

- від не нижче 8,6 % на початку 79 річного часового інтервалу, до не нижче 4,5 % наприкінці цього 79 річного інтервалу;

- від не нижче 10,8 % на початку 44 річного часового інтервалу, до не нижче 5,7 % наприкінці цього 44 річного інтервалу.

Природно, що темпи розвитку можуть бути й вище, але така практична можливість не підтверджена в реальному житті на тривалих інтервалах часу.

Список використаних джерел

1. Стратегія економічного і соціального розвитку України (2004-2015 роки) "Шляхом Європейської інтеграції" / Авт. кол.: А.С. Гальчинський, В.М. Геєць та ін.; Нац. ін-т стратег. дослідж., Ін-т екон. прогнозування НАН України, Мін-во економіки та з питань європ. інтегр. України. - К.: ІВЦ Держкомстату України, 2004. - 416с.

2. Пахомов Ю.Н. Украина и Россия: эффекты взаимодополняемости и риски отторжения // Міжнародна науково-практична конференція "Національні економічні стратегії розвитку в глобальному середовищі" (21-23 квітня 2010 року) (наукові матеріали), м. Київ. - Київ: Національний авіаційний університет, 2010. - С. 19 - 35.

3. Пахомов Ю.М., Згуровський М.З., Філіпенко А.С. та ін. Геоелектронні сценарії розвитку і Україна. - К.: ВЦ "Академія", 2010. - 328с.

4. Міжнародний валютний фонд [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.imf.org>.

5. Наумова Л.М. Ретроспективний аналіз місця української економіки і рівня життя населення серед країн світу // Матеріали шостої міжнародної науково-практичної конференції "Україна і глобальна економіка: теорія і практика господарювання", 29-30.10.2010г. Симферополь. - Симферополь: "ДИАЙПИ", 2010. - С. 226 - 228.

6. Хорошаєв Є.С. Формування інтегративної фіскальної моделі в Європейському союзі: Автореф. дис... канд. екон. наук: 08.00.02 / Київський національний економічний університет ім. Вадима Гетьмана. - К., 2007. - 20с.

7. Наумов А.Ф. Залежність темпів економічного розвитку країн від розміру ВВП, що приходить на душу населення // Матеріали шостої міжнародної науково-практичної конференції "Україна і глобальна економіка: теорія і практика господарювання", 29-30.10.2010г. Симферополь. - Симферополь: "ДИАЙПИ", 2010. - С. 49 - 50.

УДК 339.97

НИКОНЮК К.О.,

ДВНЗ «Київський національний економічний університет
ім. В. Гетьмана», кафедра європейської інтеграції,
асистент

ЕВОЛЮЦІЯ ПОЛІТИКИ ЄВРОСОЮЗУ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Анотація. В статті розглянуто еволюцію компетенцій ЄС щодо творення та реалізації політики в сфері охорони здоров'я. Автором обґрунтовано поліструктурний характер регулювання ринку медичних послуг в ЄС, а також проаналізовано основні його структурні проблеми. За структурою витрат та рівнем розвитку виділено три основні групи ринків медичних послуг в межах ЄС.

Ключові слова: європейська соціальна політика, політика охорони здоров'я, вільний ринок, держава суспільного добробуту, ринок медичних послуг.

Resume. The article covers evolution of the EU competences in the sphere of creation and realization of health care policy. The author substantiates the polistructural regulatory character of the EU medical services market analyzing its main structural problems. Three main groups of the EU medical services markets are selected according to the structure of costs and the development level.

Key words: European social policy, European health policy, free market, social state, medical services market.

Постановка завдання. Низька ефективність національних систем охорони здоров'я в Європі призводить до пошуку урядами країн старого континенту нових механізмів та інструментів вирішення проблем на національному та наднаціональному рівнях. Сьогодні це питання постає особливо гостро, у зв'язку з розширенням компетенцій ЄС у соціальній сфері. Відповідно виникає необхідність вивчення особливостей нової поліструктурної моделі ринку медичних послуг ЄС, а також особливостей його сегментації.

Виходячи з цього **метою** статті є дослідження особливостей формування нової поліструктурної моделі ринку медичних послуг ЄС.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Стаття ґрунтується на роботах визнаних теоретиків євроінтеграційних процесів, таких як В. Волес та Г. Волес, Г. Маркс, Р. Патнам, С. Бартоліні, П. Еванс, а також на документах та угодах ЄС. Останні тенденції ринку проаналізовані за допомогою авторитетних видань: аналітичний звіт ОЕСР "Health at a glance", журнал BMJ.

