



Н. С. Блажевська,
аспірантка відділу проблем ринкової інфраструктури
та транскордонного співробітництва
Інституту регіональних досліджень НАН України,
м. Тернопіль

КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ УКРАЇНСЬКО-ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТРАНСКОРДОННОГО РИНКУ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Розглянуто засади формування конкурентоспроможності прикордонних регіонів. Здійснено аналіз ринку українсько-європейського прикордонного ринку соціально-медичних послуг. Запропоновано систему реалізації соціально-медичних транскордонних проектів.

Ключові слова: транскордонний регіон, ринок соціально-медичних послуг, конкурентоспроможність ринку соціально-медичних послуг, система реалізації соціально-медичних транскордонних проектів.

Н. С. Блажевская
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ
УКРАИНСКО-ЕВРОПЕЙСКОГО
ТРАНСГРАНИЧНОГО РЫНКА
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Рассмотрены принципы формирования конкурентоспособности пограничных регионов. Осуществлен анализ украинско-европейского пограничного рынка социально-медицинских услуг. Предложена система реализации социально-медицинских трансграничных проектов.

Ключевые слова: трансграничный регион, рынок социально-медицинских услуг, конкурентоспособность рынка социально-медицинских услуг, система реализации социально-медицинских трансграничных проектов.

N. S. Blazhevskaya
COMPETITIVENESS OF
UKRAINIAN-EUROPEAN
TRANSFRONTAL MARKET OF
SOCIAL-MEDICAL SERVICES

Principles of forming competitiveness of frontier regions are considered. A market of the Ukrainian-European frontier market of social-medical services analysis is carried out. The system of realization of social-medical transfrontal projects is offered.

Key words: transfrontal region, market of social-medical services, competitiveness of market of social-medical services, system of realization of social-medical transfrontal projects.

Постановка проблеми. Формування національного і регіональних конкурентоспроможних ринків соціально-медичних послуг та створення умов для їх функціонування є актуальним завданням сьогодення, вирішення якого потребує глибоких наукових розробок і практичних дій з боку держави, місцевих громадських організацій та суспільства у цілому щодо чіткого наукового обґрунтування методологічних основ його просторового збалансування і територіальної організації. Крім цього, в останні роки надається багато уваги транскордонному співробітництву України із сусідніми державами, що підтверджується як на найвищому державному рівні, так і на регіональному. Тому актуальним як у науково-теоретичному, так і в практичному плані є конкурентне позиціонування українських регіонів, яке б оптимізувало їх участь у транскордонному просторі, врахувало основні проблеми та пріоритети на ринку соціально-медичних послуг і дозволило формувати конкурентоспроможний інструментарій реагування на них.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням транскордонного співробітництва присвячені праці таких учених, як: Антоноук Л., Грицяк І., Кифяк В., Крячко Е., Мікула Н. Водночас ринок транскордонних соціально-медичних послуг є для України явищем новим і мало висвітленим дослідниками.

Мета статті – дослідження конкурентоспроможності українсько-європейського ринку соціально-медичних послуг та напрацювання системи реалізації соціально-медичних транскордонних проектів. Виходячи з мети дослідження, у роботі поставлені такі завдання:

- визначити засади формування конкурентоспроможності прикордонних регіонів;

- дати оцінку українсько-європейському прикордонному ринку соціально-медичних послуг;
- окреслити систему реалізації соціально-медичних транскордонних проектів.

