

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Гапонова Еліна Олександрівна

УДК 339.9:[339.1 – 027.543:620.9]

ДИСЕРТАЦІЯ
«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СВІТОВОГО РИНКУ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ»

Спеціальність 08.00.02 – «Світове господарство
і міжнародні економічні відносини»
(Економічні науки)

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Е. О. Гапонова

Науковий керівник

Сідоров Вадим Ігорович, кандидат економічних наук, професор

Харків – 2019

АНОТАЦІЯ

Гапонова Е. О. Сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.02 – світове господарство і міжнародні економічні відносини (Економічні науки). – Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, Харків, 2019.

Дисертація присвячена поглибленню теоретико-методичних засад дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, а також обґрунтуванню стратегічних пріоритетів інтеграції України у світовий ринок медичних послуг в контексті його інформатизації.

На основі систематизації існуючих підходів до розуміння сутності та специфіки медичної послуги в системі охорони здоров'я обґрунтовано структуру ринку медичних послуг за різними критеріями: економічним призначенням, конкурентними структурами, характером власності на засоби виробництва, географічною ознакою, ступенем легальності, ступенем оплати, рівнем надання послуг, спеціалізацією, віковою ознакою, характером контакту з пацієнтом.

Проведений аналіз дав змогу розкрити специфіку світового ринку медичних послуг як сегменту світового ринку послуг, виділити їх спільні риси та виокремити основні характеристики сутності поняття «світовий ринок медичних послуг», що дозволило його уточнити. Світовий ринок медичних послуг в роботі пропонується трактувати як сегмент світового ринку послуг, особливу сферу міжнародного товарного обміну, яка характеризується стійкими, систематичними операціями з обміну медичними послугами, включаючи медичні технології, вироби медичної техніки, методи організації медичної діяльності, фармакологічні засоби, лікарський вплив, заходи з профілактики захворювань тощо, спрямованими на якісну зміну показників здоров'я людини, а також стандартизується, регламентується і регулюється спеціальними органами та організаціями на різних рівнях.

У роботі обґрунтовано глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг, які включають функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок; діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі; лібералізацію торгівлі медичними послугами; монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК; утворення медичних кластерів; розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання; використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги; створення умов для розвитку медичного туризму; інтернаціоналізацію медичної освіти; міжнародну міграцію медичних фахівців. Аналіз їх практичних проявів довів, що всі глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг пов'язані між собою і розповсюджуються з різними наслідками для країн світу.

На основі аналізу методичного апарату дослідження ринку медичних послуг запропоновано структурно-логічну схему дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, яка спирається на комплексне використання загальних та спеціальних методів дослідження.

Доведено, що глобальні процеси проникають в усі структури суспільства і впливають, у тому числі, й на систему охорони здоров'я, яка є сьогодні одним із найбільш швидко зростаючих секторів світового господарства. При цьому, саме технологічний рівень і якість медичних послуг, що надаються, обумовлюють їх позиції на світовому ринку і служать головними критеріями вибору для споживачів з різних країн світу. Обґрунтовано, що невпинний розвиток та структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг відбуваються під впливом низки глобалізаційних чинників: демографічних, фінансових, оперативних, регулятивних та інноваційних.

На основі аналізу запропонованої ВООЗ класифікації систем охорони здоров'я, з точки зору світового досвіду їхнього практичного використання за країнами світу, а також переваг та недоліків, доведено, що у сучасному світі не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні

розробки в галузі охорони здоров'я, тому якість надання медичної допомоги в тій чи іншій країні не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та обсягів ВВП.

Проведений аналіз багатосторонніх угод в межах СОТ, що визначають механізми та напрями лібералізації світової торгівлі медичними послугами на світовому ринку послуг, дав змогу зробити висновок, що СОТ вже зараз має широкі можливості впливу на розвиток та функціонування системи охорони здоров'я у країнах-учасницях, а у подальшому сприятиме формуванню глобальної системи охорони здоров'я, в якій національні системи охорони здоров'я будуть виступати системоутворюючими складовими.

На основі аналізу напрямів міжнародної торгівлі медичними послугами (транскордонні угоди, медичний туризм, комерційна присутність фірм і фізична присутність медичного персоналу за кордоном) з точки зору їхнього змісту, основних країн-учасниць та наслідків лібералізації торгівлі для країн-експортерів та країн-імпортерів доведено, що лібералізація торгівлі медичними послугами має як позитивні, так і негативні наслідки для усіх країн світу. З одного боку, лібералізація є драйвером розвитку світового ринку медичних послуг, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги та рівного доступу населення до неї. З іншого боку, враховуючи різний рівень розвитку національних економік та національних систем охорони здоров'я, лібералізація торгівлі медичними послугами може призвести до негативних наслідків – стагнації національних систем охорони здоров'я та зменшення доступності різних груп населення до медичних послуг у країнах-експортерах.

Визначено, що сучасний медичний прогрес пов'язується з розвитком все більш складних і дорожчих технологій, впровадженням високотехнологічних втручань. Технологізація надає найглибший вплив на медицину, як на систему організації охорони здоров'я, взаємини лікаря з пацієнтом, так і на лікарське мислення в цілому, медичну освіту, політику наукових досліджень у цій сфері тощо. Доведено, що мобільна охорона здоров'я/медицина (mHealth) дає змогу пацієнтам отримати широкий доступ до медичних

послуг, здійснювати профілактику, моніторинг та лікування захворювань у режимі реального часу, а розвиток цієї галузі сприятиме впровадженню нових стандартів надання медичної допомоги, збільшенню її обсягу і якості та, за рахунок цього, підвищенню якості та тривалості життя населення.

Дослідження особливостей розвитку національної системи охорони здоров'я України довело, що в цілому український ринок медичних послуг характеризується великою ємністю та потенціалом для подальшого розвитку. Особливо це стосується приватного його сегменту, представленого мережею профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних закладів та організацій з висококваліфікованими фахівцями, що надають якісні медичні послуги з відносно низкою їх вартістю, порівняно з іншими країнами світу. Саме через ці причини, а також через вигідне територіальне розташування та спрощений візовий режим він є привабливим для медичного туризму.

За допомогою методу DEA у роботі проведено оцінювання ефективності функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України за такими параметрами, як частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП; частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення; частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я; кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення. Результати аналізу довели, що за всіма дослідженими показниками найбільш ефективними є системи охорони здоров'я є у Андоррі, Сан Маріно, Швейцарії, Ізраїлі, Ісландії та Люксембурзі, що пояснюється наявністю в них таких національних переваг, як відносно малий і вузькоспеціалізований обсяг внутрішнього ринку медичних послуг, активне використання сучасних медичних технологій, у тому числі за рахунок інвестування у розвиток медичної інфраструктури, поширення форм медичного страхування тощо.

Щодо України, результати проведеного дослідження свідчать, що рівень ефективності української національної системи охорони здоров'я за всіма показниками є нижчим за середньосвітовий. Зроблено висновок, що Україна має великий потенціал для підвищення ефективності національної системи

охорони здоров'я на основі реформування галузі за такими напрямками, як зміна принципів фінансування, впровадження сучасних медичних технологій, інвестування у розвиток медичної інфраструктури тощо.

На основі оцінювання ефективності національної системи охорони здоров'я України з урахуванням напрямів її реформування, обґрунтовано стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового: забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей, оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання на основі світових досягнень для надання якісних медичних послуг; акредитація медичних закладів з урахуванням вимог міжнародних стандартів, забезпечення незалежного контролю якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я всіх форм власності й підпорядкування; ефективне впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, сучасних наукових розробок щодо профілактики та лікування захворювань та інших медичних досліджень у клінічну практику; розвиток кадрового потенціалу, підвищення вимог щодо якості підготовки медичних працівників та їх відповідальності за якість наданих медичних послуг; розвиток медичного туризму, у тому числі розробка й використання маркетингових програм щодо можливості отримання медичних послуг; розвиток франчайзингу в системі охорони здоров'я. Розроблено механізм інтеграції національного ринку медичних послуг до світового, який на основі обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку українського ринку медичних послуг передбачає визначення складових інтеграційного процесу його залучення до світового, якими є низка заходів та фінансових важелів.

Практичні рекомендації та пропозиції, викладені в дисертації, використані в роботі Департаменту економіки і міжнародних відносин Харківської обласної державної адміністрації при підготовці звітів щодо зовнішньоекономічної діяльності, а також при підготовці аналітичних матеріалів до зустрічей керівництва Харківської області з іноземними делегаціями з питань розвитку

міжнародного співробітництва (довідка № 01-23/1058 від 11.03.2018 р.), Департаменту міжнародного співробітництва Харківської міської ради при підготовці звітів щодо зовнішньоекономічної діяльності, а також при підготовці аналітичних матеріалів до зустрічей керівництва міста з іноземними делегаціями з питань розвитку міжнародного співробітництва (довідка № 253/01-01-26 від 22.02.2018 р.), а також у роботі Комунального закладу охорони здоров'я Балаклійської районної ради «Балаклійська центральна клінічна районна лікарня» для підготовки науково-практичних конференцій, зустрічей іноземних делегацій, навчання медичних працівників з питань сучасних принципів організації охорони здоров'я та особливостей ринку медичних послуг у країнах ЄС, а також розробки організаційних заходів щодо надання медичних послуг іноземним громадянам як можливого напрямку розвитку медичного туризму в Харківській області (довідка № 510/1 від 22.02.2018 р.).

