

Список використаних джерел

1. Буковинська М. П. Соціальна звітність і соціальний аудит: інструменти управління корпораціями [Електронний ресурс] / М.П.Буковинська. — Електрон. дан. (1 файл). — Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc Gum/Vchnu ekon/2010 4 1/110-114.pdf> (дата звернення 18.11.2014). — Назва з екрану.
2. Воробей, В. Соціальна звітність : стан та перспективи [Тест] / В.Воробей // Матеріали Зборів мережі Глобального Договору ООН (16 грудня 2009 р.). — К. : 2009. — 11 с.
3. Самсонова, К.В. Нефінансова звітність, її сутність та значення в умовах соціально-орієнтованої економіки [Електронний ресурс] / К.В. Самсонова, В.О. Буряк. — Режим доступу : intkonf.org/samsonova-kv-buryak-vo-nefinansova-zvitnist-yiyi-sutnist-ta-znachennya-v-umovah-sotsialno-orientovanoyi-ekonomiki/ (дата звернення 18.11.2014). — Назва з екрану.
4. Семенишена, Н.В. Річна бухгалтерська (фінансова) звітність підприємств: перспективи розширення інформаційних можливостей [Текст] / Н.В. Семенишена // Актуальні проблеми на сучасному етапі та перспективи розвитку фінансово-кредитного механізму АПК : міжнар. наук.-практ. конф., 25—26 жовтня 2007р. : тези доповідей // Збірник наукових праць. — 2007. — Вип.15. — т.3. — С.557—570.
5. Сорокина, Е.М. Отчетность организаций в области устойчивого развития [Електронний ресурс] / Е.М.Сорокина // Все для бухгалтера. — № 7 (259). — 2011. — Відомості доступні з мережі Інтернет : <http://www.fin-izdat.ru> (дата звернення 18.11.2014). — Назва з екрану.



УДК 657.6: 613.6

Лобода Наталія

к.е.н., доцент

Львівська державна фінансова академія

м. Львів

ОБЛІКОВО-АНАЛІТИЧНІ АСПЕКТИ АНТИКОРУПЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ І КОНТРОЛЮ ФІНАНСІВ В УСТАНОВАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація

У статті досліджено облік та контроль фінансово-господарської діяльності установ охорони здоров'я та особливості розвитку і стану установ охорони здоров'я в умовах реформування економіки України, зокрема в аспекті боротьби з корупцією.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичні заклади, облік, контроль, фінансово-господарська діяльність, аналіз, механізм, управління.

Здоров'я кожної людини є складовою частиною здоров'я всієї нації, всього суспільства. Тому держава повинна розглядати право на охорону здоров'я як одне з важливих і невідкладних. Але сьогодні більшість українських спеціалістів-медиків констатує, що сучасна ситуація в системі охорони здоров'я досягла критичної межі. Тому, особливої уваги в умовах переходу України до ринкової економіки, заслуговує фінансово-господарська діяльність медичних закладів. Для ефективного здійснення фінансово-господарської діяльності необхідна правильна організація і ведення бухгалтерського обліку, аналізу і контролю в установах охорони здоров'я. Як відомо, на сьогодні, в багатьох медичних установах, бухгалтерський облік і контроль ще не перебувають на належному рівні. Вирішення проблем в галузі охорони здоров'я можливе лише за умови правильного ведення бухгалтерського обліку і створення на його основі системи контролю. Облік повинен забезпечити повсякденний контроль за правильним і цільовим використанням коштів та їх збереження, а також сприяти покращенню фінансово-господарської діяльності установ охорони здоров'я. Важливим чинником поліпшення організації бухгалтерського обліку є впровадження прогресивних норм і методів його ведення на основі широкого застосування засобів механізації та автоматизованого робочого місця бухгалтера.

Кожна країна з урахуванням історичних, соціальних та економічних умов розвитку самостійно визначає політику в сфері охорони здоров'я та формує власну модель її організації та фінансового забезпечення. Проте, незважаючи на національні особливості функціонування системи охорони здоров'я, основою для формування фінансових відносин у даній сфері, завжди служить та чи інша класична модель фінансового забезпечення. У сучасному світовому співтоваристві функціонують три класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Перша – це система охорони здоров'я, відома під назвами: бюджетна. Характерна тим, що пріоритетним джерелом фінансового забезпечення, частка якого може становити від 50 до 90% у загальній структурі витрат на охорону здоров'я, є кошти державного та місцевих бюджетів. Бюджетна модель охорони здоров'я виникла на початку ХХ століття у двох модифікаціях – моделі Беверіджа і моделі Семашко. Становлення моделі Беверіджа, пов'язане з іменем англійського політичного діяча Уільяма Беверіджа, пропозиції якого відомі під назвою “план Беверіджа”, у 1942 році лягли в основу ряду законів про державну систему медичного обслуговування та соціального забезпечення. В організаційному плані дана модель характерна існуванням розвинутої мережі закладів охорони здоров'я, котрі перебувають у державній і муніципальній власності. Медична допомога, яку надають у цих закладах, доступна для населення країни і гарантована законодавством. Друга модель – це система охорони здоров'я, яку фінансують здебільшого за рахунок коштів страхових фондів, котрі держава створила за принципами соціального страхування. Зародження страхової моделі охорони здоров'я, пов'язане з іменем відомого німецького політичного діяча Отто фон Бісмарка. Німеччина стала країною, де вперше в світовій історії у 1883 році прийняли закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який заклав підвалини сучасного

медичного страхування і став прикладом для інших індустріальних країн. Нині страхову модель охорони здоров'я активно застосовують у всьому світі, що підкреслює її практичне значення та економічну стійкість. Третя модель – приватна система охорони здоров'я, яка функціонує переважно на принципах приватного підприємництва. Основними джерелами її фінансового забезпечення є кошти громадян, організацій, підприємств, які можна використовувати на потреби охорони здоров'я безпосередньо або через приватні страхові фонди, а фінансова участь держави обмежена і мінімальна.