Основні результати дослідження

1. Засади формування конкурентоспроможності прикордонних регіонів

Транскордонне співробітництво, на думку В. Кифяка, допомагає встановити баланс між кордонами держав з метою покращення умов життя населення, опрацювання найефективніших моделей співпраці для вигідного співіснування [1]. Однак, як виявилось, необхідно було вдосконалити категорійний апарат поняттям «міжтериторіальне співробітництво», яке було введено Протоколом № 2 до Мадридської конвенції (1998 р.). Це пов'язано з тим, що в міжнародні відносини можуть вступати, залежно від національного законодавства, не лише регіони, які ієрархічно розташовуються нижче центрального уряду, а й інші територіальні утворення та органи самоуправління нижчих рівнів, і не обов'язково сусідні території (транскордонне співробітництво). Відповідно до цього, цікавим є зауваження А. Мокія, що «міжтериторіальне співробітництво» означає будь-яку взаємоузгоджену діяльність, спрямовану на започаткування відносин між територіальними громадами та органами влади двох або більше довірливих сторін, окрім відносин транскордонного співробітництва між сусідніми органами влади, включаючи укладення між територіальними громадами й органами влади інших держав угод про співробітництво. І. Грицяк вважає, що термін «прикордонний» або «транскордонний»

регіон» містить три основні аспекти: територія (більш-менш чітко визначена), населення і зв'язки між різними групами населення, які можуть бути блоковані або порушені наявністю кордону [2]. Н. Мікула зазначає, що впродовж останніх років Україна стала активним учасником європейських інтеграційних процесів, що не останньою чергою зумовлюється існуванням спільних кордонів із країнами, які вже є членами Європейського Союзу [3].

Нові моделі економічного розвитку на субнаціональному рівні будуються на конкурентоспроможності не окремих суб'єктів ринку, а на синергетичному ефекті конкурентоспроможності їх сукупності, зумовленому виробничими зв'язками та відповідним інституційним оточенням; як наслідок – формується територіальна (регіональна) конкурентоспроможність [4]. Погоджуємось із Л. Антоном, що поняття конкурентоспроможності не має загальноприйнятого визначення, хоч так або інакше йдеться про конкурентні переваги в розвитку та отриманні доходів [5]. Найбільш загальним є поняття конкурентоспроможності країни і похідне від нього – конкурентоспроможність регіонів. У цілому, як зазначає В. Горбатов, «конкурентоспроможність» визначається як здатність економіки підвищувати рівень життя учасників економічного процесу через підтримку і зміцнення компаній, чиї акції мають стабільну чи таку, що підвищується, ринкову вартість [6]. Тож «конкурентоспроможність регіону» залежить від його здатності передбачати та успішно адаптуватися до внутрішніх і зовнішніх економічних та соціальних викликів через створення нових економічних можливостей, включно з якісними робочими місцями [7]. За визначенням Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), конкурентним є такий регіон, що може привабити й підтримати успішні компанії і забезпечити вищі стандарти життя його жителів [8].

II. Аналіз українсько-європейського прикордонного ринку соціально-медичних послуг

В ЄС в останні роки спостерігається зростання інтересу до транскордонних районів як у регіональній політиці, так і в розвитку співробітництва між регіонами сусідніх країн. Це стосується відносин у соціально-медичній та економічній сферах, а також співпраці регіональних та місцевих органів самоврядування. Аналіз інформаційної бази регіонального розвитку соціально-медичної і транскордонної співпраці допоможе визначити соціально-економічний потенціал прикордонних районів Польщі, Словаччини та України і рівень їх конкурентоспроможності на ринку соціально-медичних послуг.

Нинішній стан соціально-медичної сфери в регіональному розрізі виглядає таким чином. У Волинській області станом на 01.01.2010 р. у закладах соціально-медичної сфери працювало 29 200 працівників, або 6,8% усього зайнятого населення (рис. 1), з них: 3 792 лікарів, 12 984 молодших спеціалістів з медичною освітою та 9 761 осіб обслуговуючого і технічного персоналу. При цьому на