Виклад основного матеріалу дослідження. Охорона здоров'я в Європейському Союзі є однією з найважливіших і водночас з найсуперечливіших сфер його соціальної політики, адже передбачає не тільки зближення механізмів регулювання, а й розробку та запровадження цілої низки спільних заходів. З одного боку, першочерговою місією цієї сфери є досягнення високої якості та ефективності медичних послуг за доступною ціною для широких верств населення, проте з другого боку – реалізація такої мети є практично не здійсненою, оскільки масштаби необхідної медичної допомоги досить стрімко перевищують задіяні ресурси як на локальному, так і на регіональному рівнях. Попит на медичні послуги постійно зростає, як результат високих темпів старіння населення європейського континенту та великих суспільних очікувань щодо загальної їх доступності. Водночас можна передбачити, враховуючи демографічні зміни, що відбуваються в ЄС та інтенсивний технологічний розвиток в ньому вартість задоволення попиту на подібного роду послуги поступово ставатиме все більш обтяжливою для платників податків.

Яскравим доказом наведеного вище можуть слугувати дані Євростату. В 2008 році країни Європейського Союзу в середньому витрачали 8,3% свого ВВП на охорону здоров'я (рис. 1), в порівнянні з 7,3 % в 1998, що в цілому відображає позитивну тенденцію. Разом з тим країнова розбіжність у цьому індикаторі була доволі контрастною від 6% на Кіпрі та в Румунії до 11% від ВВП у Франції. Традиційно високими були видатки в Австрії, Німеччині, Бельгії (понад 10%), медичні послуги в яких надавалися виходячи з принципу розумної достатності (Для порівняння, аналогічні витрати в США сягали 16%, проте на відміну від ЄС більшу частину цієї цифри становили страхові внески громадян) [8].

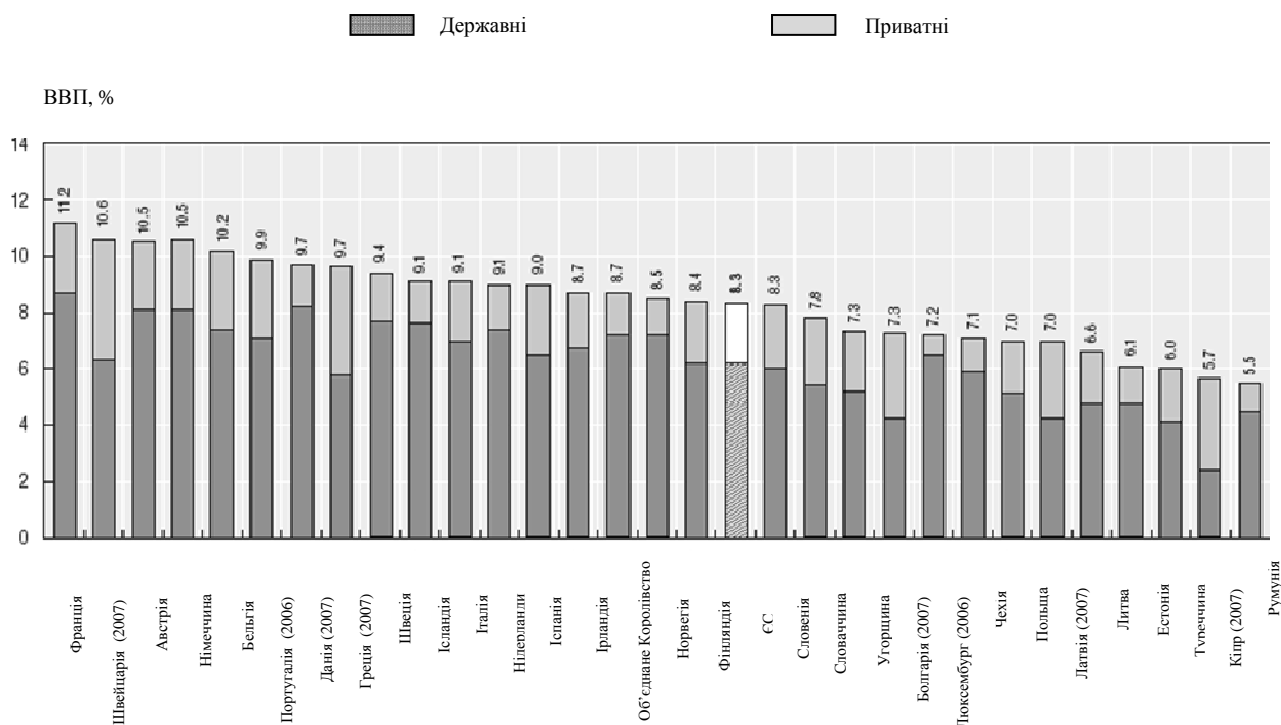


Рис.1 Питома вага витрат на охорону здоров'я (% ВВП) деяких держав Європи, 2008

Джерело: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

За даними Організації економічного співробітництва та розвитку за десять років (1998-2008) витрати на охорону здоров'я в середньому по країнах Європейського Союзу у розрахунку на душу населення щорічно зростали на 4,6%, що також зайвий раз підкреслює позитивну, щоправда докризову тенденцію (див.рис.2)[8].

Тим не менше і перший, і другий рисунки дають переконливі докази того, що приведені витрати на охорону здоров'я доволі чітко відбивають велику країнову диференціацію понять «доступність» та «якість».

