2. Модель дозволяє прогнозувати (за обмеженої сукупності експериментальних даних) очікувану динаміку інвестування, яку можна досягти в той чи інший рік перспективного інтервалу часу, а також визначати конкретний рік з цього інтервалу, коли може бути досягнутий заданий рівень, тобто обсяг прямих іноземних інвестицій.

3. Необхідно враховувати, що розглянута модель прогнозування може служити основою для отримання більш точних прогнозних оцінок, за рахунок використання усіх даних інтервалу 2001–2010 рр., наприклад, при застосуванні більш складних математичних методів: методу найменших квадратів, методу максимальної правдоподібності, методу групового урахування аргументів та ін.

4. Також важливо враховувати, що розглянутий метод, як і інші згадані методи, правомірні та більш коректні за обов'язкової умови: механізм, що породжує процес на ретроспективному і на перспективному інтервалах часу повинен бути незмінним, або повинен бути узгодженим з корегованим згідно з досвідом експертів.

5. У разі сприятливих умов, що розглянуті в статті, в 2020 р. очікуються іноземні інвестиції, які перевищують іноземні інвестиції 2011 р. більш, ніж в 13 разів.

Література.

1. Черняк О.І., Чорноус Г.О. Всеукраїнській науково – практичній конференції «Сучасні моделі і методи прогнозування соціально-економічних процесів» (ПСЕП-2006).- 2006. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://iee.org.ua/ru/publication/63. – Назва з екрану.

2. В. Велков. Державно-приватне партнерство як механізм взаємодії влади та бізнесу. Актуальні проблеми Державного управління. Збірник наукових праць. – Вип . 3 (43). – 2010. – Том 2. – С. 38 – 41.

3. Ткачук Ю. Журнал "Моніторинг європейської інвестиційної привабливості".-2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://blog.liga.net/user/ytrachuk/article/7240.aspx. – Назва з екрану.

4. Гарлицька Д.А. Фінансові механізми екологізації глобального розвитку[Електронний ресурс].- Режим доступу: http://www.confcontact.com/20110225/ek8_garlic.htm. – Назва з екрану.

5. Жаліло Я.А., Кімова І.М., Ляпін Д.В. и др. .. Економічний діалог: партнерство заради прогресу.\ Я.А. Жаліло, І.М. Кімова, Д. Ляпін К.-2007.- Режим доступу: http: www / niss / qov / ua Table 80207/003/htm /.- Назва з екрану

6. Вентцель Е.С. Исследование опрераций. – М. – Сов. радио. – 1972. – 551 с.

7. Андрейчиков А.В., Андрейчикова О.Н. Анализ, синтез, планирования в экономике м.: Финансы и статистика. 2000. – 368 с.

8. Берсуцкий Я.Г., Лепа Н.Н., Берсуцкий А.Я. Принятие решений в управлении экономическими объектами : методы модели. – Данеца: ИЭП НАН Украины. ООО «Юго – Восток, Ltd», 2002. – 2276 с.

9. Бинкин Б.А., Черняк В.И. Эффективность управления : наука и практика. – М: Наука, 1982. – 277 с.

10. Блех Ю., Гетце У. Инвестиционные расчёты. Пер. с нем. – Калининград, 1997. – 450 с.

11. Друкер П. Управление, нацеленное на результаты : Пер. с англ. – М.: технологическая школа бизнеса, 1994. – 510 с.

12. Закон Украины «О специальном режиме инвестиционной деятельности на территориях приоритетного развития » от 15.07.99 гг. // Ведомости Верховного Совета Украины. – 1999. – №38. – С. 351.

13. Статичний щорічник Одесскої області Головне управління статистики в Одеській області. Зовнішньо економічна діяльність. – п.11.13. – С. 243.

УДК 338.46:614

Акім Літвак

СТАН РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

Представлено дослідження, що демонструє, що у системі надання медичної допомоги населенню сформувалися і динамічно, і одночасно розвиваються два сектори: безкоштовний – державний, який фінансується із бюджету, і комерційний – платний (легально оплачуваних медичних послуг), який фінансується майже наполовину коштами сімейних бюджетів. Загальний обсяг легальної оплати медичних послуг досяг шести мільярдів гривень. Визначено, що відбувається перерозподіл грошового навантаження за медичну допомогу від державного бюджету до сімейних бюджетів. Визначені переваги і недоліки платної медицини.