Ключові слова: світовий ринок медичних послуг, галузь охорони здоров'я, глобалізація, лібералізація світової торгівлі медичними послугами, медичний туризм, механізм інтеграції національного ринку медичних послуг.

ABSTRACT

Gaponova E.O. Modern trends in the development of the world market for medical services. – Qualification research paper as a manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Economics: Specialty 08.00.02 – World Economy and International Economic Relations. – V.N. Karazin Kharkiv National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, 2019.

The dissertation is devoted to deepening of theoretical and methodological principles of research of modern tendencies and prospects of development of the world market of medical services, as well as development of strategic priorities of development of the Ukrainian market of medical services and its effective integration into the world.

Based on the systematization of existing approaches to understanding the nature and specifics of medical services in the health care system, the structurization of the

medical services market is justified on the basis of different criteria: economic purpose, competitive structures, nature of ownership of the means of production, geographical origin, degree of legality, degree of payment, level of provision services, specialization, age mark, the nature of contact with the patient.

The analysis made it possible to reveal the specifics of the world market of medical services as a segment of the world market of services, to highlight their common features and to distinguish the main characteristics of the essence of the concept of «world market of medical services», which allowed it to be clarified. The world market for medical services is proposed to be interpreted as a segment of the world market of services, a special field of international commodity exchange, characterized by persistent, systematic medical exchange operations, including medical technologies, medical equipment products, methods of medical activities, pharmacological agents, medical effects, measures for the prevention of diseases, etc., aimed at qualitative changes in human health indicators, as well as standardized, regulated and regulated by special hanamy and organizations at different levels.

The paper substantiates the globalization trends of the world market of medical services, which include the functioning of international organizations regulating the market; the activities of interstate, community (non-governmental) organizations, charitable foundations for the provision of medical care in the world; liberalization of trade in medical services; the monopolization of the global pharmaceutical market by TNCs; the formation of medical clusters; development of modern methods of treatment, medical technologies and equipment; the use of international standards for the provision of medical care; creation of conditions for the development of medical tourism; internationalization of medical education; international migration of health professionals. An analysis of their practical manifestations has shown that all globalization trends in the development of the world market for medical services are interlinked and spread to different consequences for the countries of the world.

On the basis of the analysis of the methodical apparatus of the research of the market of medical services, a structural-logical scheme of research of modern

tendencies of development of the world market of medical services is proposed, which is based on the complex use of general and special research methods.

It is proved that global processes penetrate into all structures of society and affect, including, the health care system, which is today one of the fastest growing sectors of the world economy. At the same time, the technological level and quality of the provided medical services determines their position on the world market and serve as the main criteria of choice for consumers from different countries of the world.

It is substantiated that unsustainable development and structural changes in the world market of medical services are being influenced by a number of globalization factors: demographic, financial, operational, regulatory and innovative.

On the basis of the analysis of WHO classification of health systems, from the point of view of world experience of their practical use by countries of the world, as well as advantages and disadvantages, it is proved that in the modern world there is no universal model of health care organization that could be successful. act in any conditions. Many countries use their own, sometimes unique, healthcare developments, so the quality of medical care in one or another country does not always depend on its economic potential, population size and GDP.

The analysis of multilateral agreements within the WTO defining the mechanisms and directions of liberalization of world trade in medical services in the world market of services has made it possible to conclude that the WTO already has wide opportunities for influencing the development and functioning of the health care system in the participating countries, and will further contribute to the formation of a global health system in which national health systems will act as a system-based component.

Based on the analysis of the areas of international trade in medical services (cross-border agreements, medical tourism, commercial presence of firms and the physical presence of medical personnel abroad) in terms of their content, the main participating countries and the consequences of trade liberalization for exporting countries and importing countries, that the liberalization of trade in medical services has both positive and negative consequences for all countries of the world.

On the one hand, liberalization is a driver for the development of the world market for medical services, promotes the quality of the provision of medical care and equal access of the population to it. On the other hand, given the varying levels of development of national economies and national health systems, the liberalization of trade in medical services can lead to negative consequences: the stagnation of national health systems and the reduction of the availability of different groups of population to medical services in exporting countries.

It is determined that modern medical progress is associated with the development of increasingly complex and more expensive technologies, the introduction of high-tech interventions. Technology has the most profound impact on medicine, both on the organization of health care, on the relationship between the physician and the patient, and on medical thinking in general, medical education, research policy in this area, etc. Mobile health / medicine (mHealth) has been proven to allow patients to have broad access to health services, to implement prevention, monitoring and treatment of diseases in real time, and the development of this industry will promote the introduction of new standards for the provision of medical care, increase its volume and the quality and, thus, the improvement of quality and life expectancy of the population.

The study of the peculiarities of the development of the national health care system in Ukraine has shown that in general, the Ukrainian healthcare market is characterized by a large capacity and potential for further development. This is especially true of its private segment, represented by a network of preventive, diagnostic, medical, rehabilitation institutions and organizations with highly qualified specialists providing high quality medical services with a relatively low cost, compared to other countries of the world. It is for these reasons, and also because of the advantageous territorial location and simplified visa regime, it is attractive for medical tourism.

The DEA method evaluates the effectiveness of health systems in the countries of the world and Ukraine according to parameters such as the share of total expenditure on health care from GDP; share of total expenditure on health

care from GDP per capita; the share of private expenditures on total health expenditure; the number of hospital beds per 100 thousand population. The results of the analysis showed that health systems in Andorra, San Marino, Switzerland, Israel, Israel and Luxembourg are the most effective in all of the research results, due to the presence of such national advantages in them as a relatively small and highly specialized volume of the domestic market of medical services, active use of modern medical technologies, including through investing in the development of medical infrastructure, distribution of forms of medical insurance, etc.

In Ukraine, on the contrary, the results of the conducted research indicate that the level of effectiveness of the Ukrainian national health system is lower than the world average for all indicators. It is concluded that Ukraine has great potential for increasing the efficiency of the national health system on the basis of sector reform in such areas as changing principles of financing, introduction of modern medical technologies, investment in the development of medical infrastructure, etc.

Based on the evaluation of the effectiveness of the national health care system of Ukraine, taking into account the directions of its reform, the strategic priorities of the Ukrainian medical services market development and its effective integration into the world are substantiated: ensuring the effective work of each health care institution, taking into account existing opportunities, updating their material-technical base and medical infrastructure, introduction of modern medical equipment on the basis of world achievements for provision of high-quality medical services; accreditation of medical institutions taking into account the requirements of international standards, ensuring independent quality control of medical services in health care institutions of all forms of ownership and subordination; effective implementation of global information and communication technologies, modern scientific developments in the field of prevention and treatment of diseases and other medical research into clinical practice; development of personnel potential, increase of requirements for the quality of training of medical workers and their responsibility for the quality of medical services provided; the development of medical tourism, including the development

and use of marketing programs for the possibility of obtaining medical services; development of franchising in the healthcare system. The mechanism of integration of the national market of medical services into the world is developed, which, based on the substantiation of strategic priorities of the development of the Ukrainian market of medical services, involves determining the components of the integration process of its involvement in the world, which includes a number of measures and financial levers.

The practical recommendations and suggestions outlined in the dissertation were used in the work of the Department of Economics and International Relations of the Kharkiv Regional State Administration in preparing reports on foreign economic activity, as well as during the preparation of analytical materials for the meetings of the leadership of the Kharkiv region with foreign delegations on issues of development of international cooperation (reference no. 01-23/1058 dated March 11, 2018), the Department of International Cooperation of the Kharkiv City Council in preparing reports on external as well as during the preparation of analytical materials for the meetings of the city leadership with foreign delegations on issues of international cooperation development (certificate number 253/01-01-26 dated 22.02.2018), and also in the work of the Balakliya Public Health Public Utilities District Council «Balakliya Central Clinical District Hospital» for the preparation of scientific and practical conferences, meetings of foreign delegations, training of medical staff on the issues of modern principles of health care organization and the characteristics of the medical market. services in the EU, and to develop organizational measures to provide medical services to foreign citizens as possible towards the development of medical tourism in the Kharkiv region (reference number 510/1 of 22.02.2018 p.).

Key words: world market of medical services, health care, globalization, liberalization of world trade in medical services, medical tourism, mechanism of medical services national market integration.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій // Вісн. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2018. Вип. 7. С. 21–25. (UlrichsWeb Global Serials Directory, Research Bible, ScholarGoogle).

2. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції функціонування світового ринку медичних послуг // Вісн. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». 2017. Вип. 6. С. 20-24. (UlrichsWeb Global Serials Directory, Research Bible, ScholarGoogle).

3. Гапонова Е. О., Воробйов Є. М. Глобалізація системи охорони здоров'я // Науковий Вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки». Херсон, 2017. Вип. 25-1. С. 22–25. (Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory).

Особистий внесок здобувача: визначено концептуальні підходи до врахування сучасних тенденцій функціонування світового ринку медичних послуг.

4. Воробйов Є. М., Гапонова Е. О. Телемедичні технології на світовому ринку медичних послуг // Молодий вчений. 2017. Вип. 7 (47). С. 413–416. (ScholarGoogle, CiteFactor, OALI, Research Bible, Index Copernicus).

Особистий внесок здобувача: узагальнено теоретичні засади дослідження телемедичних технологій на світовому ринку медичних послуг.

5. Gaponova E. O. Indicators of development of medical tourism in the world // Економіка і фінанси. 2017. Вип. 12. С. 123–126. (Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory).

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:

6. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя // East European Scientific Journal. Warsaw, Poland. 2016. Vol. 3, № 2 (6). P. 24–26. (Research Bible, International Scientific Indexing).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Гапонова Е. О. Медичний туризм в Ізраїлі: проблеми та перспективи // «Лікувально-оздоровчий туризм в Азії» : Мат-ли круглого столу (21 листопада 2012 р., м. Харків). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. С. 46–49.

8. Гапонова Е. О. Generation of medical social renovation // «Медицина третього тисячоліття» : Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (15–16 січня 2013 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2013. С. 307–309.

9. Гапонова Е. О. Structure and dynamics of the medical services market in transitive economy // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я»: Мат-ли міжнар. наук. Інтернет-конференції, присвяченої 75-річчю кафедри суспільних наук ХНМУ (4–11 листопада 2013 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2013. С. 86–87.

10. Гапонова Е. О. Розробка дорожньої карти загально-ринкового підходу до формування пакету медичних послуг у період реформування економіки України // «Медицина третього тисячоліття» : Зб. тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (14 січня 2014 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2014. С. 351–353.

11. Гапонова Е. О. Особенности взаимодействия между государственным и частным секторами здравоохранения // «Україна і світ: гуманітарно-технічна еліта та соціальний прогрес» : Тези доповідей учасників міжнар. наук.-теор. конференції (8–9 квітня 2014 р., м. Харків). Харків : НТУ «ХП», 2014. С.162–163.

12. Gaponova E. O. Peculiarities of voluntary health insurance in Ukraine // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» : Мат-ли II Міжнар. наук. Інтернет-конференції, присвяченої 210-річчю ХНМУ (4–11 листопада 2014 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2014. С. 49–50.

13. Гапонова Е. О. Система здравоохранения, ориентированная на пациента // «Медицина третьего тысячелетия» : Зб. тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (20 січня 2015 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2015. С. 482–483.

14. Гапонова Е. О. Державна політика Іспанії в системі охорони здоров'я // «Актуальні питання та проблеми розвитку сучасної цивілізації: історичні, соціологічні, політологічні аспекти» : Мат-ли міжнар. наук.-практ. конференції (17–18 квітня 2015 р., м. Херсон). Херсон : ХДУ, 2015. С. 156–158.

15. Gaponova E. O. Social marketing as instrument of healthcare sphere reformation // «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень»: Зб. тез наукових робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції (3-4 липня 2015 р., м. Львів). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2015. С. 22–24.

16. Gaponova E. O. Financing healthcare in Ukraine // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» : Мат-ли III Міжнар. наук. Інтернет-конференції (2–9 листопада 2015 р., м. Харків). Харків: ХНМУ, 2015. С.79.

17. Гапонова Е. О., Краснопольська С. Порівняльна характеристика страхової медицини європейських країн // «Наукові обрії – 2016» : Мат-ли наукових конференцій студентів і молодих науковців, проведених кафедрою суспільних наук та Центром медичного краєзнавства у 2015-2016 рр. Харків : ХНМУ, 2017. С. 51–52.

Особистий внесок здобувача: проведено аналіз страхової медицини країн ЄС.

18. Гапонова Е. О. Вплив міжнародних організацій на світовий ринок медичних послуг // «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень» : Зб. тез наукових робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції (7-8 липня 2017 р., м. Львів). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2017. С. 64–68.

19. Гапонова Е. О. Розвиток медичного туризму у світі // «Актуальні питання суспільних наук: наукові дискусії» : Мат-ли міжнар. наук.-практ. конференції (18–19 серпня 2017 р., м. Київ). Київ : Київська наукова суспільнознавча організація, 2017. С. 80–84.

20. Гапонова Е. О. Інституціональне забезпечення інтеграції ринку медичних послуг // «Millennium science» : Proceedings of XV International scientific conference (15 February 2018, Morrisville). Morrisville : Lulu Press, 2018. P. 49–51.

21. Gaponova E. O. Strategic priorities of Ukraine in the world market of medical services // «Integration of business structures: strategies and technologies» : Proceedings of the international scientific-practical conference (23 February 2018, Tbilisi, Georgia), Georgia : Sulkhan-Saba Orbeliani Teaching University, 2018. С. 4–5.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

22. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі // Вісник. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Сер. «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2014. Вип. 3. С. 94–96.

23. Gaponova E. O. Marketing approaches to the health care services market // Scientific Journal Virtus. 2017. №15. P. 247–250. (Scientific Indexing Services (USA); Citefactor (USA), International Innovative Journal Impact Factor).

ЗМІСТ

ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	28
1.1. Сутність та специфіка світового ринку медичних послуг.....	28
1.2. Глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг...	47
1.3. Методичні підходи до дослідження світового ринку медичних послуг...	63
Висновки до першого розділу	79
РОЗДІЛ 2. СВІТОВИЙ РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГЛОБАЛЬНИХ УМОВАХ РОЗВИТКУ.....	82
2.1. Структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг та чинники, що їх обумовлюють.....	82
2.2. Компаративний аналіз національних моделей систем охорони здоров'я у глобальній економіці.....	96
2.3. Лібералізація світової торгівлі медичними послугами в умовах конкурентного середовища.....	107
Висновки до другого розділу	130
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ ДО СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КОНТЕКСТІ ЙОГО ІНФОРМАТИЗАЦІЇ...	134
3.1. Вплив глобальних технологій на розвиток світового ринку медичних послуг.....	134
3.2. Оцінка ефективності національної системи охорони здоров'я України в глобальних умовах розвитку.....	148
3.3. Стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та механізм його інтеграції до світового.....	173
Висновки до третього розділу	192
ВИСНОВКИ	196
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	200
ДОДАТКИ	225

ВСТУП

Обґрунтування теми дослідження. У сучасному світі парадигма розвитку світового ринку медичних послуг багато в чому складається під впливом глобалізації та впровадження сучасних технологій. Науково-технічні прориви, особливо в таких сферах, як медичні та інформаційно-комунікаційні технології, значно розширили можливості вирішення завдань соціально-економічного розвитку, підвищення тривалості та якості життя населення багатьох країн. При цьому, під впливом процесу глобалізації відбувається посилення взаємозалежності національних ринків, внаслідок чого сфера медичних послуг активно включається до міжнародної торгівлі, а розширення географії надання якісних медичних послуг і поява нових учасників ринку призводять до зростання міжнародної конкуренції у цій сфері. Міжнародна торгівля медичними послугами, міграція фахівців охорони здоров'я, поява нових методів лікування, впровадження телемедичних технологій поряд зі стандартизацією виробництва і споживання медичних послуг є новими тенденціями, які сприяють подальшому розвитку світового ринку медичних послуг на інноваційній основі.

В умовах нового технологічного укладу, що формується, і глибоких демографічних зрушень всі аспекти, пов'язані з поліпшенням якості і подовженням терміну життя людей, набувають визначального значення для всіх країн світу. У зв'язку з цим ринок медичних послуг, як і ринки багатьох інноваційних товарів і послуг, має величезний потенціал розвитку, у тому числі за рахунок активної інтеграції до нього національних ринків медичних послуг, що передбачає розробку стратегічних пріоритетів розвитку сфери охорони здоров'я в Україні у напрямку її інтеграції до світового ринку медичних послуг. Дані обставини і обумовлюють надзвичайну актуальність досліджуваної теми.

Теоретико-методологічні аспекти формування та розвитку світового ринку медичних послуг у світовій економіці стали особливою сферою наукових інтересів таких дослідників, як М. Вілсон, Р. Гласгоу, М. Голдстейн, А. Клевер, Ч. Клінтон, Д. Перкінс, А. Пікард, Н. Роуз, Р. Салтман, Г. Трілленберг,

А. Уолберг, Дж. Фігейрас, Е. Фішер, Д. Хаїр-Джошу, М. Хоровіц, Д. Шрідхар та інші.