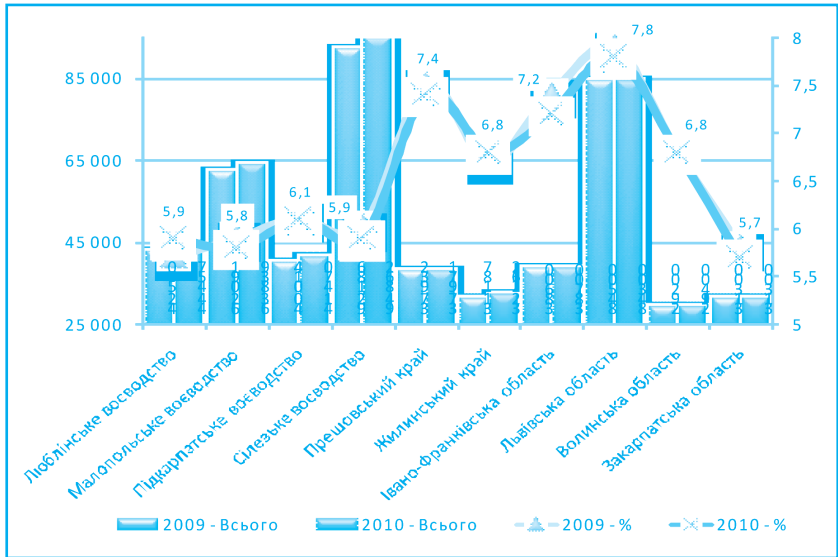


Рис. 1. Зайнятість у соціально-медичній сфері українсько-європейських регіонів
Джерело: Побудовано автором

базі постійно діючих курсів підвищення кваліфікації молодших спеціалістів із медичною освітою при обласній клінічній лікарні курсову перепідготовку пройшло 1 265 молодших спеціалістів із медичною освітою при плані 1 078 осіб, що становило 117,3%, з них: удосконалення – 1 202, спеціалізацію – 47, курси інформації і стажування – 16.

У Закарпатській області працювало в закладах соціально-медичної сфери 31 300 працівників, або 5,8% усього зайнятого населення (рис. 2), з них 4 910 лікарів та 12 028 осіб середнього медичного персоналу, у т. ч. 10 440 (84,2 на 10 тис.) – у закладах, підпорядкованих управлінню охорони здоров'я. Забезпеченість населення області штатними та зайнятими посадами медичних працівників, особливо середніх медичних працівників, є нижчою, ніж загалом в Україні. Зокрема, забезпеченість штатними посадами лікарів становила 34,3 на 10 тис. Укомплектованість штатних посад лікарів досягає 88,2%. Описана ситуація наразі спричиняє у переважній більшості районів переважність працівників соціально-медичної сфери.

На Івано-Франківщині у 2010 р. у соціально-медичних закладах працювало 38 600 працівників, або 7,4% усього зайнятого населення (рис. 1), із них 5 870 лікарів, у тому

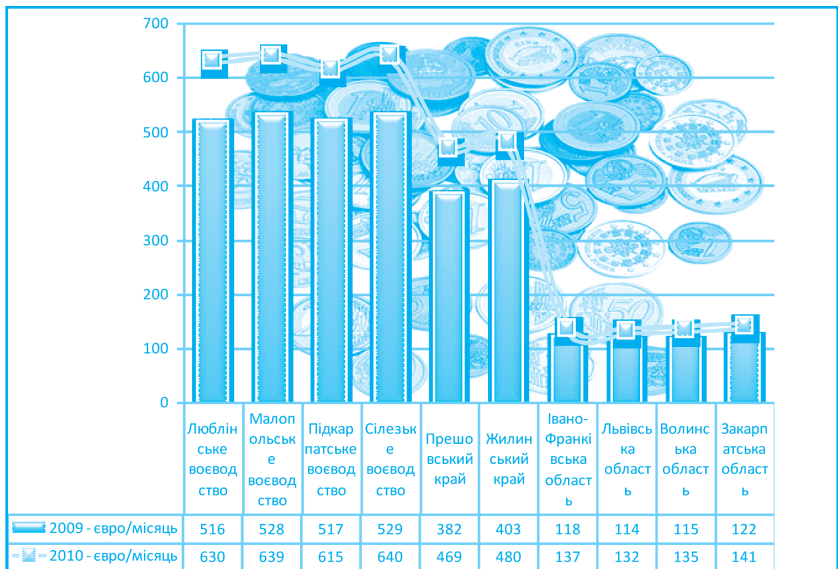


Рис. 2. Зарплата в соціально-медичній сфері українсько-європейських регіонів
Джерело: Побудовано автором