Ключові слова: *ринок, медичні послуги, платні послуги, підприємництво, бюджетне фінансування, система охорони здоров'я.*

Постановка проблеми

Стан здоров'я населення являє собою один із важливіших факторів, що визначають національну безпеку, темпи соціально-економічного розвитку країни, рівень і якість життя населення. Разом з тим стан і динамічний розвиток ринкових відносин в системі охорони здоров'я України залишаються мало дослідженими, а уявлення про них інколи носять однобічний характер і вузький погляд. В національній доповіді «Соціально-економічний стан України» (2009) серед основних напрямів державної політики щодо розвитку системи охорони здоров'я визначено необхідність: «Розробки та втілення збалансованої ефективної медико-економічної моделі охорони здоров'я, яка поєднує активне запровадження медичного страхування та формування ринку медичних послуг із збереженням гарантії надання кваліфікованої невідкладної медичної допомоги» [8]. Саме тому питання організації господарського механізму в системі охорони здоров'я знаходяться у центрі уваги професіоналів, державних діячів і громадськості.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Проблеми ринкових відносин в системі охорони здоров'я і удосконаленню фінансового забезпечення галузі присвячені праці багатьох вітчизняних дослідників: І.В. Агаркова, О.В. Виноградова, В.І. Євсеєва, М.П. Жданової, В.М. Лехан, М.В. Малаховської, К.В. Мних, В.Ф. Москаленко, З.О. Надюк, В.М. Пономаренка, В.М. Рудого, Н.Д. Солоненко, В.С. Столярова, В.В. Таран, В.Г. Черненка, М. Шевченко, М.М Шутова та інших [2; 7;12].

В Росії ці питання розглядаються у роботах: Ф. Кадирова, С. Кучеренко, Н. Малахової, А. Решетникова С.А. Столярова, І. Тогунова, І. Шейнина, С. Шишкина і інших [4; 11; 12].

Виклад основного матеріалу

Актуальність нашої роботи полягає в подальшому дослідженні і аналізі стану ринку платних медичних послуг і напряму його розвитку в Україні. **Метою дослідження** було вивчити стан обсягів ринку платних медичних послуг в країні і його динамічний розвиток за останні роки. **Об'єктом** дослідження виступила система охорони здоров'я, **предметом** дослідження стали ринкові взаємовигідні і легально оплачувані стосунки в системі охорони здоров'я.

Обсяг і методи дослідження. Для проведення аналізу ринку комерційних медичних послуг в Україні нами

© Літвак А. І., 2012.

були використані дані з матеріалів офіційної статистики Державного комітету статистики України за останні вісім років (2002–2009 рр.) [9;10]. Було використано вертикальний і горизонтальний аналіз динамічних рядів відповідних показників. Ланцюгові індекси росту були вирахувані за прийнятим у статистиці методом. Індекси випередження вираховувались як різниця між індексом росту обсягу і індексом росту цін з наступним визначенням знаку «+» або «–».

В літературі ринкові відносини сприймаються як форма господарської діяльності, як форма обміну результатами праці, яка базується на принципах: добровільності, вигоди, возмездності і ризику. Ринок – це сукупність продавців, покупців і постачальників, які забезпечують обмін товарами і послугами. Ринковий механізм – це спрямованість пропозиції і попиту до рівноваги з метою запобігання надлишку як попиту, так і пропозиції [7, с. 25]

Ринок медичних послуг має свої особливості, що відрізняє його від інших видів ринків. Споживач медичних послуг хворий, його родичі не завжди самостійно можуть вирішувати, які саме послуги потрібні, і які необхідно придбати. Лікар, як виробник, пропонує саму послугу, але, володіючи більш широкою інформацією, якою не завжди володіє пацієнт, водночас суттєво впливає на думку і вибір останнього. Таким чином, маємо парадоксальну ринкову ситуацію, коли виробник–лікар часто одноосібно вирішує обидва питання: і як виробляти, і що виробляти. Разом з тим пацієнти обирають приватні медичні компанії в першу чергу від того, що відчувають себе в них більш комфортно, що в них немає черг і дотримуються конфіденціальності. Регулювання ринку медичних послуг здійснюється державою, головним чином, за допомогою адміністративних важелів при недостатньому використанні економічних і соціально-психологічних чинників. За своїми ознаками ринок медичних послуг є недосконалим і за більшістю основних характеристик відрізняється від досконалого ринку. Серед особливостей ринку медичних послуг, що робить його нетиповим, можна визначити наступні ознаки:

- число продавців обмежене, тому що існують певні правила вступу до ринку;
- неоднорідність медичних послуг, їх індивідуальність і унікальність;
- недосконале і суб'єктивне інформаційне забезпечення покупців про ринок послуг;
- неможливість або труднощі при порівнянні ціни і якості послуги;
- велика кількість державних чи комунальних медичних установ, які встановлюють ціну медичних послуг нижче собівартості за рахунок бюджетного фінансування, що дозволяє покрити необхідні витрати;
- для реалізації медичної послуги у більшості випадків необхідно мати компетентного посередника, котрий теж потребує фінансового забезпечення, що лягає додатковою складовою у ціну медичної послуги.