Дослідженню ролі інформаційно-комунікативних технологій та телемедицини у розвитку глобальної системи охорони здоров'я, конкурентоспроможності медичних послуг присвячено роботи таких зарубіжних і вітчизняних вчених, як П. Барстова, С. Бах, А. Блох, О. Голяченко, Б. Данилишин, В. Євсєєв, В. Куценко, Дж. Ламар, Р. Марк, В. Москаленко, Дж. Мур, В. Пономаренко, Дж. Сінгельман, Дж. Сколти, В. Слабінський, Г. Старостенко, М. Рахман, Р. Робертсон, М. Фащевський, К. Феірхерст, К. Хамілтон, Р. Харлінг, Сі Чандрашікхар, З. Чен, А. Шеїх та інші.

Особливості економічних аспектів розвитку сфери послуг в Україні та її адаптації до глобальних процесів розглядали у своїх дослідженнях такі вітчизняні вчені, як Є. Воробйов, Ю. Вороненко, А. Гальчинський, А. Голіков, В. Гончаренко, Н. Гончаренко, О. Довгаль, О. Іващенко, Т. Камінська, О. Колодяжна, Н. Мешко, Н. Резнікова, В. Сідоров, С. Циганов, С. Якубовський та інші.

Однак, незважаючи на велику кількість досліджень щодо перспектив розвитку світового ринку медичних послуг, увага дослідників зосереджується лише на окремих аспектах, а загальна динаміка його зростання, особливості структурних зрушень на ньому залишаються недостатньо дослідженими і потребують подальшого аналізу. Актуальними також, на наш погляд, є дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, його взаємозв'язку з глобальними процесами. Додатковим поштовхом до проведення цього дослідження є визначення специфіки розвитку національного ринку медичних послуг України та перспектив його ефективної інтеграції до світового. Ці обставини обумовили вибір теми дисертаційної роботи, її мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до напрямів науково-дослідної роботи кафедри міжнародного бізнесу та економічної теорії факультету міжнародних

економічних відносин та туристичного бізнесу Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна «Інституційні перетворення в умовах сучасного розвитку світової економіки» (№ державної реєстрації 0117U004876), у межах якої здійснено обґрунтування стратегічних напрямів інтеграції України до світового ринку медичних послуг (довідка № 4002/31-а від 19.02.2018 р.), а також науково-дослідної теми Харківського національного медичного університету «Історичні, економічні, політичні та соціокультурні аспекти розвитку охорони здоров'я» (№ державної реєстрації 0114U003392), у межах якої здійснено дослідження детермінант розвитку світового ринку медичних послуг в умовах глобалізації (довідка № 64/18 від 21.03.2018 р.).

Мета й завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є поглиблення теоретико-методичних засад дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, а також обґрунтування стратегічних пріоритетів інтеграції України до світового ринку медичних послуг у контексті його інформатизації.

Відповідно до мети дослідження поставлено та вирішено такі завдання:

- дослідити сутність та специфіку світового ринку медичних послуг;
- ідентифікувати глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг;
- узагальнити методичні підходи до дослідження світового ринку медичних послуг;
- охарактеризувати структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг та чинники, що їх обумовлюють;
- провести компаративний аналіз національних моделей систем охорони здоров'я у глобальній економіці;
- дослідити лібералізацію світової торгівлі медичними послугами в умовах конкурентного середовища;
- визначити вплив глобальних технологій на розвиток світового ринку медичних послуг;

- провести оцінювання ефективності національної системи охорони здоров'я України в глобальних умовах розвитку;
- обґрунтувати стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та механізм його інтеграції до світового.

Об'єктом дослідження є процес формування та розвитку світового ринку медичних послуг.

Предметом дослідження є сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг в умовах глобалізації.

Методи дослідження. Методологічну й теоретичну основи дослідження склали роботи провідних вітчизняних і зарубіжних учених. Методологічну основу дослідження становлять методи абстракції, діалектики, логіко-структурний та системний підходи до аналізу формування та розвитку світового ринку медичних послуг. Наукові положення, висновки й рекомендації є повністю обґрунтованими, що підтверджують наявність логічного взаємозв'язку сформульованих завдань та отриманих результатів, аргументованість теоретичних висновків, використання широкого обсягу статистичного матеріалу та методів наукового дослідження.

У процесі дослідження застосовувалися загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання, зокрема: поєднання абстрактного й конкретного методів (для дослідження сутності поняття «світовий ринок медичних послуг» – п. 1.1); логічний та історичний методи (при дослідженні глобалізаційних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг – п. 1.2); системний аналіз і синтез (для узагальнення методичних підходів до дослідження світового ринку медичних послуг – п. 1.3); комплексний системний аналіз (при характеристиці структурних зрушень на світовому ринку медичних послуг – п. 2.1); метод порівняльного аналізу (для проведення компаративного аналізу національних моделей систем охорони здоров'я – п. 2.2); статистичний метод якісного оцінювання (для аналізу лібералізації світової торгівлі медичними послугами в умовах конкурентного середовища – п. 2.3); метод аналогій, логічний аналіз (для

дослідження впливу глобальних технологій на розвиток світового ринку медичних послуг – п. 3.1), методи економіко-математичного моделювання (для характеристики особливостей розвитку та порівняльної оцінки ефективності національної системи охорони здоров'я України – п. 3.2), індукції та дедукції (при обґрунтуванні стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового – п. 3.3).

Джерельною та статистичною базою стали результати власних наукових досліджень, монографічні та інші публікації зарубіжних і вітчизняних вчених, офіційні статистичні й аналітичні матеріали міжнародних організацій (ВООЗ, СОТ, МВФ, ОЕСР, Європейської комісії), законодавчі та нормативні документи Верховної Ради та Кабінету Міністрів України, офіційні матеріали Державної служби статистики України тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у поглибленні теоретико-методичних засад дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, а також обґрунтуванні стратегічних пріоритетів інтеграції України до світового ринку медичних послуг у контексті його інформатизації.

Нові наукові результати, отримані особисто автором, що характеризують новизну проведеного дослідження, полягають у такому:

удосконалено:

- теоретичний підхід до розуміння сутності та специфіки ринку медичних послуг за рахунок його структуризації за такими критеріями, як економічне призначення, конкурентні структури, характер власності на засоби виробництва, географічна ознака, ступінь легальності, ступінь оплати, рівень надання послуг, спеціалізація, вікова ознака, характер контакту з пацієнтом, що дозволяє визначити перспективні напрями його розвитку за різними видами ринків;

- концептуально-теоретичні засади дослідження світового ринку медичних послуг на основі обґрунтування глобалізаційних тенденцій його розвитку, які включають функціонування міжнародних організацій, що

регулюють ринок; діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі; лібералізацію торгівлі медичними послугами; монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК; утворення медичних кластерів; розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання; використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги; створення умов для розвитку медичного туризму; інтернаціоналізацію медичної освіти; міжнародну міграцію медичних фахівців;

– науково-практичні підходи до дослідження світового ринку медичних послуг у глобальних умовах розвитку за рахунок систематизації чинників сучасних структурних зрушень, що відбуваються на ньому, а саме: демографічних (старіння населення, поширення хронічних та інфекційних захворювань, зміни у споживчих настроях пацієнтів, їх інформованість у питаннях медичних послуг), фінансових (принципи державного регулювання галузі, проведення медичних реформ, розповсюдження нової бізнес-моделі функціонування ринку, заснованої на державно-приватному партнерстві), оперативних (поширення медичного туризму, розвиток медичної інфраструктури, підвищення загального рівня кваліфікації медичних працівників), регулятивних (проблеми доступності медичної допомоги, оцінювання обсягу та якості медичної допомоги, удосконалення в сфері медичного менеджменту та адміністрування, боротьба із зловживаннями та корупцією в системі охорони здоров'я, проблеми безпеки пацієнта та кібербезпеки) та інноваційних (розвиток медичних та телекомунікаційних технологій у галузі охорони здоров'я), усвідомлення яких дає можливість передбачити їхній вплив на напрями розвитку ринку медичних послуг на національному та світовому рівнях;

– методичний інструментарій порівняльного оцінювання ефективності функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України за рахунок використання методу DEA за такими параметрами, як частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП; частка загальних витрат на охорону здоров'я від

ВВП на душу населення; частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я; кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення, що дало змогу визначити рівень ефективності української національної системи охорони здоров'я та можливі напрямки його покращення;

дістали подальшого розвитку:

– понятійно-категоріальний апарат дослідження авторським визначенням терміну «світовий ринок медичних послуг», який, на відміну від існуючих, пропонується трактувати як сегмент світового ринку послуг, особливу сферу міжнародного обміну, що характеризується стійкими, систематичними операціями з обміну медичними послугами, включаючи медичні технології, вироби медичної техніки, методи організації медичної діяльності, фармакологічні засоби, лікарський вплив, заходи з профілактики захворювань та інші дії, спрямовані на якісну зміну показників здоров'я людини, а також стандартизується, регламентується і регулюється спеціальними органами на різних рівнях;

