

4. Porter M. Mezhdunarodnaya konkurentsyya / M. Porter. – M.: Mezhdunar. otnoshenyua, 1993. – 896 s.

Рецензент: Герасименко В.Г. к.е.н., професор, зав. кафедри економіки і управління туризмом Одеського національного економічного університету
2.09.2016

УДК 338.46

Нияз Аднан Мохаммед Али

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРЕДПРИЯТИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье рассмотрены основные черты системы здравоохранения Иракского Курдистана. Проанализировано процессы государственного управления и финансирования системы здравоохранения в Иракском Курдистане. Проведен сравнительный анализ уровня государственного регулирования предприятий здравоохранения в Иракском Курдистане, Турции, Украине, Германии.

Ключевые слова: система здравоохранения, государственное регулирование, управление.

Нияз Аднан Мохамед Али

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті розглянуто основні риси системи охорони здоров'я в Іракському Курдистані. Проаналізовано процеси державного управління та фінансування системи охорони здоров'я в Іракському Курдистані. Проведено порівняльний аналіз рівня державного регулювання підприємств охорони здоров'я в Іракському Курдистані,

Туреччині, Україні, Німеччині.

Ключові слова: система охорони здоров'я, державне регулювання, управління.

Niyaz Adnan Mohammed Ali

THE STATE REGULATION FOR DEVELOPMENT OF ENTERPRISES IN THE HEALTH CARE SECTOR

The article describes the basic aspects of the health system of Iraqi Kurdistan. The state management and financing processes in health system of Iraqi Kurdistan were analyzed. The comparative analysis of the state regulation in Iraqi Kurdistan, Turkey, Ukraine, Germany was given.

Keywords: health care system, state regulation, management.

Постановка проблеми в общем виде и связь с важнейшими научными или практическими задачами. Необходимость реформирования сектора предоставления медицинских услуг предусматривает пересмотр роли государства в хозяйственной деятельности предприятий здравоохранения и организации их финансирования. Переход от тотального государственного регулирования к страховой и/или частной медицине связан с множеством актуальных вызовов, с которыми сталкиваются предприятия здравоохранения во многих странах. Медицинский вызов заключается в повышении качества предоставляемых услуг, философский - в ценностных ориентирах, психологический - в преимуществах, мотивации в поведении по его сохранению, экономический – в повышении эффективности и производительности труда, политический – в обеспечении стабильности и безопасности, социальный – в восстановлении трудовых ресурсов, способности к общественно полезной деятельности.

Анализ последних публикаций и исследований. Важность научного поиска по различным составляющим государственного регулирования здравоохранения отмечают Т.Бахтеева, М.Белинская, С.Бугайцев, Н.Ярош и др. Изменение роли государства в реформе системы здравоохранения в условиях рыночной экономики отмечают

украинские ученые-экономисты и медики Н.Д.Солоненко, Л.І.Жаліло, И.В.Рожкова и др. В странах с развитой рыночной экономикой ученые Д. Садовски, Г. Мершбехер, Х. Шнабель, Р. Ример-Хоммель, исследующие взаимодействие государства и предприятий здравоохранения, отмечают несовместимость стратегий некорпоративной формы саморегулирования предприятий здравоохранения и любой формы государственного вмешательства в их хозяйственную деятельность. В Иракском Курдистане вопросы регулирования системы здравоохранения лежат исключительно в политической плоскости и научные исследования до сих пор не проводились.

Целью написания статьи является исследование и сравнение существующего государственного финансирования и регулирования здравоохранения и медицинских услуг в Украине, Германии, Иракском Курдистане и Турции.

Изложение основного материала. Медицинская система Иракского Курдистана на сегодняшний день считается достаточно ограниченной, хотя еще недавно была на достаточно высоком уровне. Иракский Курдистан испытывает серьезные трудности с медикаментами, медперсоналом, лекарствами и больничными койками. Сил международных гуманитарных групп, работающих как в деревнях, так и в городах, явно недостаточно. Поставки медикаментов осуществляются лишь каналами международных гуманитарных организаций, а также военной помощью со стороны стран коалиции, в связи с чем осуществляется серьезный дефицит лекарств и их дороговизна.