Таким чином, ринок медичних послуг у більшій мірі можна віднести за своєю структурою до ринку монополістичної конкуренції чи монополії.

Спеціалізований медичний ринок можна розділити за основним предметом обміну на окремі сектори: медичного персоналу, устаткування і апаратури, лікарських засобів і матеріалів, медичних технологій і медичних послуг. На ринку медичних послуг, який займає найбільший сегмент серед інших, головним товаром ринкового обміну є медична послуга. **Медична послуга – це певні дії медичного персоналу по відношенню до споживача медичної практики – пацієнта за обоюдною згодою і домовленістю.**

В Україні створена певна нормативно-правова база функціонування приватної медичної практики, що забезпечує розвиток медичного ринку і безпеку споживача медичних послуг, що гарантується основним Законом держави – Конституцією України. Кожен, хто має намір займатися приватною медичною практикою, повинен зареєструватися і отримати ліцензію. Ліцензія з 2011 року надається на медичну практику безстроково. Через два роки після отримання ліцензії і успішної роботи організація, що надає медичні послуги, повинна пройти першу акредитацію, яку необхідно повторювати кожні три роки, щоб знов підтвердити свої можливості в приватній медичній діяльності. Такий контроль держави за приватною медичною практикою спрямований на захист пацієнтів і вимагає від осіб, що надають платні медичні послуги певних знань, досвіду і спеціального матеріально-технічного забезпечення відповідного професіональним стандартам.

Характеризуючи сучасний ринок платних медичних послуг в Україні, експерти виділили наступне:

Основна фігура в медичному бізнесі сьогодні – медичний брокер, який зводить разом лікаря, лікувально-діагностичне устаткування, транспорт (у разі потреби) і пацієнта.

У недержавній медицині гроші сьогодні обертаються невеликі, і тому лобіювати свої інтереси приватні медики поки що не можуть.

В українську платну медицину, перш за все, в стоматологію і мікрохірургію ока, почав вкладатися іноземний капітал.

Виробниками на ринку медичних послуг виступають: бюджетні медичні установи комунальної і державної форми власності, відомчі установи і приватні комерційні організації з утворенням юридичної особи, а також фізичні особи, що займаються підприємницькою діяльністю без утворення юридичної особи. За даними офіційної статистики у підприємницькій діяльності малих підприємств в Україні в галузі медицини у 2009 році було зайнято 33 тисячі найманих працівників, в той час як до недавна у 2000 році ця кількість була майже у двічі менша – 17,8 тисяч [10]. Експерти вважають, що сталий і ефективний розвиток системи охорони здоров'я можливий на основі взаємодії державного й приватного секторів економіки. [3; 6]. Разом з тим, слід зазначити, що вітчизняне підприємництво як самостійне соціально-економічне явище, існує і розвивається в складних умовах трансформаційної економіки і зустрічається з безліччю проблем. На зниження життєздатності суб'єктів малого та середнього бізнесу впливають значний податковий тиск, наявність різного роду адміністративних бар'єрів, обмеження фінансово-кредитних ресурсів, слабкість матеріальної, технічної, фінансової, менеджерської та кадрової складової діяльності малого підприємництва [5].

Покупцями медичних послуг є населення, що витрачає кошти із сімейних бюджетів для задоволення потреб у сфері медичної допомоги, а також виробничі і інші організації, які із фондів громадського споживання можуть купувати медичні послуги для своїх працівників і членів їхніх родин (населення), як заохочення й стимул в роботі, а також як обов'язковий елемент безпеки праці на виробництві – медичні профілактичні огляди.

Відношення населення Одеської області до платних медичних послуг нами було оцінено за даними соціо-

логічного опитування, проведеного на території області весною 2006 року. Серед населення області скористатися платними послугами готові були тільки 5% респондентів. Майже дві третини респондентів (65%) налаштовані на отримання безкоштовної медичної допомоги в системі державної охорони здоров'я. Інші респонденти, їх трохи менше однієї третини (30%), згодні на часткову оплату необхідних медичних послуг і розділення відповідальності за це із страховими організаціями [2].