числі 239 лікарів-інтернів (без НДІ, СЕС, санаторіїв та коледжів), що складало на 10 тис. населення 42,6. Укомплектованість штатних посад фізичними особами сягає позначки 93,9%. В області залишається гострою проблемою укомплектованість посад лікарів сільських амбулаторій, а відсоток укомплектованості із стоматологами – 89,5%; без стоматологів – 73,2%.

У Львівській області зареєстровано 84 500 працівників, або 7,9% усього зайнятого населення, з них 11 072 штатних посад лікарів та 22 011 середнього медичного персоналу. Чисельність фізичних осіб лікарів досягла 11 533, відповідно забезпеченість лікарями на 10 тис. населення становила 45,5. Кадровий склад соціальної медицини Львівщини має високий рівень професійної кваліфікації, зокрема серед лікарів області 56% атестовані на вищу кваліфікаційну категорію, 28% – на першу категорію. У практичній соціальній медицині сьогодні працює три доктори медичних наук, 170 кандидатів медичних наук, близько 100 магістрів державного управління.

Зробимо деякі порівняння з польськими регіонами. Найбільше працівників у соціально-медичній сфері задіяно в Сілезькому воеводстві – 92 186 (6,0% усього зайнятого населення), проте найвищий рівень забезпеченості кадрами цієї сфери – у Львівській області та Прешовському краї (7,5% зайнятого населення). Найнижчий рівень забезпеченості притаманний Люблінському воеводству – 5,7% зайнятого населення [9; 10].

Забезпеченість кадрами соціально-медичної сфери багато в чому залежить і від рівня оплати праці. Наприклад, на Волині середньомісячна заробітна плата працівників сфери на фактично зайнятих посадах складає 1400 грн. (135 євро/місяць – див. рис. 2), у т. ч. лікарів – 2100 грн., середнього медичного персоналу – 1533 грн. На Львівщині знижують престижність професії невідповідний рівень оплати праці працівників сфери (132 євро/місяць – найнижчий рівень у регіоні), відсутність житла за місцем скерування молодих фахівців, складні умови праці, відтік кваліфікованих медичних працівників із сфери. У Польщі найвищого рівня оплати праці соціально-медичних працівників досягнуто в Малопольському воеводстві (639 євро/місяць), серед українських регіонів – у Закарпатській області (141 євро/місяць).

Отже, підсумовуючи аналіз попередніх двох показників, можна зробити висновок, що співпраця у цьому транскордонному просторі допоможе конвергувати українські області на ринку соціально-медичних послуг до східних районів ЄС, що відповідно підвищить їх конкурентоспроможність на державному рівні.

Важливе значення відіграє показник кількості підприємств, задіяних у соціально-медичній сфері. Відповідно до цього в системі соціально-медичних послуг Волинської області функціонувало 47 таких установ та 56 лікарняних закладів, що надавали стаціонарну допомогу населенню: 16 центральних районних лікарень, 6 районних лікарень, 13 дільничних лікарень, 4 міські лікарні, 2 пологові будинки, 2 психіатричні лікарні, 3 туберкульозні лікарні для дорослих, інфекційна лікарня для дорослих, обласна клінічна лікарня для дорослих, обласна клінічна дитяча лікарня, дитяча міська лікарня, госпіталь для ІВ, лікарня «Хоспіс», 4 диспансери (протитуберкульозний, онкологічний, наркологічний, міський шкірно-венерологічний). У них розгорнуто 8 368 ліжок, або 80,93 на 10 тис. населення. Додатково функціонує будинок дитини для дітей з ураженням нервової системи на 100 ліжок та 3 санаторії на 500 ліжок: для дорослих, хворих на туберкульоз – 100 ліжок, для дітей, хворих на туберкульоз – 300 ліжок, санаторій для батьків із дітьми на 100 ліжок. Амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню області забезпечують 965 закладів: 45 поліклінік (амбулаторії, жіночі консультації, які входять до складу лікарняних закладів), 5 диспансерів, 3 поліклініки для дорослих, 3 гозпрозрахункові поліклініки, 6 стоматологічних поліклінік для дорослих, дитяча поліклініка, 87 амбулаторій, у т. ч. 79 сільських (81 амбулаторія загальної практики/сімейної медицини, в