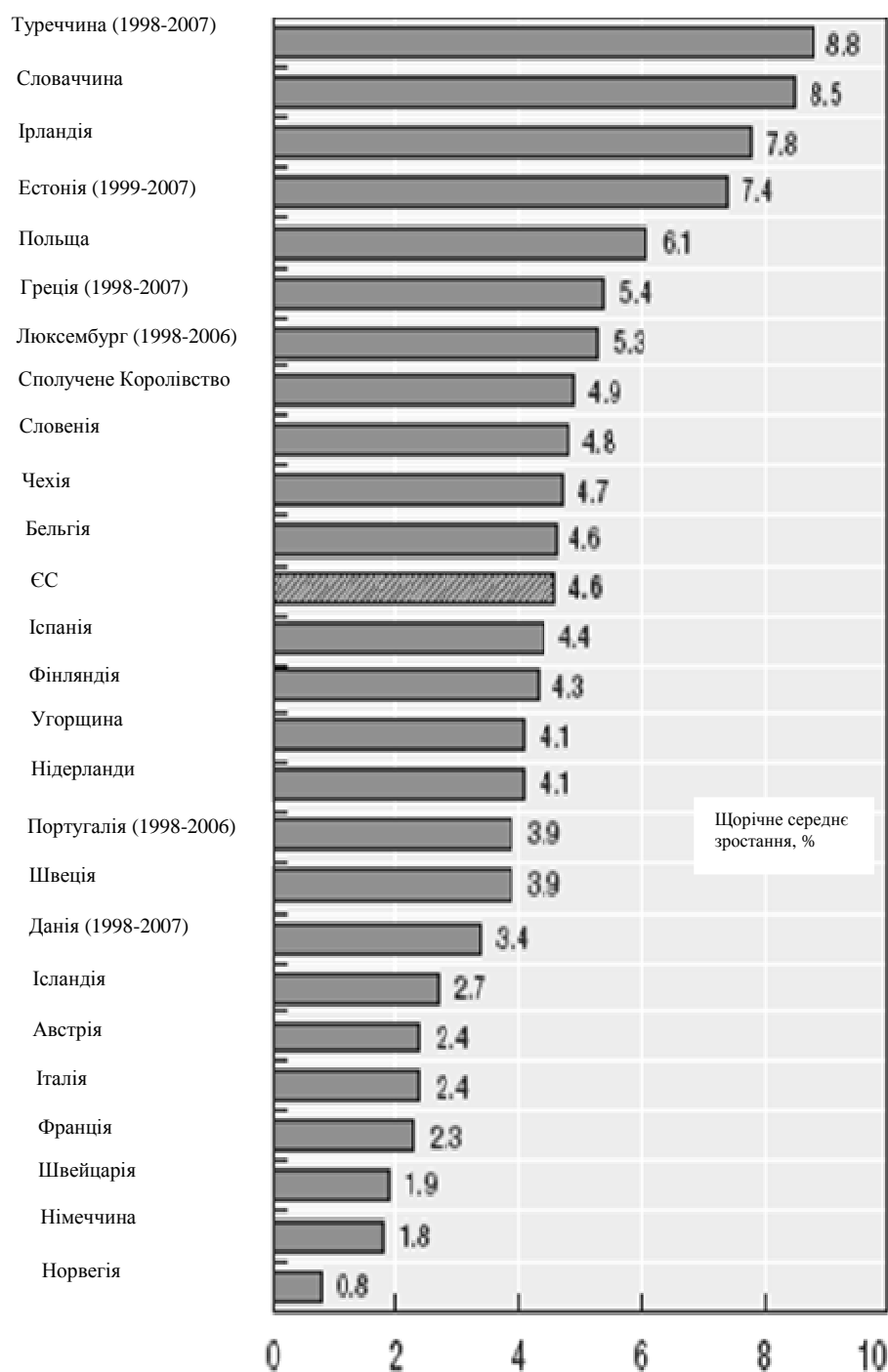


Рис.2 Середнє щорічне зростання витрат на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення (1998-2008)

Джерело: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Проведений автором аналіз дозволив встановити, що існує пряма залежність між показниками ВВП на душу населення та відповідними витратами на охорону здоров'я. Особливо чітко така тенденція проявляється в країнах Європейського Союзу: чим вищим є добробут у державі, тим витратнішою для неї стає медична галузь, втім навіть високий рівень фінансування не найкращим чином характеризує якісні параметри цієї сфери. Відтак цілком логічним постає питання про продуктивні і непродуктивні витрати громадян та національних бюджетів, які поєднуються з першими ознаками монополізації Європейського ринку медичних послуг (найбільш відчутним це стало у Швейцарії, громадяни якої нерідко лікуються у Німеччині).