– обґрунтування суперечливого характеру процесу лібералізації світової торгівлі медичними послугами в глобалізованій економіці за рахунок аналізу напрямів міжнародної торгівлі медичними послугами (транскордонні угоди, медичний туризм, комерційна присутність фірм і фізична присутність медичного персоналу за кордоном) з точки зору їхнього змісту, основних країн-учасниць та наслідків лібералізації торгівлі для країн-експортерів та країн-імпортерів;

– організаційно-економічні засади розробки механізму інтеграції до світового ринку медичних послуг як специфічного елементу ринкової системи, що формує самостійний сектор виробництва нематеріальних благ, національного ринку медичних послуг України з виокремленням його складових (організаційно-інституціональних, нормативно-правових, соціально-гуманітарних, інфраструктурних та інформаційних заходів, а також фінансових важелів впливу, що визначають взаємодію між суб'єктами ринку), реалізація якого спрямована на підвищення якості, конкурентоспроможності й доступності медичних послуг для споживачів і

призводить до активізації розвитку українського ринку медичних послуг відповідно до визначених стратегічних пріоритетів.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що викладені автором у дисертаційній роботі теоретичні положення та практичні рекомендації забезпечують основу для реалізації сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг в умовах глобалізації, а також формування напрямів та пріоритетів розвитку національного ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового ринку медичних послуг. Основні результати дисертаційної роботи доведено до рівня конкретних механізмів, заходів і пропозицій та використано у практиці зовнішньоекономічних відносин.

Практичні рекомендації та пропозиції, викладені в дисертації, впроваджено в роботу Департаменту міжнародного співробітництва Харківської міської ради при підготовці програм міжнародного співробітництва у галузі медичного туризму (довідка № 253/01-01-26 від 22.02.2018 р.) та Департаменту економіки і міжнародних відносин Харківської обласної державної адміністрації при здійсненні аналітичної діяльності та плануванні державної зовнішньоекономічної політики (довідка №01-23/1058 від 21.03.2018 р.), а також у роботі Комунального закладу охорони здоров'я Балаклійської районної ради «Балаклійська центральна клінічна районна лікарня» для підготовки науково-практичних конференцій, зустрічей іноземних делегацій, навчання медичних працівників з питань сучасних принципів організації охорони здоров'я й особливостей ринку медичних послуг у країнах ЄС та розробки організаційних заходів щодо надання медичних послуг іноземним громадянам як можливого напрямку розвитку медичного туризму в Харківській області (довідка № 510/1 від 22.02.2018 р.).

Основні наукові положення та отримані результати дослідження використовуються у навчальному процесі кафедри суспільних наук Харківського національного медичного університету під час викладання навчальних дисциплін «Менеджмент і маркетинг в охороні здоров'я», «Менеджмент у медсестринстві», «Основи економічних теорій», що дозволило поліпшити якість підготовки

студентів шляхом поглиблення відповідних знань студентів за вказаними навчальними дисциплінами (довідка № 67/18 від 20.02.2018 р.) та у навчальному процесі кафедри міжнародного бізнесу та економічних відносин Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна під час викладання навчальних дисциплін «Міжнародний бізнес», «Міжнародні економічні відносини» та «Світова економіка» (довідка № 4002/32-а від 20.02.2018 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаною науковою роботою. Наукові положення, висновки й рекомендації, які викладені в дисертації та публікаціях і виносяться на захист, отримані автором самостійно.

Апробація результатів дисертації. Основні наукові положення та висновки, отримані в результаті дисертаційного дослідження, доповідалися автором і отримали схвалення на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема: круглому столі «Лікувально-оздоровчий туризм в Азії» (2012 р., м. Харків, ХНУ імені В. Н. Каразіна), міжнародній Інтернет-конференції «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» (2013 р., м. Харків, ХНМУ), міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (2013–2015 рр., м. Харків, ХНМУ), II Міжнародній науковій Інтернет-конференції (2014 р., м. Харків, ХНМУ), Міжнародній науково-теоретичній конференції «Україна і світ: гуманітарно-технічна еліта та соціальний прогрес» (2014 р., м. Харків, НТУ «ХП»), III Міжнародній науковій Інтернет-конференції «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» (2015 р., м. Харків, ХНМУ), Міжнародній науково-практичній конференції «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень» (2015 р., м. Львів), Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання та проблеми розвитку сучасної цивілізації: історичні, соціологічні, політологічні аспекти» (2015 р., м. Херсон, ХДУ), XV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Економіка: сучасні проблеми та перспективи розвитку» (2017 р., м. Київ), Міжнародній науково-практичній конференції «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи

досліджень» (2017 р., м. Львів), Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання суспільних наук: наукові дискусії» (2017 р., м. Київ), XV Міжнародній науковій конференції «Millennium science» (2018, US, Morrisville), Міжнародній науково-практичній конференції «Integration of business structures: strategies and technologies» (2018, Georgia, Sulkhan-Saba Orbeliani Teaching University)

Публікації. Основні положення і результати дослідження викладені автором у 23 наукових працях, серед яких 5 статей у наукових фахових виданнях України та 2 у виданнях, що включені до міжнародних наукометричних баз, 1 стаття – у закордонному спеціалізованому періодичному виданні, 15 тез доповідей – у вітчизняних і міжнародних наукових конференціях (загальний обсяг 7,6 д.а., з яких особисто автору належить 7,0 д.а.).

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (267 найменувань на 25 сторінках) та 11 додатків. Загальний обсяг дисертації складає 248 сторінки друкованого тексту, із яких основний зміст роботи – 199 сторінки друкованого тексту, зокрема 26 таблиць та 32 рисунки.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Сутність та специфіка світового ринку медичних послуг

З другої половини ХХ ст. поряд із швидким зростанням світової торгівлі товарами випереджаючими темпами розширюється міжнародний обмін послугами. Послуги – важливий вид економічної діяльності, який впливає на всі сторони життя сучасного суспільства, а ступінь задоволення потреб населення в послугах є одним з основних індикаторів рівня і якості життя. Послуги сприяють структурним перетворенням в економіці, активізації виробництва споживчих товарів, розширенню міжрегіональних і міждержавних господарських зв'язків.

Вперше термін «послуга» ввів у науковий обіг у ХІХ ст. французький економіст Ж.-Б. Сей у своїй роботі «Трактат з політичної економії» [135].

Багато десятиліть економісти продовжують пошук найбільш повного і точного визначення даної категорії. У сучасній спеціальній економічній літературі автори наводять різні трактування визначення «послуга» (табл. 1.1).

Переважна кількість джерел вказує на те, що послуги характеризуються чотирма основними ознаками, які виявили американські дослідники Л. Беррі, В. Зайтамл і А. Парасураман [265]: невідчутність, невіддільність виробництва і споживання, мінливість якості та незберігаємість.

Однак, незважаючи на те, що характерні риси послуг дослідникам представляються у досить подібному вигляді, не можна не відзначити, що в сучасній економічній літературі саме поняття послуги часто не конкретизовано.

Таблиця 1.1

Підходи до трактування поняття «послуга» у літературних джерелах*

№	Автор	Визначення поняття «послуга»	Джерело
1	2	3	4
1.	Бесом Р.	будь-які дії, що пропонуються для продажу, які забезпечують цінні вигоди задоволення	[172]
2.	Гронрос К.	процес, що включає ряд неосяжних дій, які за необхідності відбуваються при взаємодії між покупцем та обслуговуючим персоналом, фізичними ресурсами, системами підприємства-постачальника послуг	[205]
3.	Закон України «Про захист прав споживачів», ст.1, п.17, ч.1.	діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного, визначеного договором, матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача, для задоволення його особистих потреб	[55]
4.	Камінська Т.	специфічний продукт праці, що не набуває речової форми і споживча вартість якого полягає у корисному ефекті живої праці	[66]
5.	Козак Ю., ЛогвіноваН., Томанек Р.	виконання певних дій або здійснення певної діяльності однією стороною (виконавцем), згідно договору, по завданню іншої сторони (замовника). послуги у сфері міжнародної торгівлі – це економічні відносини між двома сторонами – резидентами та нерезидентами	[74]
6.	Котлер Ф.	будь-яка діяльність, перевага або спосіб задоволення потреби, що пропонується до продажу	[77]
7.	Маркс К.	«послуга» означає ніщо інше, як особливу споживчу вартість, яку утворює ця праця, подібно всякому іншому товару, але особлива споживча вартість цього товару отримала специфічну назву «послуга» тому, що праця надає послуги не у якості речей, а у якості діяльності	[90]
8.	Мамалуй О., Лизогуб В.	«послуга» - це корисний ефект діяльності живої праці, який не має речової форми. Споживання послуги можливе з моменту її надання (вироблення), але послугу неможливо накопичити. Послуга набуває товарної форми за допомогою обміну, купівлі-продажу	[88]
9.	Мельнік Л.	«послуг» - продукт трудової діяльності, де інформація є основним компонентом	[95]
10.	Тлумачний словник економіста	«послуга» - трудова діяльність, результати якої відображаються у корисному ефекті, особливій споживчій вартості	[137]
11.	Тофлер Б.	«послуга» - праця, що виконана однією людиною для іншої; вид бізнесу, при якому відбувається продаж не тільки матеріальних продуктів, а й допомоги та знань.	[173]
12.	Стентон В.	неосяжні дії, які забезпечують бажане задоволення, в той час коли запропоновані на продаж споживачам і/або виробничим користувачам, але не обов'язково сприяють продажу виробу або послуги	[246]