т. ч. 73 – сільські), центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, 2 лікарських здоровпункти, 14 фельдшерських здоровпунктів, 798 ФАПів. Планова потужність усіх амбулаторно-поліклінічних закладів (самостійних та об'єднаних) – 17718 відвідувань на зміну. Крім того, в області функціонують бюро медико-соціальної експертизи й обласний центр здоров'я.

На Закарпатті діє 103 соціально-медичних заклади. При дещо нижчій, ніж загалом в Україні, забезпеченості закладами, яка становить 4,9 на 10 тис. людей, доступність сільського населення до лікарської допомоги є вищою. Ліжковий фонд закладів області загалом становить 9 785, або 78,9 на 10 тис. населення, у т. ч. 9 425 ліжок, або 76 на 10 тис. – у закладах, підпорядкованих УОЗ, серед яких третина – у закладах обласного підпорядкування. Розгорнуто 1 777 ліжок денного стаціонару. На території області також функціонують такі заклади, як НПО «Реабілітація», Українська алергологічна лікарня, будинки для людей похилого віку. Мережа амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних закладів Івано-Франківської області за останні п'ять років суттєвих змін не зазнала. В області у 2010 р. працювало 110 соціально-медичних закладів, що на 10% більше їх приросту від попереднього року. У цьому ж році на Львівщині діяло 1829 соціально-медичних закладів, із них лікувально-профілактичних – 344. Збільшення кількості ЛПЗ відбулося переважно завдяки зростанню кількості лікарських амбулаторій шляхом перепрофілювання дільничних лікарень на ФАПі. Кількість закладів сімейної медицини у 2010 р. становила 254 одиниці, у тому числі 151 СЛА ЗПСМ. Найменше соціально-медичних закладів зосереджено на Волині.

У Польщі найбільше соціально-медичних установ функціонувало в Сілезькому (17 044) та Малопольському (13 288) воеводствах.

Важливе значення відіграє розвиток підприємств соціально-медичної сфери приватної власності. Наприклад, соціально-медична допомога в Закарпатській області забезпечується розгалуженою мережею приватних закладів загальною кількістю 101 за відсутності таких закладів державного фінансування. На жаль, більш детальна інформація по області відсутня. При тому, що майно закладів охорони здоров'я є комунальною власністю, яке передано їм на правах оперативного управління, упорядковано питання щодо власності землі. Приміщення закладів охорони здоров'я в області, які не використовуються для потреб установ, надаються в оренду відповідно до чинного законодавства, але не працюють на ринку соціально-медичних послуг.

У Польщі найбільше приватних закладів досліджуваної сфери в Сілезькому (16 355) та Малопольському (12 624) воеводствах. Серед українських регіонів лідером за кількістю створених підприємств соціально-медичної сфери приватної власності є Львівська область (1 371) [9; 10; 11].

Найбільше малих закладів соціально-медичної сфери, де працює до дев'яти осіб, – у Сілезькому воеводстві (15 865), найбільше великих – понад 250 осіб – у Львівській області (87). Суттєвого впливу на стан соціально-медичного забезпечення мешканців регіону, а відповідно, і на стан їх здоров'я та демографічну ситуацію, ці заклади не мають.