Исходя из этого, всем въезжающим на территорию Иракского Курдистана рекомендуется ввозить весь необходимый набор медикаментов для критических ситуаций, в том числе антисептики, перевязочные материалы, средства от расстройств желудка и давления.

Скорая помощь оказывается бесплатно как гражданам страны, так и иностранцам. Но вне критических ситуаций оплачивать все медицинские услуги потребуется на месте наличными при всех обращениях в местные учреждения здравоохранения, которые не особенно дешевые. Так что настоятельно рекомендуется страховка международного образца, включающая аварийную эвакуацию из

Иракского Курдистана в другие страны воздушным путем.

В таблице 1 проанализируем обеспеченность населения Иракского Курдистана врачами и средним медперсоналом по официальным данным регионального правительства Иракского Курдистана [1].

Таблица 1

Динамика обеспеченности Иракского Курдистана врачами и средним медперсоналом

	Количество врачей всех специальностей	Обеспеченность врачами на 1000 лиц, лиц/1000 лиц	Количество среднего медперсонала, лиц	Обеспеченность средним медперсоналом на 1000 лиц, лиц/1000 лиц
2006	2 320	4,6	54 999	11,0
2008	2 177	4,7	52 597	11,0
2010	2 349	4,7	52 286	11,1
2012	2 942	4,8	49 232	10,6
2014	2 603	4,8	46 302	10,1

Сравнить стоимость некоторых медицинских услуг в лечебных учреждениях можно по данным таблицы 2.

Таблица 2

Стоимость некоторых медицинских услуг в лечебных учреждениях различного типа, долл.

Медицинские услуги	Частные клиники	Государственные медицинские учреждения с хозрасчетными отделениями
Консультация узкого специалиста	20,0	6,0
Консультация профессора	46,0	12,3
Анализ крови общий	15,0	6,0
ЭКГ	20,0	18,4
УЗИ брюшной полости	30,0	7,0
Фиброгастродуоденоскопия	46,0	25,4
Рентгенологическое исследование	20,0	9,0
Гистологическое исследование	44,0	11,0

Таким образом, очевидна существенная разница в стоимости медицинских услуг частного сектора и хозрасчетных отделений.

Для сравнения рассмотрим систему здравоохранения Турции, Германии и Украины.

Начнем с того, что годовые темпы роста ВВП в Турции составляют около 5-6%, но расходы на здравоохранение составляют всего 3-5% от ВВП. Основными источниками финансирования государственных больниц являются: ассигнования правительства (83 %), сборы, уплаченные страховщиками и физическими лицами (12%) и часть сумм от налогов на топливо и сигареты (5%). Университетские больницы имеют два основных источника финансирования: ассигнования из государственного бюджета через Высший Совет Образования (YOK) и собственные средства.

Система социального обеспечения в Турции состоит из трех основных организаций:

- учреждение социального страхования (SSK);
- пенсионный фонд для государственных служащих (Emekli Sandigi);
- учреждение социального страхования для самозанятых (Bag-Kur).

В планах правительства есть объединить все эти учреждения в одно.

Работодатели платят страховые взносы для покрытия случаев травматизма на рабочем месте, профессиональных заболеваний или по беременности и родам. Работодатели и работники вносят свою долю в указанных пропорциях для покрытия выплат по болезни, инвалидности, пенсий и пособий в случае смерти. Планируется, что новый закон предоставит право на медицинское обслуживание также безработным, если они будут соответствовать определенным критериям.

Основные компоненты немецкой системы здравоохранения: стационарное и амбулаторное медицинское обслуживание, сектор производителей медикаментов и аптек, программы бесплатного оказания медицинской помощи для лиц, не охваченных страхованием в силу бедственного материального положения, система производственных медицинских учреждений, предназначенная для обслуживания на рабочем месте и, наконец, обязательное и добровольное медицинское страхование.