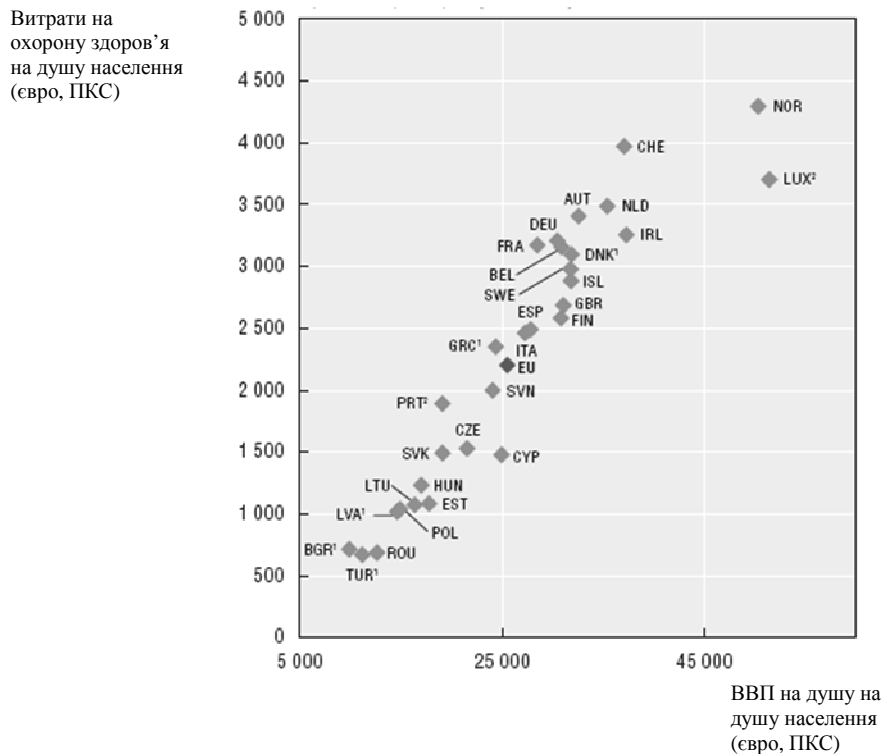


Рис. 3 Загальні витрати на охорону здоров'я населення та ВВП на душу населення в окремо взятих європейських країнах, 2008

Умовні позначки: BGR - Болгарія, TUR - Туреччина, ROU - Румунія, LVA - Латвія, POL - Польща, LTU - Литва, EST – Естонія, HUN - Угорщина, SVK - Словаччина, CYP - Кіпр, CZE - Чехія, PRT - Португалія, SVN - Словенія, EU - ЄС, ITA - Італія, GRC - Греція, ESP - Іспанія, FIN - Фінляндія, GBR - Великобританія, SWE, - Швеція, ISL - Ісландія, DNK - Данія, BEL - Бельгія, FRA – Франція, DEU - Німеччина, IRL - Ірландія, NLD - Нідерланди, AUT - Австрія, CHE - Чехія, LUX - Люксембург, NOR – Норвегія.

Джерело: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Наведений вище рисунок дозволяє провести своєрідну симетрію між європейськими державами як членами ЄС, так і тими, що претендують на вступ (Туреччина), а також тими, що не входять до цього інтеграційного угруповання. Умовна лінія знаходиться на показникові ВВП на душу населення в межах 25000 євро (ПКС) та 2500 євро витрат на одного жителя. Умовний поділ на два типи медичних сфер проходить по лінії ЄС-27. З нашої точки зору ця лінія симетрії медичних послуг в інтеграційному союзі має велике аналітичне значення і відображає суть країнових систем охорони здоров'я, адже вона являє собою індикативну модель дистанціювання кількісних та якісних характеристик комплексу медичних послуг, що визначають сформованість двох або більше економічно та географічно локалізованих ринків в межах існуючого – пан'європейського.

Навіть простий аналіз сформованості типів країн та проведення географічного селектування ринків дозволяє виокремити три основні групи:

- країни Центральної та Східної Європи (тобто тих, що упродовж 2004-2007 років стали членами ЄС). Цей ринок характеризують доволі високі відносні витрати країни (як відсотка ВВП), проте доволі низькі абсолютні відшкодування (тобто загальна частка витрат, що надходить до бюджету) на охорону здоров'я, а також швидка експансія якісних, проте дорогих медичних послуг на їхні ринки;

- середземноморський (Португалія, Словенія, Греція, Італія, Іспанія), можна назвати середньо розвиненим, адже для нього характерними є середні щодо ЄС показники витрат на охорону здоров'я (1800-2500 євро на одного жителя). Характерним є також перехід до моделі активного експорту медичних послуг (Італія, Іспанія);

- західноєвропейський, що характеризується високими витратами, високою якістю, активним експортом медичних послуг.

Наведені вище спільні та відмінні риси у моделях охорони здоров'я, не тільки не зменшують, а й, навпаки, активно стимулюють процес реструктуризації та раціоналізації надання медичних послуг, з метою оптимізації витрат. Водночас такі дії потребують й фіскальних реформ, головною метою чого стає зниження рівня оподаткування певних видів діяльності, що надаються, задля того, щоб розширити обсяги попиту на медичні послуги через збільшення їх цінової доступності. Якщо така ідея у галузі медичних послуг стане

домінуючою, то основні її механізми мають бути узгоджені всіма країнами-учасницями та схвалені громадянами ЄС, що на практиці є надзвичайно складним завданням. Паралельно з цим необхідно вирішувати глобальну проблему покращення здоров'я населення, що включає в себе профілактику захворювань, боротьбу з епідеміями, невиліковними хворобами, поширення інформації та проведення просвітницької та профілактичної роботи.