Як об'єкти для створення єдиного соціально-медичного простору на території регіону можна розглядати не тільки медичні заклади. Надання невідкладної соціально-медичної допомоги населенню регіону та ліквідацію медичних наслідків техногенного, природного та епідемічного характеру забезпечують центри медицини катастроф, станції і пункти швидкої медичної допомоги.

Отже, оцінивши українсько-європейські прикордонні регіони на предмет конкурентоспроможності транскордонної співпраці, можна висновувати, що вони характеризуються значною асиметричністю. Негативним можна вважати той факт, що українські області вирізняються в регіоні з-поміж інших учасників найбільш низьким рівнем забезпеченості як кадрами, так і матеріально-технічним

інвентарем. Отже, українські регіони повинні розглядати співпрацю в цьому транскордонному просторі на ринку соціально-медичних послуг між регіонами різних країн як таку, що може принести значну вигоду і підвищити рівень конкурентоспроможності на ринку.

III. Система реалізації соціально-медичних транскордонних проектів

Принципово важливим для формування моделі соціально-медичного розвитку прикордонних з ЄС територій України є те, що найбільший ефект від транскордонного співробітництва досягається тоді, коли не надто розвинена економічно територія межує із процвітаючими регіонами сусідньої країни. У такому випадку соціально-медичні заклади із більш розвиненої держави (особливо за підтримки з боку влади менш розвиненої країни) намагаються здійснювати іноземні інвестиції у прикордонних областях з метою зниження трудових та інших витрат, зазвичай для подальшого реекспорту. Можливий і інший варіант формування успішних соціально-медичних транскордонних комплексів, коли однаково високий рівень соціально-медичного розвитку суміжних територій сприяє активізації зустрічної торгівлі високоякісними послугами. Негативний ефект, який може вплинути на функціонування моделі соціально-медичного транскордонного співробітництва, здебільшого пов'язаний із наявністю політичних бар'єрів. Жорсткий візовий режим не лише ускладнює трудову міграцію, обмежує культурні та ділові контакти суміжних територій, призводить до зростання недовіри між населенням і підприємцями сусідніх регіонів, а й сповільнює розвиток господарських зв'язків у сфері.

Для прикордонних зон характерне їх невідгідне соціально-економічне розташування, яке є периферійним щодо національних центрів, що, своєю чергою, зумовлює відставання у розвитку порівняно з іншими регіонами. У багатьох країнах у прикордонних регіонах діє менш розвинута інфраструктура, проживає відносно незначна кількість населення. Міграція до центральних регіонів країн ще більш ускладнює наявні проблеми. Кордони в Європі мають так званий шлагбаумний характер, оскільки вони штучно роз'єднали етнічні групи, території, які колись входили до складу єдиних держав.

Сьогодні соціально-медичне транскордонне співробітництво в Україні стає одним із важливих напрямів європейської інтеграції, що здійснюється на регіональному рівні й починає займати провідне місце у процесі формування її регіональної політики. Поглиблення соціально-медичного

транскордонного співробітництва відкриє нові можливості для активізації господарської діяльності на периферійних прикордонних територіях і підвищення їх конкурентоспроможності шляхом мобілізації ресурсного потенціалу сусідніх територій. Таке об'єднання зусиль для вирішення регіональних соціально-медичних проблем найбільш ефективно здійснюється через реалізацію транскордонних проектів у сфері соціальної медицини, але за умови підвищення конкурентоспроможності ринку соціально-медичних послуг. Тому регіональна політика держави у сфері позиціонування українських регіонів і розвитку соціально-медичного транскордонного співробітництва повинна бути спрямована на організацію ефективної системи підготовки та забезпечення реалізації соціально-медичних транскордонних проектів (рис. 3).