Продовження табл. 1.1

1	2	3	4
13.	Румянцев А., Коваленко Ю.	«послуга» - вид праці, за якої виробництво збігається в часі зі споживанням	[122]
14.	Хілл Т.	«послуга» - це зміна стану особи чи товару, що належить певній економічній одиниці, і відбувається у результаті діяльності іншої економічної одиниці з попередньої згоди першої	[210]
15.	Бізнес-словник	«послуги» - нематеріальні продукти, такі як бухгалтерський облік, банківська справа, чистка, консультація, навчання, страхування, експертиза, медичне лікування або транспортування. Іноді послуги важко визначити, оскільки вони тісно пов'язані із благами; наприклад, комбінація діагностичних та управлінських процедур у медицині	[174]

*Складено автором за даними [55, 66, 74, 77, 88, 90, 95, 122, 137, 172, 173, 174, 205, 210, 246].

Узагальнюючи, можна констатувати, що загально визнаним є розуміння послуги, що, на відміну від товару, є результатом безпосередньої взаємодії виконавця і споживача, а також власної діяльності виконавця щодо задоволення особистих, колективних або суспільних потреб споживача, що не приймає матеріальної (речової) форми. В цьому сенсі послуга є специфічним продуктом, виробленим за вимогу замовника, що виражається у зміні умов споживання продукту або у зміні стану самого споживача.

Поява товару в формі послуги викликало необхідність формування ринку послуг, який обслуговує процеси виробництва, розподілу, обміну і споживання послуг, забезпечує їх збалансовану та ефективну взаємодію і розвиток, виступає посередником між їх виробництвом і споживанням, між конкретним виробником і конкретним споживачем, створює конкуренцію товарам, виробленим в основному (матеріальному) виробництві, замінюючи послугами відсутність або неможливість використання матеріальних благ.

Ринок послуг представляє собою специфічну, складну, різномірну, розгалужену соціально-економічну сферу, що включає різні види діяльності,

що мають не тільки певну схожість, а й часом досить істотні відмінності. Він не схожий на інші ринки головним чином з двох причин:

- послуга не існує до її надання. Це унеможлиблює порівняння й оцінку послуг до їх отримання. Тому порівняти можна тільки очікувані й отримані вигоди;
- послугам притаманна висока ступінь невизначеності, що ставить споживача в не вигідне становище, а продавцям ускладнює просування послуг на ринок [3].

Різновидом послуги є медична послуга. Перша спроба охарактеризувати економічну сутність медичних послуг належить К. Марксу. У «Теорії про продуктивну і непродуктивну працю» він розділив світ товарів на дві великі частини – на товар «робоча сила» і на всі інші товари, відмінні від нього. Купівля ж навчання робочої сили, збереження і підтримання її здорового стану є купівлею послуг, які дають придатну для продажу робочу силу. Ці послуги входять у витрати виробництва або відтворення, тобто послуги лікаря можна віднести до послуг з «ремонту» робочої сили [90]. Медичні послуги К. Маркс відносить до «неекономічних послуг».

У сучасній науковій літературі надається широке тлумачення поняття «медична послуга». Так, Т. Камінська визначає медичну послугу як підсумок діяльності, спрямований на якісну зміну стану людини, а саме її здоров'я [66]. У розумінні В. Москаленка медична послуга є результатом дій осіб і установ, які надають медичну допомогу, корисний ефект, спрямований на задоволення потреб населення у збереженні та відновленні здоров'я, ідентифікований елемент медичної допомоги, а також грошове її вираження [102]. С. Столяров визначає медичні послуги як будь-яку професійну дію, спрямовану на зміну або збереження фізичного або психічного здоров'я, з метою отримання користі її споживачем (пацієнтом) в тій чи іншій формі [132]. За В. Садовничим, медична послуга є технологічно завершеною медичною процедурою, що реалізується в процесі обслуговування пацієнтів або пропонується до реалізації та має певну визначену вартість [123].

Відповідно до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка опікується проблемами охорони здоров'я у світовому масштабі, медична послуга – це особливе благо, споживання якого задовольняє індивідуальні потреби людини, а також благо, споживання якого задовольняє суспільну потребу – відтворення робочої сили [255]. А за визначенням Світової організації торгівлі (СОТ), медичні послуги надаються працівниками охорони здоров'я (спеціалістами, лікарями загальної практики, фельдшером, медсестрами і працівниками суміжних медичних галузей) у формі консультативних і діагностичних послуг, догляду за хворими для попередження або лікування захворювань, травм чи інших фізичних і психологічних порушень [252]. При цьому слід зауважити, що у сфері сучасної охорони здоров'я для характеристики діяльності лікаря при лікуванні пацієнта використовуються одночасно два поняття: «медична послуга» і «медична допомога».

Так, за Л. Щербаченко, медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого, тобто медичну допомогу автор ототожнює з лікуванням [155]. М. Шутов під медичною послугою розуміє дії медичного персоналу по задоволенню насущних потреб пацієнтів у відновленні та підтримці здоров'я, вважаючи, що медична послуга – це частина медичної допомоги, тобто медична допомога складається з окремих медичних послуг [157]. О. Смотров медичну послугу пропонує визначати як «діяльність послугодавця, що спрямована на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні та (або) підтриманні її здоров'я, безпосередньо в процесі протікання доцільної діяльності послугодавця, який не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантований послугодавцем» [129].

В офіційних документах України медична послуга визначається як «захід або комплекс заходів, що виходять за межі визначеної лікарем медичної допомоги, та надаються за бажанням фізичної особи або на

замовлення юридичної особи на платних засадах». У свою чергу підмедичною допомогою пропонують розуміти лише тучастину діяльності медичних працівників, що містить комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент надання допомоги загрожує їх життю, здоров'ю і працездатності [116].

У діючих міжнародних та національних нормативних документах широко використовується саме термін «медична допомога», а не «медична послуга». Так, згідно з «Глосарієм термінів з медико-санітарної допомоги» ВООЗ, медична допомога визначається як «програма кваліфікованого обслуговування індивідуума з метою зміцнення, підтримання і відновлення його фізичного і психічного здоров'я» [37]. Таке вживання терміну «медична допомога» передбачає неринковий характер споживання, в той же час «медична послуга» свідчить про ринковий характер споживання у медичній галузі аналогічно до покупки товарів та їхнього використання.

Оскільки, на наш погляд, термін «медична допомога» є близьким, але не тотожним терміну «медична послуга», з'ясуємо сутність та співвідношення цих понять. В Оксфордському медичному словнику поняття «медичний (medical)» визначається як «той, що має відношення до медицини, діагностики, лікування та профілактики різних захворювань» [93]. В Економічній енциклопедії послуга визначається як «особлива споживча вартість процесу праці, виражена в корисному ефекті, що задовольняє потреби людини, колективу й суспільства» [52]. У Великому тлумачному словнику сучасної української мови «послуга – це дія, вчинок, що дає користь, допомогу іншому» [14], а допомога визначається як «1) сприяння, підтримка чому-небудь; 2) матеріальна підтримка; 3) захист, порятунок у біді; 4) сприяння у лікуванні, полегшення страждань» [14].

Таким чином, спираючись на дані визначення, можна узагальнити, що, з одного боку, медична послуга є частиною медичної допомоги, а з іншого – медична допомога є основою медичної послуги. Медична допомога складається з базових частин медичних послуг, самопомоги,

взаємодопомоги та інших дій, спрямованих на збереження здоров'я людини. Медична послуга має вартість і оплачується її споживачем (фізичною особою), організацією чи державою, а тому може надаватися тільки організацією чи іншим суб'єктом господарювання, які мають на це дозвіл, відповідно до чинного законодавства – наявність ліцензії, державної реєстрації та ін. (звідси і вимоги щодо наявності медичної освіти з боку персоналу, що надають ці послуги). Медична допомога може бути надана у будь-яких обставинах, як в організаціях, так і поза ними. З одного боку, медична допомога як основа медичної послуги повинна мати вартість, оскільки при її наданні використовується праця лікаря, яка має свої норми оплати, а, з іншого – може і не мати вартості, тобто бути безоплатною, наприклад, у випадку надання невідкладної медичної допомоги хворому у літаку випадковим пасажиром-лікарем медична допомога не має вартості (оскільки людина, що надала допомогу не є суб'єктом господарювання).