За результатами опитування населення Києва[1] в рамках проекту «Оцінка населення міста Києва якості медичних послуг, 2011 р.» відсоток населення міста, які користуються послугами приватних медичних установ «завжди» і «часто (в більшості випадків)», не враховуючи споживачів приватних стоматологічних послуг, складає 5%. Більше половини респондентів (59%) рідко користуються послугами приватних медичних установ. Звертає увагу те, що 46% опитаних відповіли, що вартість послуг («дорога»), що заважає їм перейти на медичне обслуговування на платній основі. При цьому слід зауважити, що значна частка працездатного населення міста Києва може частіше користуватися послугами приватних медичних установ за умови зменшення вартості послуг.

Інститут Горшеніна на початку вересня 2011 року провів всеукраїнське соціологічне опитування, в якому взяли участь 1000 респондентів з усіх обласних центрів, міст Києва і Севастополя. Серед найбільш гострих проблем охорони здоров'я третина респондентів (32,2%) назвали необхідність оплати медичних послуг. Лише 5,6% респондентів готові при наявності захворювання в першу чергу звернутися до приватної поліклініки чи стаціонару. Разом з тим при тих же самих обставинах найбільша частина респондентів (40,2%) за цим опитуванням збирається звертатися до безоплатних державних поліклінік чи лікарень [1].

Як ми бачимо, соціологічні опитування, проведені в різні часи, майже співпадають за своїми результатами. А цифра «5%» опитаних, що готові до повної оплати вартості медичних послуг, повторюється в усіх опитуваннях, не дивлячись на проведення їх в різний час і в різних географічних зонах. Ця цифра «5%» дорослого населення є характеристикою межі вільних можливостей населення при оплаті медичних послуг. Більшість населення до цього мало готова, а певна обмежена частка населення готова лише частково розділити з державою відповідальність за фінансування системи охорони здоров'я за рахунок сімейних бюджетів.

Розрізняють **обсяг вироблених** для продажу послуг, що оцінюється вартістю витрат і **обсяг реалізованих послуг** з урахуванням ПДВ (всі витрати + ПДВ), при цьому розрізняють окремо **реалізацію послуг для населення** й реалізацію послуг для **інших категорій споживачів** (організацій). При розрахунку показника витрат населення на послуги на одного жителя, вітчизняна статистика враховує тільки обсяг реалізованих послуг для населення. В цілому спеціалізація послуг у державі дуже різноманітна. У загальний обсяг послуг входять послуги по технічному обслуговуванню й ремонту автомобілів і іншої техніки, готельні послуги, туристичні послуги, транспортні послуги, операції з нерухомістю, **медичні послуги**, послуги в сфері права, освіти, культури

Таблиця 1.

Співвідношення в Україні всіх платних послуг і платних послуг охорони здоров'я

Послуги, роки	2002	2003	2004	2005	2006	**2007**	2008	2009
Надано послуг охорони здоров'я в Україні, млн грн	1345,9	1458,9	1759,9	2511,0	2962,8	3706,9	5259,5	5988,9
Всього надано послуг в Україні, млн грн	46971,0	56121,3	74406,2	95832,3	120910,2	157005,1	215801,3	224583,6
Питома вага послуг охорони здоров'я в загальному об'ємі послуг в Україні, %	2,9	2,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,4	2,7

Інститут Горшеніна на початку вересня 2011 року провів всеукраїнське соціологічне опитування, в якому взяли участь 1000 респондентів з усіх обласних центрів, міст Києва і Севастополя. Серед найбільш гострих проблем охорони здоров'я третина респондентів (32,2%) назвали необхідність оплати медичних послуг. Лише 5,6% респондентів готові при наявності захворювання в першу чергу звернутися до приватної поліклініки чи стаціонару. Разом з тим при тих же самих обставинах найбільша частина респондентів (40,2%) за цим опитуванням збирається звертатися до безоплатних державних поліклінік чи лікарень [1].

Як ми бачимо, соціологічні опитування, проведені в різні часи, майже співпадають за своїми результатами. А цифра «5%» опитаних, що готові до повної оплати вартості медичних послуг, повторюється в усіх опитуваннях, не дивлячись на проведення їх в різний час і в

[1] http://www.medexpert.com.ua/Default.aspx?module=consulting&item=286.

й відпочинку, архітектури й будівництва, забезпечення персоналом, ремонт побутових предметів і багато чого іншого [2].

Обсяг вироблених в Україні платних медичних послуг всіма виробниками за вісім років з 2002 по 2009 рік, за даними Держкомстату виріс у 4,5 раза і досяг майже 6,0 млрд грн, демонструючи неухильне постійне щорічне зростання. В той же час обсяг усіх різноманітних платних послуг, що вироблені всіма виробниками у державі, виріс трохи більше, в 4,8 раза і досяг майже 224,6 млрд грн, демонструючи ту ж саму спрямованість до щорічного неухильного зростання (таб. 1).