Основними перешкодами на шляху вирішення всіх вищеперерахованих питань можна назвати такі фактори як повільний характер конвергенції країнних систем охорони здоров'я, складність гармонізації законодавств, і, найголовніше, чітке селектування механізмів та інструментів спільної політики у даній галузі, які на цей час мають доволі складну і певною мірою заплутану систему регулювання.

Європейський процес формування секторальних політик є досить екстраординарним, адже інтегрує в собі доволі суперечливі риси:

- багаторівневність;
- багатодержавність;
- багатофункціональність.

Відомі європейські дослідники Гелен та Вільям Волес пояснюють багаторівневність (у нашому розумінні – поліструктурність) існуванням глобального та локального осередків прийняття та реалізації цілої низки політичних рішень. На думку цих науковців, європейська секторальна політика, насамперед у сфері охорони здоров'я, може формуватися на основі:

- місцевої політики (окремі адміністративні області);
- регіональної політики;
- політики національних держав;
- політики груп окремих країн (Бенілюксу, Скандинавських країн)
- політики ЄС;
- політики глобальних організацій [1].

Описаний вище спосіб творення політики дає чимало переваг, оскільки дозволяє досягти поставлених завдань багатьма способами, зокрема використовуючи численні та різноманітні ресурси наявні в різних осередках (Bartolini, 1998)[2]. Підхід запропонований Патнамом (Putnam, 1988)[3], а потім доповнений Евансом (Evans, 1993)[4], акцентує увагу на так званих дворівневих іграх, які якнайкраще пояснюють взаємодію між рівнем ЄС та рівнем окремих країн у процесі вироблення політик. Згідно з теорією дворівневих ігор, ключова роль у прийнятті рішень належить саме державі, як домінуючому утворенню, що використовує участь у інтеграційному союзі задля реалізації своїх національних інтересів. Діаметрально протилежної точки зору дотримуються прихильники теорії багаторівневого управління в межах ЄС. Так, Маркс (Marks, 1996)[5] стверджує, що з розвитком процесів європейської інтеграції, роль держави у творенні політики поступово послаблюватиметься, поступаючись при цьому консолідованій дії наднаціональних структур.

На прикладі політики у галузі охорони здоров'я можна наочно проілюструвати багаторівневий характер політичного процесу в ЄС за допомогою діаграми Вена (кореляційна діаграма) (див. рис.4.)

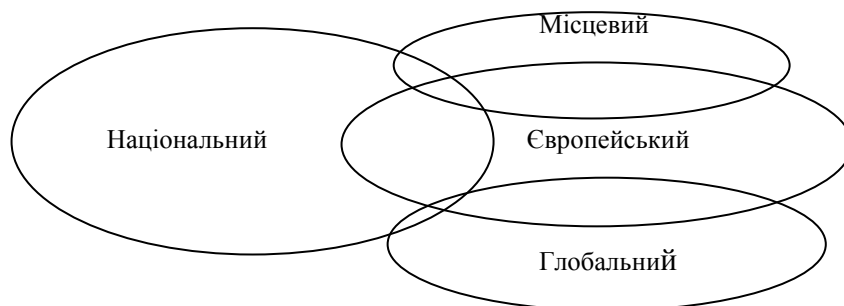


Рис. 4 Осередки формування політики в сфері охорони здоров'я [1]

Як видно з діаграми, політичні рішення у сфері охорони здоров'я ЄС приймаються у різних осередках – державних, міждержавних та позадержавних, одночасно або ж послідовно, що з одного боку є позитивним явищем через комплексність чого та велику кількість ресурсів чийх задля реалізації політики, але з другого боку, проблематичною є висока складність узгодження іноді полярних інтересів та позицій сторін з приводу питань, що становлять певну економічну або соціальну цінність.

Вступ останніх 26-ої та 27-ої країн (Болгарії та Румунії), лише підкреслив багатодержавну (багатосторонню) сутність політичного процесу в Європейському Союзі. Зокрема при прийнятті рішень щодо політики у галузі медичних послуг необхідно враховувати традиції, а також культурні, історичні, ментальні особливості всіх держав-учасниць, не кажучи вже про рівень соціально-економічного розвитку. Деякі дослідники (Abeles, 1996) [6] нівелюють дану проблему, говорячи про поступове формування так званого спільного європейського стилю прийняття рішень: національні посадовці з часом набувають певних навичок ведення переговорів, які дозволяють усувати суперечності між національними та європейськими рівнями

управління. Проте складність конвергенції держав Європейського Союзу насамперед у медичній сфері щодо спільного регулювання ринку охорони здоров'я сіє сумніви щодо стабільності та універсальності так званого «європейського стилю».