З нашої точкою зору, на відміну від «медичної послуги», що має переважно соціально-економічний зміст, «медична допомога» має, перш за все, соціально-психологічну і медичну спрямованість, не обтяжену вартісними міркуваннями. Це пов'язані, але не тотожні види діяльності, причому медичні послуги носять необов'язковий, комплементарний характер відносно медичної допомоги. Медична послуга – це складова медичної допомоги, її конкретизація, а саме комплекс професійних дій медичних працівників, спрямований на якісну зміну показників здоров'я пацієнта, що має вартісну оцінку, стандартизується і регламентується державними органами.

Відзначимо, що, крім того, у галузі охорони здоров'я розрізняють медичну послугу, медичну діяльність і медичне обслуговування, які також співвідносяться між собою (табл. 1.2).

Так, медична діяльність є частиною медичної допомоги, яка надається на професійному рівні, яка, у свою чергу, включає медичні послуги як частину медичної діяльності. Сфера обслуговування – це частина сфери послуг, що характеризується систематичною діяльністю зі зміни і підтримки

характеристик об'єкта послуг в заданому стані тривалий період часу. Відповідно, медичне обслуговування передбачає комплекс послуг як одиниць діяльності (дій), що має відносно стійку форму організації [120].

Таблиця 1.2

Співвідношення понять у галузі охорони здоров'я*

Охорона здоров'я	Галузь діяльності з охорони здоров'я
Медицина	1) сукупність наук про здоров'я і хвороби, про лікування та попередження хвороб; 2) практична діяльність, спрямована на зміцнення і збереження здоров'я людей, попередження і лікування хвороб; 3) підсистема охорони здоров'я зі специфічними прийомами, якими вона здійснюється.
Медична допомога	практична сфера медицини, практична діяльність медичних працівників з попередження і лікування пацієнтів у стані, що на момент надання допомоги загрожує їх життю, здоров'ю і працездатності, яка складається з самопомоги, взаємодопомоги та інших дій, спрямованих на збереження здоров'я людини за будь-яких обставин
Медична діяльність	частина медичної допомоги зі зміцнення та збереження здоров'я людей, попередження і лікування хвороб, яка надається на професійному рівні.
Медична послуга	частина медичної діяльності, комплекс професійних дій медичних працівників, спрямований на якісну зміну показників здоров'я пацієнта, що має вартісну оцінку, стандартизується і регламентується державними органами.
Медичне обслуговування	частина медичних послуг, комплекс медичних заходів, який є необхідним для підтримання показників здоров'я пацієнта в заданому стані тривалий період часу.

* Складено автором за даними [117].

Медична послуга разом з традиційними властивостями послуг, такими як нематеріальність, невіддільність від виробника, неможливість транспортування і збереження, мінливість має низку специфічних рис, властивих саме їй:

- медична послуга може бути дуже тривалою у часі, наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта;
- не завжди відчутним є ефект від споживання послуги, наприклад, у випадку профілактичних заходів;
- медицина більшою мірою, ніж будь-яка інша галузь, відчуває на собі вплив державного регулювання, що спостерігається у наяві переважно

державного фінансування, необхідності ліцензування, вимог до кваліфікації персоналу тощо[4].

Крім того, М. Шутов наводить такі особливості медичної послуги:

- збудована на довірі споживача до виконавця;
- споживач послуги бере участь або присутній при її виконанні до досягнення цілі;
- оцінка якості суб'єктивна, залежить від особистості споживача;
- при наданні медичної послуги присутній ризик смерті [158].

Важливим представляється аналіз медичних послуг з точки зору рівня їхнього надання. Так, первинні медичні послуги спрямовані на лікування основного захворювання і включають регулярні лікарські огляди, послуги з вакцинації, стоматологічні послуги та першу допомогу. Вторинні (спеціалізовані) медичні послуги включають консультацію фахівця, місцеві операції, швидку та невідкладну допомогу. До третинних (вузькоспеціалізованих) медичних послуг відносять використання передових технологій лікування і проведення складних операцій, стаціонарне лікування тощо. Четвертий рівень надання медичних послуг представлений високоризикованими складними операціями (наприклад, пересадка органів тощо) [212].

Медичні послуги мають нематеріальний характер, що обумовлює неможливість їх транспортування, збереження та накопичення, а їх виробництво і споживання тісно пов'язані між собою, їх неможливо розірвати у часі. При наданні медичних послуг обов'язкова присутність як виробника, так і споживача.

Характерною особливістю медичних послуг є їх невідчутність, неможливість оцінити якість послуг до моменту їх отримання/придбання. У свою чергу, виробництво послуг завжди пов'язано із неможливістю демонструвати медичні послуги, що пропонуються, та оцінювати їх очікуваний корисний ефект.

Основними базовими характеристиками медичної послуги, як товару, безумовно вважають якість та доступність. Якість медичних послуг визначається як сукупність характеристик медичних послуг, завдяки яким забезпечується максимальна задоволеність пацієнта процесом надання медичної допомоги, а також досягнення очікуваного від даної послуги результату у встановлені терміни. Медична послуга, на відміну від інших видів професійних послуг, має як економічний, так і соціально-корисний ефект, що передбачає не лише задоволення потреб індивіда, а ще й сприяє соціально-економічному розвитку суспільства. Соціально-корисний ефект від медичних послуг проявляється у профілактиці та лікуванні захворювань, пандемій, превентивних заходах, спрямованих на запобігання розповсюдження захворювань у глобальних масштабах (СНІД, туберкульоз, грип, малярія та ін.), а економічний ефект від медичних послуг проявляється у економії витрат індивіда та медичного закладу на процес лікування, тобто факторами зростання лікувально-профілактичної якості медичних послуг є фактори зростання їх соціально-економічної якості.

Якість лікування та наявність помилок при наданні медичної послуги залишаються актуальними проблемами в усіх країнах світу, навіть з високим соціально-економічним розвитком. Наразі якість медичної послуги визначається використанням медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризиків. Рівень якості, таким чином, це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я. М. Ремер і С. Монтойя Агіляр визначають якість медичної послуги як «належне проведення заходів лікування згідно зі стандартами всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються у даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність» [232].

Безумовно, якість медичних послуг залежить від професіоналізму медичних працівників: рівня їх кваліфікації, освіти, наявності досвіду роботи. Деякі дослідники додають також такі психологічні здібності, як здатність до терплячого спілкування, позитивний вплив на поведінку пацієнтів,

формування у них довіри до лікаря [109]. Об'єктивними показниками, що впливають на якість медичної послуги є її обсяг та своєчасність, рівень матеріально-технічної оснащеності закладів охорони здоров'я та використання сучасних технологій тощо. Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за наступними характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність, послідовність, безпечність, зручність [149].

Вищезазначені фактори якості медичних послуг є головними чинниками позитивного впливу на здоров'я людини і тривалість життя, що надзвичайно важливо як на національному, так і світовому рівні. Про важливість якості медичних послуг свідчить розроблений Організацією об'єднаних націй показник очікуваної тривалості життя (QALYs – quality-adjusted life years), який є складовою частиною Індексу людського розвитку, що є індикатором ефективності всіх заходів з охорони здоров'я. Складність визначення якості лікувальної та профілактичної медичної послуги і помилки лікарів стали однією з причин впровадження у сучасній медичній галузі системи оцінки якості за принципами доказової медицини, що базуються на емпіричних доказах результату покращення здоров'я (evidence health care) [259].

Доступність медичної допомоги залежить від можливості отримання медичної послуги коли вона необхідна, територіального розташування медичного закладу, наявності у закладі охорони здоров'я вузькоспеціалізованих фахівців, необхідного медичного обладнання для діагностики та лікування. На думку А. Клевера та Д. Перкінса, навіть сам факт визнання обов'язкової доступності високотехнологічних засобів надання невідкладної медичної допомоги ще до самого прецеденту приносить кожному громадянину відчуття заспокоєності, комфорту – тобто певну корисність [178].

Отже, доступність медичних послуг – це можливість споживачів отримати медичні послуги у найкоротші терміни, за конкурентоспроможними цінами та якістю.

У свою чергу, доступність, лікувально-профілактична та соціально-економічна якість медичних послуг, їхня ціна впливають на конкурентоспроможність медичних послуг на ринку. Так, поряд із зазначеними якостями, Т. Камінська визначає ще й мобільність медичної послуги, яка забезпечує її міжнародну пропозицію: «Із розвитком європейської інтеграції зростає мобільність не тільки приватних, а й державних послуг. Якщо міжнародний попит на медичні послуги перевищує міжнародну пропозицію, тоді виникає позитивне сальдо торгівлі ними. Це свідчить, що міжнародний попит є визнанням конкурентоспроможності послуг за межами національного ринку» [68].