Разом з тим питома вага платних медичних послуг у спільному обсязі всіх платних послуг, вироблених всіма виробниками в Україні, коливається від 2,4% до 2,9% у різні роки і демонструє загальну тенденцію до зниження за період аналізу. Це може свідчити про нижчі темпи розвитку платних медичних послуг в порівнянні з багатьма іншими видами оплачуваних послуг, які виробляються в країні (Рис 1.).

Наявні дані також можуть свідчити про те, що у людей зберігається деяка альтернативна можливість задовольняти певні свої потреби у сфері зміцнення здоров'я за рахунок бюджетних джерел фінансування охорони здоров'я. І на даному етапі медична допомога, що надається населенню і сплачена фінансовими коштами з

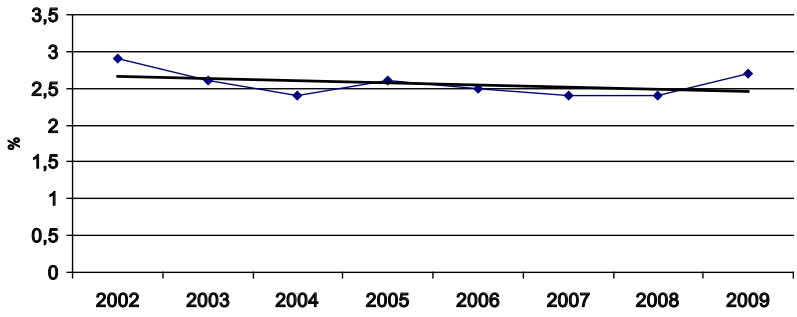

Рис. 1. Питома вага вироблених медичних послуг у загальному обсязі усіх платних послуг у державі

бюджету, виступає конкурентом платних медичних послуг. Отримані дані можуть також свідчити про те, що платні медичні послуги менш пріоритетні в своєму розвитку в нашій державі, ніж інші види платних послуг, що само по собі можна віднести до чинників соціального захисту населення державою.

Обсяги всіх вироблених медичних послуг різними виробниками переважають у 2,4 раза у 2002 році і 1,86 раза у 2009 році по відношенню до спожитих і сплачених населенням медичних послуг впродовж аналізованого періоду і демонструють неухильне щорічне зменшення відносного коефіцієнта, що свідчить про певний перерозподіл купівельної спроможності від організацій до населення (рис. 2).

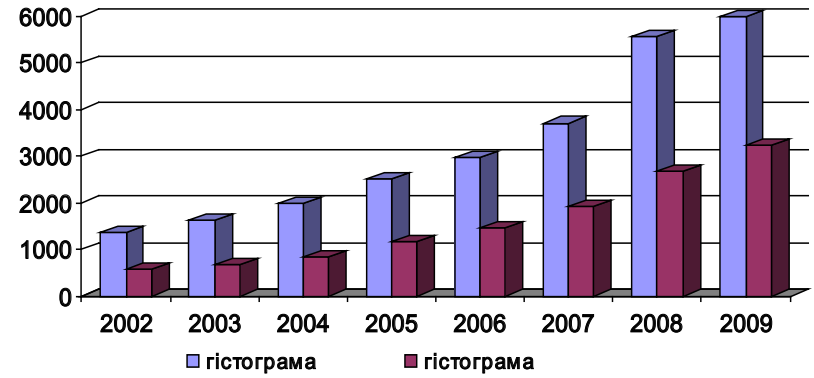

Рис. 2. Обсяги вироблених (1) и спожитих населенням (2) платних медичних послуг

Щоб з'ясувати, чи не зв'язано зростання обсягів вироблених і реалізованих населенню комерційних медичних послуг із зростанням цін, ми провели порівняння зростання індексу цін за даними офіційної статистики і зростання обсягу спожитих платних медичних послуг населенням (таблиця 2).

Проведений аналіз показав зростання обсягів вироблених платних медичних послуг в країні до попереднього року за вісім років щорічно в середньому на більш як на одну четверту об'єму – 28,5%, з коливанням показника в окремі роки від 20% до 40,4%. Реалізовані населенню медичні послуги за цей же період також щорічно зростали у такому ж обсязі, в середньому на 28%, з коливанням коефіцієнта в окремі роки від 13,9% до 41,9%. Індекс споживчих цін за цей же період коливався від 5,2% до 25,2% у різні роки, в середньому склавши щорічне зростання на 13% до попереднього року. Індекс випередження зростання вироблених медичних послуг до індексу цін щорічно в середньому склав 15,6 пунктів з коливанням даного показника від 4,1 до 26,9 пунктів в різні роки.