Унікальність ЄС, як міждержавного утворення, полягає також у регулюванні великої кількості політичних сфер, що зумовлює багатofункціональність всього системного процесу. Наслідком цього явища є те, що досить часто при прийнятті рішень у певній сфері діяльності необхідно досягти не тільки міждержавних, а й міжсекторних компромісів. Так, наприклад, підтримка певних програм у сфері надання медичних послуг може зачіпати інтереси виробників медичної техніки або ж фармацевтичних компаній, що вимагає певної узгодженості з політикою конкуренції та промисловою політикою Європейського Союзу.

Треба відзначити, що складнощі у творенні політики охорони здоров'я виникали на всіх етапах розвитку європейської інтеграції. Лідери Європейського Союзу повсякчас прагнули до змін у даній сфері, вважаючи її однією з пріоритетних для досягнення високих соціальних стандартів для громадян. В той же час національні уряди всіляко обстоювали своє право на невтручання ЄС у регулювання ринку медичних послуг. Так, згідно з Маастрихтським договором (1992 рік) Європейському Союзові надавалися певні повноваження щодо «заохочення кооперації між державами-членами» і «якщо це буде необхідним, надавати допомогу у реалізації завдань національних політик» щодо охорони здоров'я (стаття 129(1)). Європейський Союз отримав право витрачати кошти на проекти, що стосувалися охорони здоров'я на європейському рівні, проте в угоді містилася чітка заборона щодо створення законів у галузі гармонізації національних систем охорони здоров'я (стаття 129 (4))[9].

У Амстердамському договорі 1997 року були переглянуті та зміцнені повноваження ЄС у сфері політики охорони здоров'я. Згідно з договором, ЄС мав гарантувати «високий рівень захисту здоров'я людини» шляхом «визначення та впровадження всіх політик та заходів» і активно співпрацювати з державами-учасницями задля покращення стану здоров'я громадян ЄС, запобігання хворобам та «уникнення можливих загроз здоров'ю людей» (стаття 152 (1)). Так чи інакше за невеликими виключеннями гармонізація законодавства у галузі охорони здоров'я все ще заборонялася. Відповідно до статті 152 (4,5) угоди ЄС повинен беззаперечно поважати повноваження країн-членів щодо організації та надання медичних послуг й медичної допомоги населенню[9].

Лише 1999 року, внаслідок кризових явищ щодо безпеки продуктів харчування, Європейська Комісія на чолі з Романо Проді проголосила створення Генерального директорату з питань охорони здоров'я та безпеки споживачів. Ця подія заклала основи до подальшого інституційного розширення компетенцій ЄС у сфері охорони здоров'я. Крім того, (див. табл. 1) з поглибленням інтеграційних процесів проявилися автоматичні впливи ЄС на політику охорони здоров'я, не пов'язані зі створенням певних інституцій, зокрема й Генерального директорату з питань охорони здоров'я та захисту споживачів[9].

Таблиця 1.

Основні способи творення політики у сфері охорони здоров'я Європейського Союзу

Вид	Ознаки
Прямий	Європейський Союз визначає основні завдання політики охорони здоров'я, а також механізми її реалізації: законодавчий, створення фондів та кооперація між країнами-учасницями. В даному випадку ЄС спирається не тільки на статтю 152 угоди про ЄЕС (громадське здоров'я). Наприклад законодавство щодо контролю тютюнової галузі підпадає під компетенцію ЄС у сфері регулювання внутрішнього ринку, тоді як боротьба з інфекційними хворобами стосується повноважень ЄС щодо допомоги у галузі розвитку та досліджень.
Непрямий	ЄС за мету ставить вирішення певного питання, що не стосується охорони здоров'я, проте наслідком даної діяльності є певні видозміни або результати щодо здійснення політики охорони здоров'я. Так, наприклад, встановлення певних загальних стандартів щодо якості товарів, безпосередньо вплинули на безпечність ліків, що поширюються Євросоюзом.
Опосередкований	В процесі реалізації економічної або соціальної політики виникають незаплановані ефекти у галузі охорони здоров'я, створюється певний закон або угода, що в подальшому виявляють вплив на політику охорони здоров'я. Наприклад, рішення Європейського Суду, щодо вільного руху пацієнтів.

Джерело: [9]

Подальше поглиблення взаємозв'язків між країнами-членами та розширення повноважень наднаціональних органів ЄС є об'єктивним та невідворотним процесом, а отже у національних систем охорони здоров'я залишатиметься все менше шансів бути ізольованими від загальноєвропейських процесів та законів. Для прикладу можна навести дві дерективи ЄС, що докорінно змінили британську медицину: перша з них мала відношення до докторів та друга – про робочий час; водночас жодна з них не мала відношення до політики спільноти щодо охорони здоров'я. Директива про докторів (70-80 роки) мала на меті полегшення вільного руху працівників в межах союзу. Відповідно до неї скорочувався строк практичної діяльності лікаря, який надавав йому стандартизований в межах ЄС рівень кваліфікації для проведення діагностичних, профілактичних та лікувальних заходів. Дана директива по суті стала основною подією в медичній сфері Великобританії в 90-ті

роки, оскільки створила передумови для виживання невеликих госпіталів. Інша ж директива про робочий час взагалі стала революційною для медичної системи Великобританії, оскільки відкрила можливості для розширення попиту на медичних працівників, введення позмінної роботи та передумови до міграції спеціалістів із Східної та Центральної Європи.