Первый компонент системы здравоохранения Германии – сектор стационарного медицинского обслуживания – обеспечивается деятельностью врачей, работающих на постоянной основе в больницах: 59 % врачей в стране принадлежат к этой категории. В Германии существует четкое разграничение сфер деятельности частнопрактикующих и больничных врачей: первые не могут заниматься практикой в стационаре, последние не имеют права оказывать медицинскую помощь как независимые специалисты.

Второй компонент – амбулаторное обслуживание – обеспечивается главным образом деятельностью врачей общей практики, число которых составляет 41 % от общего количества всех врачей в стране. Почти 85 % доходов этих специалистов возмещается из фондов обязательного и добровольного медицинского страхования. Третий компонент системы здравоохранения – сектор производителей медикаментов и аптек.

Характерной особенностью сектора, отличающей его от Иракского Курдистана, является механизм ценового регулирования рынка медикаментов. По этой причине установленные цены многих лекарств в настоящее время составляют около одной трети их рыночной цены.

Подавляющее число медикаментов в Германии продается на основе рецептурного отпуска в аптеках, что позволяет, с одной стороны, обеспечить лучший контроль за рынком лекарственных средств, а с другой, – является средством организации системы оплаты медикаментов через больничные кассы, так как большая часть стоимости лекарств покрывается за счёт средств медицинского страхования.

Четвертым элементом системы здравоохранения Германии является совокупность финансируемых на уровне земель программ оказания медицинской помощи лицам, доходы которых не позволяют им участвовать в схемах обязательного медицинского страхования.

Пятый компонент – система медицинского обслуживания на предприятиях, которая предусматривает скорую медицинскую помощь, периодические медицинские осмотры и другие вспомогательные услуги. Большинство врачей, работающих на предприятиях, работает либо на основе договора найма, либо как врачи общей практики на гонорарной основе. Расходы на этот вид

медицинского обслуживания в Германии в 2014 году составляли 4,3 % от общих расходов здравоохранения.

Важной частью здравоохранения Германии является система страхового финансирования. Медицинское страхование в Германии представляет собой классическую трёхстороннюю схему организации страховой медицины, которая предполагает участие наёмных работников, работодателей и государства.

Кроме того, существенным источником финансирования здравоохранения в Германии являются средства добровольного медицинского страхования и личные платежи граждан. Наибольшая часть средств (60 %), направляемых на нужды здравоохранения, приходится на обязательное медицинское страхование (ОМС), 10 % – на добровольное медицинское страхование, 15 % в структуре финансирования занимают государственные субсидии и около 15 % – личные средства граждан.

Таблица 3

Основные страховые компании, что занимаются добровольным медицинским страхованием в Украине

СК "Альфа-Гарант"			
Название пакета страхования	Стандарт	Бизнес	Элит
Страховая сумма на одно застрахованное лицо в год, грн.	50 000	70 000	100 000
Страховой платеж на одно застрахованное лицо в год, грн.	1300	2500	3600
Страховая компания «НАФТАГАЗСТРАХ»			
Название пакета страхования	ДМС при ДТП	ДМС - Бизнес	ДМС - Коллектив
Страховая сумма на одно застрахованное лицо в год, грн.	5000	1260	10000
Страховой платеж на одно застрахованное лицо в год, грн.	60	70000	540
Компания "Провидна"			
Название пакета страхования	Classic	Elite	+стомат
Страховая сумма на одно застрахованное лицо в год, долл.	500	900	500
Страховой платеж на одно застрахованное лицо в год, долл.	20 000	25 000	1000

Касательно системы здравоохранения Украины, то важно отметить, что внедрение подготовленного МОЗ Украины законопроекта «Об обязательном медицинском страховании граждан» требует дополнительных затрат, адекватных нынешнему годовому бюджету отечественного здравоохранения. Поэтому для Украины обязательное медицинское страхование (ОМС) все еще остается теоретическим понятием. В то же время добровольная страховая медицина существует и уверенно развивается в Украине.

В системе здравоохранения добровольное медицинское страхование ориентировано преимущественно на частный сектор. В Украине более 70 компаний имеют лицензию, дающую право заниматься добровольным медицинским страхованием, из них около трети реально работают на этом рынке. Крупнейшими среди них являются страховые компании "Надра", "Остра-Киев", "Аска", "Оранта" и др.