Співвідношення обсягу консолідованого бюджету системи охорони здоров'я і витрат населення із сімейних бюджетів на медицину коливається від 58 до 72 гривень державних коштів на кожні 10 гривень витраченими офіційно населенням на платні послуги із сімейних бюджетів і бюджетів соціального розвитку організацій (таблиця 3).

Динаміка співвідношення бюджетного фінансування системи охорони здоров'я і витратами населення на медичну допомогу за представленими офіційними даними свідчать, що до 2007 року включно відбувалося зростання виділених державою коштів на охорону здоров'я. Так, у 2002 році на кожні 10 гривень, витрачених населенням на медичну допомогу, держава витрачала 58 гривень, а у 2007 році цей показник збільшився до 72 гривень. У наступні два роки відбулося скорочення витрат держави на охорону здоров'я по відношенню до витрат на медичні цілі населен-

Таблиця 2.

Індекси росту до попереднього року, %

№№	Показник	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	Індекс реаліз. всіх послуг в Україні	107,3	116,1	124,4	116,4	113,4	115,7	112,8	88,9
2	Індекс споживчих цін	100,8	105,2	109,0	113,5	109,1	112,8	125,2	115,9
3	Індекс зрост. мед. послуг населенню	-	120,5	123,4	140,4	124,1	131,0	140,2	120,0
4	Індекс зрост. реалізов. мед. послуг	-	120,0	122,5	127,0	118,0	125,1	141,9	113,9
5	Індекс випереджения ІМПН –ІСЦ Стр 3 – Стр.2	-	+15,3	+14,4	+26,9	+15,0	+18,2	+15,0	+4,1

Таблиця 3

Співвідношення бюджетного фінансування і платних медичних послуг

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Консолідов. бюджет ОЗ млрд грн	7,54	9,71	12,2	15,5	19,7	26,7	33,6	36,6
Обсяг вироблених платних мед. послуг млрд грн	1,3	1,6	2,0	2,5	3,0	3,7	5,3	6.0
Координ. коефіцієнт	10,0:58,0	10,0:61,0	10,0:61,0	10,0:62,0	10,0:65,6	10,0:72,1	10,0:63,4	10,0:61,0

ня відповідно до 63 і 61 гривні. В той же час загальна фактична сума бюджету охорони здоров'я у 2008 і 2009 роках зростала і склала 33,6 і 36,6 млрд грн відповідно.

Описані тенденції щодо динаміки витрат на медичні потреби населення співпадають з наявною динамікою загальних доходів домогосподарств і їх витрат. Національна статистка свідчить, що протягом 2000–2007 рр. в Україні спостерігалося постійне випередження зростання загальних доходів домогосподарств над їх сукупними витратами. Однак у 2008 році ця тенденція була порушена, що і обумовило зниження купівельної спроможності доходів домогосподарств. Зростання реальної заробітної плати у 2001–2006 роках щороку становило 15–20 %, у 2007 і 2008 роках цей приріст значно менший (відповідно 12,5% та 6,3%), що було зумовлено інфляцією [8].

Таким чином, наведені дані свідчать, що в Україні відбувалося як фактичне, так і реальне зростання обсягів виробництва і споживання населенням платних медичних послуг, що набагато випереджало зростання індексу цін. Зростання обсягів платних медичних послуг визначалося не тільки ціновою динамікою, а і зростанням попиту і наявності купівельної спроможності населення, пов'язаної безпосередньо із зростанням реальної заробітної плати. Проведений аналіз продемонстрував, що в системі охорони здоров'я України реально утворились і функціонують два сектори економіки: бюджетний – безоплатний і приватний (підприємницький) – платний для споживача медичної допомоги. Кожен сектор економіки функціонує за своїми окремими правилами, але загальним регулятором цих двох систем разом з державою виступає також споживач медичних послуг – окремий пацієнт і населення в цілому. Становлення ринкових і конкурентних відносин в системі охорони здоров'я відбуваються за умови формування приватної власності і формування ще малого, але вже діючого, прошарку медичних працівників – підприємців-власників, які є носіями і розповсюджувачами ринкової ідеології і ринкових відносин.