В Україні сучасну вітчизняну модель охорони здоров'я можна охарактеризувати як бюджетну, оскільки в структурі джерел фінансового забезпечення 72% займають бюджетні кошти, а 28% – кошти підприємств і громадян. Обов'язкове медичне страхування в Україні не запроваджене, тому кошти підприємств, витрачають здебільшого на оплату медичних послуг, які надають у державному і приватному секторах охорони здоров'я, а незначну суму – на сплату страхових внесків із добровільного страхування здоров'я. Значне фінансове навантаження відчуває населення країни, яке власним коштом оплачує медикаментозне забезпечення, а також платні державні та приватні медичні послуги тощо.

Проаналізувавши сучасний стан фінансування охорони здоров'я України за рахунок бюджету, можна констатувати, що він є вкрай недостатнім і не створює передумов для виконання якісної медичної допомоги в необхідних об'ємах, особливо для соціально незахищених прошарків населення (табл. 1).

Таблиця 1

**Фінансові витрати з бюджету на систему охорони здоров'я
в Україні 2011-2013 рр.**

Роки	Затверджено державним бюджетом (млн.грн)	Виконано		Зведений бюджет (млн.грн)	ВВП (млн.грн)	Питома вага витрат з бюджету на охорону здоров'я щодо		
		державний бюджет (млн.грн)	місцеві бюджети (млн.грн)			ВВП (%)	виконання державного бюджету (%)	загальної суми витрат (%)
2011	45341,93	6321,00	20396,60	26717,60	720731,00	3,71	13,94	20,23
2012	57800,11	7365,50	26194,40	33559,90	948056,00	3,54	12,74	25,41
2013	59041,96	7535,00	29029,90	36564,90	914720,00	4,00	12,76	27,69

Сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я вимагає проводити наступні заходи щодо реформування: підвищити рівень та сталість фінансування охорони здоров'я; запровадити чітке нормування державних гарантій у сфері забезпечення населення безоплатною медичною допомогою та раціоналізація використання медичних послуг; покращити ефективність розподілу ресурсів сектору охорони здоров'я та стимулювання публічних постачальників медичних послуг до підвищення якості та економічної ефективності їх діяльності; займатись підготовкою кадрів та забезпечити гідні умови праці медичного персоналу; формувати заходи щодо підвищення обізнаності громадян як добре інформованих споживачів медичних послуг, та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я.

Планування діяльності бюджетного медичного закладу в першу чергу стосується складання бюджету. Таким чином, ефективність та якість управління в охороні здоров'я зрештою залежить від правильного планування сил і коштів, їх відповідності зростаючим потребам населення в медичній допомозі, пошуку оптимальних співвідношень потреб із економічними можливостями території й держави. У такому випадку одним із альтернативних варіантів удосконалення планування видатків медичних закладів може бути використання зарубіжного досвіду складання гнучких кошторисів (бюджетів). На основі аналізу літературних джерел зроблено висновок, що важливими етапами складання таких кошторисів є: повідомлення особам, відповідальних за складання кошторисів, подробиць політики складання кошторисів та основних напрямів; первинна підготовка кошторису; обговорення кошторисів з вищим керівництвом; координація та аналіз розглянутих кошторисів; заключне прийняття (затвердження) кошторису; наступний аналіз кошторисів. Отже, можна зробити висновок, що завдяки використанню принципів бюджетування можна забезпечити: більш дієвий контроль витрат і ефективність використання матеріальних і нематеріальних ресурсів; поліпшення ефективності надання медичних послуг і їх якості; оптимізацію грошових потоків; покращення фінансового стану медичного закладу тощо.

**УДК 657.01**

Макарук Федір
старший викладач
Львівська комерційна академія
м. Львів

ПЕРВИННИЙ ОБЛІК У СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ДОХОДАМИ І ВИТРАТАМИ РИНКІВ

Анотація

У статті розглянуто питання необхідності організації первинного обліку доходів і витрат в системі управління ринків та передумови його удосконалення в сучасних умовах господарювання.

Ключові слова: *ринок, доходи, витрати, первинний облік, система управління, удосконалення.*

Основною проблемою обліку доходів і витрат підприємства в Україні, з метою їх ефективного управління, є проблема повноти та своєчасності їх відображення в системі обліку, тобто первинний облік доходів і витрат. У даний час, переважна більшість вітчизняних підприємств відображають доходи і витрати не повністю. Так, рівень не відображення доходів знаходиться в діапазоні: 30-70 %, а витрат – 10-59 %, тобто витрати відображають більш