ОЗ, можна реалізувати третій етап – добровільне медичне страхування (ДМС). Адже хоча частина науковців і вважають, що добровільне медичне страхування сьогодні має інтенсивно розвиватись, воно, на відміну від інших систем страхування, має суттєві особливості і соціально направлене, тому тут потрібно бути дуже обережним. Для залучення значної частини населення до ДМС необхідно відновити його довіру до приватних фінансових установ, а це зробити протягом наступних років буде дуже нелегко. Якщо

проаналізувати фонд гарантування вкладів (депозитів) фізичних осіб, то в умовах сучасної фінансово-економічної кризи і неплатоспроможності більшості банків він не здатний навіть частково виконати свої зобов'язання. Тому повноцінно й ефективно реалізувати ДМС можна, на нашу думку, лише після вдалої реалізації двох попередніх етапів реформ, а також після відновлення довіри населення до фінансових установ.

Висновки. Таким чином, в ході проведеного дослідження було з'ясовано, що, по-перше, рівень медицини суттєво впливає на розвиток трудового потенціалу України, про що свідчить динаміка скорочення тривалості життя та високий рівень смертності працездатної і репродуктивно активної частини населення нашої країни. По-друге, в Україні, на відміну від розвинених країн Європейського Союзу, рівень державного фінансування вкрай низький, що не забезпечує підтримання належного рівня здоров'я населення, а, відповідно, не може позитивно позначитись на трудовому потенціалі країни. З іншої сторони, готівкові платежі з боку населення в медичних закладах державної і комунальної форми власності заборонені, тобто суперечать КУ, а отже, є завадою на шляху розвитку страхової медицини. По-третє, доведено, що істотно покращити стан ОЗ можна шляхом проведення реформи в напрямку реалізації страхової медицини. Запропоновані етапи реалізації державного, обов'язкового та добровільного медичного страхування. Проведення ефективної реформи дасть змогу в кінцевому підсумку відновити здоров'я населення та буде надійним шляхом розвитку трудового потенціалу країни.

Література

1. Державний комітет статистики України. Населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2009.html>.
2. Скрипник О. Що скорочуватимемо: лікарняні ліжка чи крісла чиновників? / О. Скрипник // Дзеркало тижня. – 2009. – № 3. – С. 13.
3. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз: [колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової]. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 328 с.
4. Управління трудовим потенціалом / [Васильченко В. С., Гриненко А. М., Грішнова О. А., Керб Л. П.]. – К. : КНЕУ, 2005. – 391 с. – ISBN 966–574–770–3.
5. Рудень В. В. Передумови запровадження обов'язкового медичного страхування // В. В. Рудень, О. М. Сидорчук // Фінанси України. – 2006. – № 10. – С. 71–78.
6. Яворська Т. В. Проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Т. В. Яворська, М. А. Бас. // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. – Івано-Франківськ : Прикарпатський національний університет ім. В. Стефаника. – 2009. – Вип. V. – Т. 2. – С. 305–309.
7. Державний комітет статистики України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2008 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ2009.html>.
8. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір: [колективна монографія / за ред. Е. М. Лібанової]. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2008. – 316 с.
9. Приходько О. Непосильний тягар медичних рахунків / О. Приходько // Дзеркало тижня. – 2008. – № 33. – С. 13.

Надійшла 03.09.2010

УДК 331.102.12

Д. С. ВОЛОДІН

Чернівецький торговельно-економічний інститут КНТЕУ

ОСОБЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО КАПІТАЛУ УКРАЇНСЬКИХ ТОРГОВЕЛЬНИХ ПІДПРИЄМСТВ

В роботі розглянуті особливості розвитку інтелектуального капіталу торговельних підприємств; необхідність його ефективного розвитку; сформовано основні принципи оцінки інтелектуального капіталу для торговельного підприємства; наведено основні моделі оцінки інтелектуального капіталу та його складових.

In the article the development of intellectual capital of commercial enterprises is reviewed; the main benefits for commercial enterprises of intellectual capital estimation are formed; the basic models of intellectual capital and its components estimation are given.

Ключові слова: інтелектуальний капітал, торговельне підприємство.

Фінансово-економічна криза, що суттєво вплинула на розвиток глобальної економіки, поставила багато питань не тільки перед фінансовим сектором та його регуляторами, але й перед іншими секторами світового господарства.

Одним з найважливіших наслідків глобальної кризи в реальному секторі економіки стала хвиля