Дані державної статистичної звітності переконливо свідчать нам про те, що в Україні створилася стійка невідворотна тенденція збільшення як обсягів виробництва різними (державними і комунальними, відомчими, приватними) медичними організаціями платних послуг, так і збільшення реальних обсягів споживання платних медичних послуг населенням за рахунок витрат із сімейних бюджетів, при зростанні заробітної плати. Разом з тим ці дані також свідчѓть про перерозподіл витрат на медичні потреби окремої людини між державою і сімейними бюджетами на користь останніх. Таке збільшення витрат з сімейних бюджетів на медичні потреби членів сім'ї останніми роками примушує населення все частіше брати на себе відповідальність за вибір необхідних медичних послуг і організації, що їх надають, що створює конкурентне середовище, яке врешті-решт може вплинути на якість медичної допомоги і сервісу у медичних закладах. Таке збільшення навантаження фінансових витрат на сімейні бюджети, пов'язане з витратами з приводу здоров'я окремого члена родини, може примусити населення більше уваги надавати запобіжним заходам, ретельніше і свідомо відноситись до свого здоров'я, уникаючи безглуздих ризиків (вживання алкоголю, паління табаку, нераціональне харчування), що можуть нести шкоду стану здоров'я окремої людині, формувати сімейні традиції здорового способу життя та правильної поведінки.

Отримані дані свідчать, що у системі надання медичної допомоги населенню сформувалися і динамічно, і одночасно розвиваються два сектори: безкоштовний – державний, який фінансується із бюджету, і приватний – платний (легально оплачуваних медичних послуг), який фінансується майже наполовину коштами сімейних бюджетів. Причому платний сектор медичної допомоги в системі охорони здоров'я держави за своїми обсягами поступово перетворюється на вагомий чинник впливу на здоров'я населення. Платний сектор дає додаткові робочі місця, впливаючи певним чином на трудову зайнятість населення, що в умовах кризових явищ в країні і світі має свою доцільність. Він сприяє покращенню добробуту медичних працівників і не тільки лікарів, а медичних сестер і санітарок, інших допоміжних працівників, зайнятих цією справою. Кожен з цих секторів, безкоштовний – державний і платний – приватний сектор медичної допомоги працює за своїми правилами, які потребують узгодженості і розвитку. Існування двох секторів медичної допомоги створює конкурентне середовище і додаткові стимули для подальшого розвитку і набуття певних переваг для окремих виробників медичних послуг в порівнянні із іншими гравцями медичного ринку платних послуг. Разом з тим слід завжди пам'ятати, що система охорони здоров'я, на які б сектори вона на не розділялася, є єдиним простором в державі і незмінною єдиною місією, де повинні діяти єдині принципи лікувально-діагностичного процесу і етичні медичні норми. Головним і об'єднуючим регулювальником в цьому медичному просторі разом з державними інституціями виступає людина – споживач медичної послуги. Тому турбота про безпеку і якість медичної допомоги, що надається як за плату споживача, так і безкоштовно для нього, є найважливішим пріоритетом держави.

Обсяги платних медичних послуг за даними офіційної державної статистики демонструють неухильне і однозначне як фактичне, так і реальне зростання,

як за обсягом вироблення, так і за обсягом споживання населенням, випереджаючи зростання індексу цін в державі. Купівельна спроможність населення, що забезпечує зростання обсягу платних медичних послуг, залежить від зростання заробітної плати.

Приватна медицина, хоча і повільно, але впевнено зміцнює свої позиції на ринку надання медичних послуг. В першу чергу, підкорюючи ті сегменти ринку, де завжди була слабко розвинена державна медицина та водночас зберігався стійкий попит: стоматологію, гінекологію, косметологію тощо. В системі охорони здоров'я формується підприємець-власник, що стає завзятим носієм ринкових відносин і ринкової ідеології.

Разом з тим можна говорити, що за останні роки відбулося суттєве збільшення бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, але це зростання не було пропорціональним до зростання витрат населення.

Постійне розширення обсягів ринку платних медичних послуг свідчить, що він стає додатковим джерелом впливу на здоров'я населення. В той же час населення обмежене у своїх фінансових можливостях, щоб купувати платні медичні послуги, але добре розуміє і оцінює переваги вільного доступу і вибору при купівлі медичних послуг.

За для того, щоб певним чином збалансувати потреби населення в медичних послугах на платній основі і забезпечити соціальний захист вразливих верст населення, необхідно негайно вводити обов'язкове соціальне медичне страхування.

Література.