Страховые компании имеют разные возможности, опыт, авторитет, поэтому стоимость медицинских услуг и их объем отличаются в разных компаниях.

Таким образом, социально-экономические преобразования в Украине требуют немедленных действенных шагов в направлении реформирования государственного управления финансированием системы здравоохранения. Для этого необходимо выполнения следующих мероприятий: укрепление финансовой основы здравоохранения, совершенствование организационно-правовых механизмов деятельности сферы здравоохранения, которые влияют на финансовое состояние системы здравоохранения.

Выводы. Опыт организации системы здравоохранения в Германии, Украине и Турции, несомненно, заслуживает пристального внимания: он является не только интересным, но и полезным для использования в Иракском Курдистане. Однако, обращаясь к этому опыту, необходимо помнить о причинах, приведших к введению медицинского страхования в этих странах.

По своей экономической природе медицинские услуги являются благами с выраженным внешним эффектом, что в условиях рынка вызывает недопроизводство медицинских услуг по отношению к общему объему ВВП. Устранение этой проблемы возможно путем дополнительного финансирования медицинских услуг, при этом

актуальным становится вопрос определения оптимальной структуры и объема финансирования, который позволяет достичь максимально эффективного функционирования предприятий здравоохранения.

Совершенствование организации системы здравоохранения Иракского Курдистана, которая будет способна усилить конкурентные отношения в этом секторе экономики, должен включать доступность системы информации о возможных вариантах предоставления медицинской помощи, более широкое внедрение в практическую медицину международного права пациента. Внедрение новых технологий и инноваций гарантирует динамизм системе здравоохранения, и обеспечивает действенную конкуренцию в отрасли.

Таким образом, изменения в системе здравоохранения Иракского Курдистана должны быть реализованы по следующим основным направлениям: структурная перестройка отрасли на рыночные отношения; обеспечение необходимой государственной поддержки для реализации права граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; создание, поддержка и регулирование многоукладности здравоохранения, развитие всех его форм, включая государственное, региональное и муниципальное здравоохранение, деятельность фондов и ассоциаций, обязательное и добровольное медицинское страхование, частную медицинскую практику; создание единого медицинского пространства для провайдеров медицинских услуг.

Литература

1. Официальный сайт Регионального Правительства Курдистана. [Электронный ресурс]. – Режим доступа к ресурсу: www.krg.org

2. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа к ресурсу: www.who.int.

1. Ofytsyal'nyy sayt Rehyonal'noho Pravytel'stva Kurdystana. [Электронный ресурс]. – Режим доступа к ресурсу: www.krg.org

2. Vsemyrnaya orhanyzatsyya zdravookhraneniya. [Электронный ресурс]. – Режим доступа к ресурсу: www.who.int.

Рецензент: Ковальов А.І. д.е.н., професор, проректор з наукової роботи Одеського національного економічного університету

1.09.2016

УДК 657.01

Проскуріна Неля, Гороховець Юлія

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ НЕМАТЕРІАЛЬНИХ АКТИВІВ

Розглянуто теоретико-методологічні підходи щодо визначення сутності дефініції «класифікація». На основі наукових розробок вітчизняних та зарубіжних корифеїв в області бухгалтерського обліку узагальнено й доповнено класифікаційні ознаки НА для цілей бухгалтерського обліку. З'ясовано, що на практиці НА обліковують за Планом рахунків, який на сьогоднішній день не є досконалим і потребує доопрацювання на законодавчому рівні. Доповнено існуючий перелік функцій НА.

Ключові слова: нематеріальні активи, класифікація нематеріальних активів, функції нематеріальних активів

Проскуріна Неля, Гороховець Юлія

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ

Рассмотрены теоретико-методологические подходы к определению сущности дефиниции «классификация». На основе научных разработок отечественных и зарубежных исследователей в области бухгалтерского учета обобщены и дополнены классификационные признаки НА для целей бухгалтерского учета. Установлено, что на практике НА учитывают по Плану счетов, который на сегодняшний день не является совершенным и нуждается в доработке на законодательном уровне. Дополнен существующий перечень функций НА.