Неможливо оминати увагою вагому роль Європейського Суду (зокрема так зване прецедентне право) у розширенні повноважень ЄС щодо політики охорони здоров'я. У цьому процесі вагому роль відіграли судові справи «Kohl» та «Decker» [10]. Перша справа стосувалася лікування громадянина Люксембургу у німецькій клініці, що мотивувалося більшою економічною вигодою. Натомість в другій справі йшлося про придбання окулярів у бельгійській оптиці за люксембурзьким рецептом. Обидва позивальники вимагали через Європейський Суд змусити уряди країн компенсувати їхні витрати. Після ретельного розгляду клопотання були задоволені. Дані рішення зачепили такі важливі питання як співвідношення засад вільного ринку та інституційно автономних держав суспільного добробуту в межах ЄС. У описаних вище підходах яскраво проявила себе проблема ускладнення регуляторних процесів у медичній сфері насамперед на рівні Європейського Союзу, оскільки ця сфера, з одного боку, містить ринкові ознаки та механізми, а з другого – важливу соціальну складову, що й змушує національні уряди так жорстко відстоювати її автономність. Позитивне вирішення зазначених вище справ означало проголошення пріоритету ринку, а саме:

- постачальники медичних послуг з різних країн повинні мати рівні умови зі своїми місцевими конкурентами в межах ЄС;
- попит споживачів на медичні послуги не повинен обмежуватися кордоном певної держави-члену;
- принцип свободи підприємницької діяльності зокрема у медичній сфері не може бути обмеженим: надання послуг в одній з держав ЄС не має бути складнішим ніж у будь-якій іншій.

Процес балансування між ринком та інституційно автономними державами суспільного добробуту є динамічним процесом, що відображається у нормативно-правових актах Європейського Союзу. Зокрема вже у Лісабонській угоді (2009) зазначається, що держави-члени не здатні самостійно вирішити проблеми охорони здоров'я, тому органи Європейського Союзу повинні всіма можливими засобами доповнювати національні політики та заходи у цій сфері, а також сприяти гармонізації національних систем охорони здоров'я, з метою підтримання та розвитку основних засад спільного ринку: вільного руху товарів, послуг, людей та капіталу. У відповідності до положень Лісабонської угоди в процесі постійної взаємодії так званого інституційного трикутника: Парламент, Комісія та Рада – мало стати створення нової програми Європейської Комісії щодо політики ЄС у сфері охорони здоров'я, так званої «Білої книги», що має назву «Разом до здоров'я: стратегія Європейського Союзу на 2008-2013 роки». Основні засади нової політики відображаються у наступних її принципах [11]:

1. «Стратегія, що базується на спільних цінностях» – політика охорони здоров'я, як внутрішня так і зовнішня, повинна базуватися на зрозумілих цінностях. Всі системи охорони здоров'я в межах ЄС повинні відповідати загальним принципам – універсальності, високої якості медичних послуг та солідарності.
2. «Здоров'я – найбільше багатство» – визнається першочерговий вплив стану здоров'я населення на економічну продуктивність та добробут суспільства.
3. «Здоров'я в усіх політиках» - прийняття будь-яких політик в середині ЄС повинні враховувати пріоритет охорони здоров'я громадян ЄС.
4. «Посилення ваги голосу ЄС у питання глобального здоров'я». Як юридична особа ЄС від свого імені вступатиме у співробітництво з міжнародними організаціями, такими як ВОЗ, або інші відповідні агенції ООН, Світовим Банком, МОП, ОЕСР та Радою Європи, а також з іншими стратегічними партнерами та країнами.

З положень Лісабонської угоди та Білої книги випливає, що проблема подальшого розширення повноважень ЄС у галузі творення та реалізації політики охорони здоров'я є питанням часу. Крім того все відчутнішою стає необхідність у гармонізації національних законодавств та конвергенції країнових моделей організації та систем регулювання ринків медичних послуг.