1. Еженедельник «Аптека» № 808 (37) 26.09. 2011.
2. Літвак А.І. Аналіз ринку медичних послуг в Україні. // Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада. Збірка матеріалів по дослідженню політики охорони здоров'я в Україні. Одеса. 2007. – С. 50–69.
3. Надюк З.О. Державна інвестиційна політика в системі охорони здоров'я України. // Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/tppd/2008-2/08nzoozu.htm/08nzoozu.htm.
4. Основы экономики здравоохранения: Учебное пособие / под ред. проф. Н.И. Вишнякова и В.А. Миняева. М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 144 с.
5. Про стан та перспективи розвитку підприємництва в Україні: Національна доповідь / К.О. Ващенко, З.С. Варналій, В.Є. Воротін, В.М. Геєць, Е.М., Кужель О. В., Лібанова та ін. – К., Держкомпідприємництво, 2008. – 226 с.
6. Самошкин А. Оценка государственной экономической политики в сфере здравоохранения // Режим доступу: http://www.kreml.org/opinions/130975276.
7. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: Навч. посібник. / Надія Солоненко. К.: В-во НАДУ, 2005. – 416 с.
8. Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави: національна доповідь. / за заг. ред. В.М. Гейця [та інш.] К.: НВЦ НБУВ, 2009. – 687 с.
9. Статистичній щорічник Україна за 2007 рік / За ред. О.Г. Осауленко. – К.: Консультант, 2008. – 575 с.
10. Статистичний щорічник Україна за 2009 рік. / За ред. О.Г. Осауленко. – К.: Держпідприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – 567 с.
11. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы, аспекты управления. / С.А. Столяров. Изд. 3 – е, допол. Барнаул. «Аз-Бука». 2005. – 269 с.
12. Экономика здравоохранения: учебник / В.Ф. Москаленко, В.В. Таран, О.П. Гульчий и др.; под ред. В.Ф. Москаленко. – Винница: Нова книга, 2010. – 144 с.

УДК 353:35.076:004.738.5

Валерій Логвінов

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО ПОРТАЛУ ЕЛЕКТРОННИХ ПОСЛУГ

В запропонованому матеріалі відображені результати проведених автором наукових досліджень з формування системи взаємодії місцевих органів влади на основі портальних рішень, а також досліджень по створенню регіональної системи надання державних електронних послуг. Розглядається необхідність створення регіонального порталу органів державної влади, як складової єдиної розподіленої мережі інформаційних ресурсів органів державної влади – основи формування системи надання державних послуг в електронній формі.

Ключові слова: *адміністративний регламент, державна послуга, інформаційна взаємодія, міжвідомча взаємодія, портал, реєстр, стандарт.*

Постановка проблеми

Існуючі на даний момент інформаційні ресурси органів влади та їх зосередження в електронній формі на сайтах не дають можливості ні громадянам, ні представникам бізнесу отримати повноцінну інформацію стосовно державних та адміністративних послуг без необхідності відвідування органу влади, вже не кажучи про можливість здійснення взаємодії з органами влади у процесі надання (отримання) послуги. Зокрема, це стосується наявності переліку послуг, регламенту їх надання органом влади, зразків форм для заповнення отримувачем послуги необхідних документів та передачі їх до органу влади в електронній формі тощо. За таких умов нагальною потребою виглядає необхідність створення можливостей для отримувачів послуг мати доступ до такої інформації з одного місця. Функцію такого місця для входження в систему надання послуг виконує інтернет-портал.

Питання щодо надання державних послуг органами виконавчої влади та місцевого самоврядування (ОВВ і ОМС) в електронній формі через портал електронних послуг на сьогодні в Україні практично не розглядаються як на законодавчому рівні,так і на рівні прикладних досліджень. Так, зокрема, відсутні на законодавчому рівні закріпленя таких понять, як: «електронна послуга», «портал електронних послуг», «адміністративний регламент послуги», «електронний адміністративний регламент». Поява законів про доступ до інформації, про адміністративні послуги також не торкається питань надання послуг в електронній формі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

В той же час, в переважній більшості країн Європи, США, ряді країн Азії, Австралії такі послуги надаються органами влади. Існують вони і в таких країнах, як: Естонія, Латвія, Литва, Росія, Казахстан, Молдова, Азербайджан та інших республіках колишнього СРСР, де створені портали електронних послуг, прийняті необхідні для цього закони, нормативно-правові акти.

Наглядно ситуацію в даному напрямі відображає інтегральний індекс готовності до електронного уряду (E-Government Readiness Index). Даний показник дозволяє отримати уявлення про те, наскільки ефективно використовуються можливості інформаційно-комунікаційних технологій для національного, економічного, соціального та культурного розвитку в окремо взятій кра-

© Логвінов В.Г., 2012.