Висновки. Зазначена система має бути адаптована до європейської, забезпечувати узгодження загальноєвропейських, національних та регіональних інтересів і передбачати здійснення таких важливих кроків, як: формування нормативно-правового середовища для соціально-медичного співробітництва; заохочення соціально-медичного співробітництва між територіальними органами влади і суб'єктами господарювання прикордонних територій з обох сторін кордону та створення спільних структур; виявлення спільних і подібних соціально-медичних проблем прикордоння, вибір пріоритетів у розвитку співробітництва; організація розробки соціально-медичних транскордонних проектів; формування системи державної підтримки соціально-медичного транскордонного співробітництва.

Література

1. Кифяк В. Особливості транскордонної співпраці у сфері туризму в контексті економічних відносин між Україною та Румунією (на прикладі єврорегіону Верхній Прут) / В. Кифяк // Регіон. економіка. – 2006. – № 1. – С. 237–241.
2. Грицяк І. Правове регулювання транскордонного співробітництва / І. Грицяк // Упр. сучас. містом. – 2004. – № 2/4-6(14). – С. 67–73.
3. Мікула Н. Єврорегіони: досвід та перспективи / Н. Мікула. – Львів : ІРД НАН України, 2003. – 222 с.
4. Ratti R. Borders and Regions in a Changing Europe – a Theoretical Framework / R. Ratti // Regional Contact. – 1997. – No 12. – С. 32–40.
5. Антонюк Л. Міжнародна конкурентоспроможність країн: теорія та механізм реалізації / Л. Антонюк. – К. : КНЕУ, 2004. – 276 с.
6. Горбатов В. Конкурентоспособность и циклы развития интегрированных структур бизнеса : монография / В. Горбатов. – Х. : ИНЖЭК, 2006. – 592 с.
7. Крячко Е. Влияние конкурентоспособности регионов Украины на их экономическое развитие и качество жизни населения / О. Гейман, Е. Крячко // Конкурентоспроможність: проблеми науки та практики : монографія. – Х. : ИНЖЕК, 2007. – С. 66–81.
8. OECD Reviews of Regional Innovation. Competitive Regional Clusters: National Policy Approaches, 2010.
9. Poland Central Statistical Office [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.stat.gov.pl/>
10. Statistical Office of the Slovak Republic [Electronic resource]. – Access mode : <http://portal.statistics.sk/>
11. Сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>

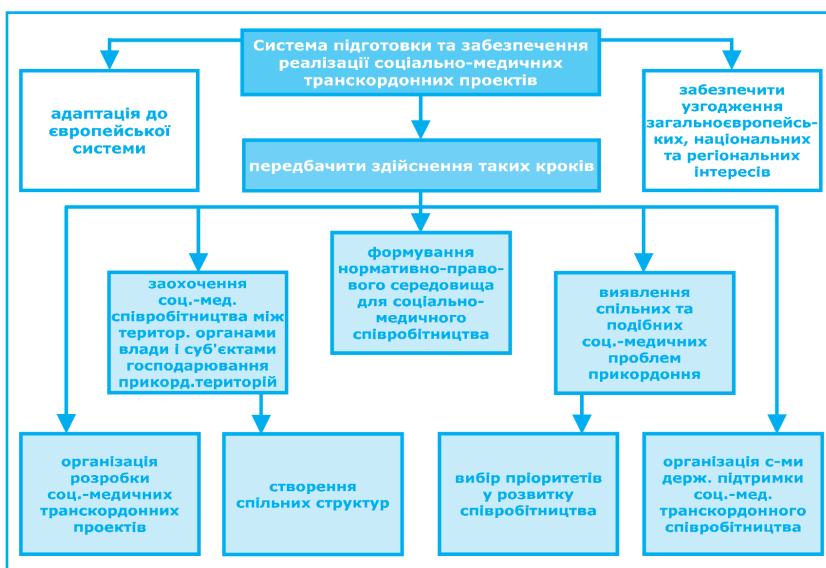


Рис. 3. Система підготовки та забезпечення реалізації соціально-медичних транскордонних проектів

Джерело: Побудовано автором

Стаття надійшла до редакції
2 лютого 2012 року