Висновки:

1. Вирішення проблем у галузі охорони здоров'я ЄС потребує реорганізації та раціоналізації надання медичних послуг задля скорочення витрат та задоволення платоспроможного попиту. З цією метою необхідним є виокремлення в межах пан'європейського ринку трьох специфічних груп ринків, що відрізняються за структурою витрат на охорону здоров'я, а також за рівнем розвитку: західноєвропейського, середземноморського та ринку країн Центральної та Східної Європи.
2. Обґрунтовано об'єктивні причини та особливості формування в межах ЄС поліструктурної моделі регулювання ринку медичних послуг. В зв'язку з цим охарактеризовано основні особливості творення соціальної політики та політики з охорони здоров'я, такі як багаторівневність, багатосторонність та багатофункціональність.
3. За допомогою нормативно-правових актів досліджено процес еволюції компетенцій ЄС у регулюванні ринку медичних послуг. Відповідно до цього обґрунтовано неминучість втручання ЄС у розвиток національних систем охорони здоров'я, через боротьбу в них постулатів вільного ринку та держав суспільного добробуту. Визначено основні методи впливу на галузь як на національному, так і на наднаціональному рівні, а також те, якими можуть бути соціальні та економічні ефекти.
4. Проаналізовано основні положення Лісабонської угоди та Білої книги «Разом до здоров'я: стратегія Європейського Союзу на 2008-2013 роки», що дозволяє зробити висновки про поглиблення інтеграційних

процесів у сфері регулювання ринку медичних послуг до органів ЄС, що проявиться вже в недалекому майбутньому у конвергенції національних моделей охорони здоров'я, а також гармонізації національних законодавств, з метою уніфікації та стандартизації надання медичних послуг громадянам ЄС.

Список використаних джерел:

1. Wallace H., Wallace W. Policy making in the European Union 4th edition//Oxford University Press 2000 – P.267-292.
2. Bartolini S. Exit options, Boundary Building and Political Structuring/ European University institute Working Papers, No SPS 98/1 (Florence: European University Institute), 1998.
3. Putnam, R. D. Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-Level Games, International organization, 43/2: 427-60, 1988.
4. Evans P.B., Jacobson H.K. and Putnam R.D. Double-Edged Diplomacy: International Bargaining and Domestic Politics (Berkeley: university of California Press), 1993.
5. Marks G., Hooghe L., Blank K. European Integration from the 1980s: State-Centric v. Multi-level Governance, Journal of Common Market Studies, 34/3: 341-78, 1996.
6. Abeles, M. En attente d'Europe (Hachette: Paris), 1996.
7. Dr.med. Elke Jakubowski Health care systems in the EU. Directorate-General for Research//Division for Policies on Social Affairs, Women, Health and Culture, Luxemburg, 1998 – p. 9-27.
8. Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. – p. 104-106
9. Ben Duncan Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it// BMJ, Brussels, Belgium, VI. 324, April ,2002.
10. Is a European healthcare policy emerging? //BMJ Brussels, Belgium, 2002, VI. 323 ,4 August, 2001.
11. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES Brussels, 23.10.2007

УДК 334.716:568.155

ОБНЯВКО О.В., к.е.н., доцент
САБАДИРЬОВА А.Л., к.е.н., доцент
Одеський державний економічний університет

УДОСКОНАЛЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ ПРОМИСЛОВОГО ПІДПРИЄМСТВА

Світова ринкова економіка має чітко виражену корпоративну спрямованість, а глобальний ринок є ринком корпорацій. Ефективність корпоративних структур в світовій практиці забезпечується на основі інвестиційних ресурсів та інноваційної діяльності. Проте, корпоратизація промисловості в кожній країні пов'язана з конкретними економічними та соціальними умовами, основними з яких є відносини власності та пов'язані з ними внутрішні корпоративні зв'язки, методи та прийоми корпоративного управління. Корпоративна форма власності в постіндустріальних країнах світу витісняє приватну, віддає переваги інноваційному розвитку виробництва. Аналіз досвіду діяльності підприємств корпоративної власності в Україні, проведений інститутом економіки та прогнозування НАН України, показує загальну тенденцію: хоча підприємства державної та державно-корпоративної власності займають тільки 2% у загальній кількості промислових підприємств, саме вони характеризуються найвищою активністю майже за всіма напрямками інноваційної діяльності [1, с. 389]. Особливий інтерес викликають моделі механізмів організації і координації корпоративного управління, що використовуються на промислових підприємствах України, основними елементами яких є інтелектуальний, людський, соціальний капітал, структура акціонерного капіталу, корпоративне право, корпоративна культура, нормативне та інформаційне забезпечення тощо.

Функціонування підприємства, організація і координація управління його елементами (підрозділами) забезпечується через внутрішній економічний механізм. Згідно з загальноприйнятим підходом у вітчизняній економічній літературі, економічний механізм діє через економічні інтереси та складається з комплексу економічних способів, методів, нормативів, показників, за допомогою яких реалізуються об'єктивні економічні закони. Традиційно вважається, що структура цього механізму визначається через: організаційно-технічну систему або формування вертикальних зв'язків між підрозділами та адміністративним центром і горизонтальних зв'язків між окремими підрозділами; систему планування діяльності підприємства; систему оцінки та контролю за результатами діяльності підрозділів; установалення матеріальної відповідальності підрозділів; дію мотиваційного механізму функціонування.

Зв'язок проблеми побудови системи внутрішньоекономічного механізму з важливішими науково-практичними завданнями складається в тому, що питання вивчення наукових засад удосконалення цієї системи є передумовою усунення суттєвих недоліків існуючої практики з метою подальшого удосконалення управління підприємствами. Проблема створення чіткої та цілеспрямованої системи внутрішньогосподарського