У сучасній економічній літературі існує розбіжність підходів до класифікації медичних послуг обумовлена різноманітністю умов їх надання (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Класифікація медичних послуг за умовами їх надання*

№ з/п	Класифікація	Види послуг
1.	за фахом	терапія, хірургія, гінекологія, кардіологія, онкологія, психіатрія, стоматологія та ін.
2.	за обсягом	амбулаторно-поліклінічні; стаціонарні, швидка невідкладна допомога, паліативні
3.	за рівнем надання	первинні, вторинні (спеціалізовані); третинні (вузькоспеціалізовані); четвертинні (високоризиковані), екстрені (швидка допомога), паліативні (допомога невиліковним хворим)
4.	за матеріальним відшкодуванням	державні, приватні
5.	за складністю	прості, складні
6.	відповідно до інтенсивності у часі	швидка, невідкладна, планова
7.	за виконавцем	сестринські, лікарські
8.	відповідно до підходу	медичні, сервісні
9.	за характером	діагностичні, лікувальні, профілактичні, реабілітаційні, соціальні, організаційні, статистичні
10.	за технологією	рутинні, високотехнологічні
11.	за інвазійністю	не інвазійні, інвазійні
12.	за походженням	комерційні (на платній основі), некомерційні (гуманітарні, волонтерські), умовно некомерційні (в межах програм за державні кошти)

* Складено автором за даними [206, 212].

Одним із пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ є уніфікація індикаторів функціонування глобальної системи охорони здоров'я щодо розробки та впровадження загальної класифікації медичних послуг (Сімейство класифікацій медичних послуг) [250]. Такий уніфікований підхід дозволяє узагальнювати, стандартизувати, зберігати, аналізувати, порівнювати статистичні дані різних країн. Наразі сімейство класифікацій включає три загальні класифікації: рекомендовані, суміжні/паралельні та похідні.

До першої групи (рекомендованих класифікацій) відносять три класифікації: Міжнародну класифікацію захворювань (ICD); Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності і здоров'я (ICF); Міжнародну класифікацію медичного втручання (ICHI). Зазначені класифікації є загальноновизнаними нормативними документами для ведення міжнародної звітності в системі охорони здоров'я. Їх використовують для визначення загальних параметрів здоров'я і системи охорони здоров'я (захворюваність, смертність, інвалідність, медичні втручання) [250].

До другої групи (суміжних класифікацій) відносять: Міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги (ICPC); Міжнародну класифікацію зовнішніх причин травм (ICECI); Анатомічнотерапевтичну класифікацію хімічних речовин з уточненням добових доз (ATC/DDD); ISO 9999 «Технічні засоби для осіб з обмеженими можливостями». Такі класифікації використовують для визначення важливих аспектів здоров'я або системи охорони здоров'я, що не увійшли до рекомендованих та похідних класифікацій [249].

Третя група класифікацій – похідні класифікації – є результатом однієї чи декількох рекомендованих класифікацій. Такі класифікації мають більш вузьку спеціалізацію і розробляються для використання на національному та міжнародному рівні. До них відносять: Міжнародну класифікацію онкологічних захворювань (ICD-0-3); Класифікацію психічних розладів і

розладів поведінки(ICB-10); Використання ICB у стоматології (ICB-DA); Використання ICB у неврології (ICB-10-NA); Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей і підлітків (ICF-SA) [255].

Таким чином, враховуючи вищезазначені класифікації, можна зробити висновок, що медичні послуги є складним комплексом елементів, процесів та послуг, який має певну етапність та охоплює повний перелік робіт, пов'язаний зі збереженням, впровадженням і практичною реалізацією медичної допомоги.

Діючи в умовах ринкової економіки, система охорони здоров'я, як і будь-яка інша галузь, підпорядковується законам ринку.

В економічній літературі існує багато трактувань поняття «ринок медичних послуг». Найчастіше ринок медичних послуг розглядається як форма організації та функціонування системи охорони здоров'я, що забезпечує економічні зв'язки різних суб'єктів (продавців, покупців та посередників) щодо купівлі/продажу медичних послуг, обумовлені не тільки медичними, а й економічними інтересами. З інституціональної точки зору, ринок медичних послуг є економічним інститутом у формі сукупності взаємозалежних ринкових правил поведінки, «вбудований» у соціальний інститут, іменованій системою охорони здоров'я [43].

На думку В. Москаленко, це сукупність медичних технологій, виробів медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, які реалізуються в умовах конкурентної економіки [102]. Н. Малахова визначає ринок медичних послуг як форму взаємовідносин між окремими самостійно приймаючими рішення господарюючими суб'єктами [86]. Деяки з дослідників розглядають ринок медичних послуг, з одного боку, як сукупність сучасних медичних технологій, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, що реалізуються в умовах конкурентної економіки, а з іншого – як сукупність існуючих і потенційних виробників і споживачів медичних послуг [18, 121]. Окремі

науковці визначають ринок медичних послуг як механізм, що об'єднує покупців і продавців медичних послуг, між якими виникають економічні відносини, пов'язані з угодами купівлі-продажу медичних послуг, в результаті яких формується попит, пропозиція та ціна. На ринку медичних послуг виникають економічні відносини між продавцями медичних послуг, що, в свою чергу, сприяє виникненню конкуренції, розширенню виробництва і збільшенню обсягів надання медичних послуг [50].

На основі узагальнення існуючих підходів до розуміння сутності та специфіки медичної послуги і ринку медичних послуг в системі охорони здоров'я представляється можливим представити структуру ринку медичних послуг за різними критеріями: економічним призначенням, конкурентними структурами, характером власності на засоби виробництва, географічною ознакою, ступенем легальності, ступенем оплати, рівнем надання послуг, спеціалізацією, віковою ознакою, характером контакту з пацієнтом (табл. 1.4).

Так, ринок медичних послуг за економічним призначенням вміщує ринок медичного обслуговування, ринок лікарських засобів (фармацевтичний), ринок медичного обладнання і техніки, ринок науково-медичних розробок та технологій, ринок медичного страхування та ринок медичного туризму, кожен з яких виконує свої функції у системі охорони здоров'я на різних рівнях (національному, регіональному, світовому). На цих ринках попит формують як індивідуальні споживачі медичних товарів і послуг, так і медичні заклади та компанії, учасники ринку страхування, держава. Специфікою цієї класифікації є те, що деякі учасники окремих ринкових сегментів є на одних приватних ринках суб'єктами пропозиції, а на інших – суб'єктами попиту.

Особливістю національного ринку медичних послуг є те, що він об'єднує два сегменти – приватні та державні медичні послуги, кожен з яких виконує функції, здатні мінімізувати недоліки іншого.

Структура ринку медичних послуг*

Критерій	Види ринків
за економічним призначенням	<ul style="list-style-type: none"> – ринок медичного обслуговування; – ринок лікарських засобів (фармацевтичний); – ринок медичного обладнання і техніки; – ринок науково-медичних розробок та технологій; – ринок медичного страхування; – ринок медичної освіти; – ринок медичного туризму.
за конкурентними структурами	<ul style="list-style-type: none"> – неконкурентний (монополістичний); – конкурентний.
за характером власності на засоби виробництва	<ul style="list-style-type: none"> – державний ринок медичних послуг; – приватний ринок медичних послуг (комерційний і некомерційний);
за географічною ознакою	<ul style="list-style-type: none"> – національний; – регіональний; – світовий.
за ступенем легальності	<ul style="list-style-type: none"> – легальний; – нелегальний (тіньовий).
за ступенем оплати	<ul style="list-style-type: none"> – ринок платних медичних послуг; – ринок безоплатних медичних послуг.
за рівнем надання медичних послуг	<ul style="list-style-type: none"> – медицина надзвичайних ситуацій та катастроф; – екстрені медичні послуги; – планові послуги.
за спеціалізацією	<ul style="list-style-type: none"> – урологічний; – гінекологічний; – стоматологічний; – терапевтичний; – хірургічний та ін.
за галузевою ознакою	<ul style="list-style-type: none"> – дитяча медицина (педіатрія); – доросла медицина; – геронтологія.
за характером контакту із пацієнтом	<ul style="list-style-type: none"> – реальний; – віртуальний.

*Складено автором за даними [2, 9, 11, 66, 103, 134, 178, 265].

Окремо слід визначити, що у структурі приватного ринку медичних послуг виділяють два крупних сегменти – комерційний та некомерційний. Наприклад, у Нідерландах, Люксембурзі, Німеччині багато клінік знаходяться у власності релігійних організацій. У Німеччині власником ряду лікарень є організація «Червоний Хрест». Саме тому, весь ринок приватних

медичних послуг поділено на ринки приватних комерційних та некомерційних медичних послуг.

За географічною ознакою приватні медичні послуги надаються на різних рівнях – світовому, національному і регіональному медичному ринках. Ринок державних медичних послуг охоплює національний і регіональний масштаб. В той же час сучасні тенденції світової економіки сприяють появі та зростанню міжнародного попиту на медичні послуги. За ступенем легальності існують два види медичних ринків – ринок тіньових (нелегальних, неофіційних) медичних послуг і ринок легальних (офіційних) медичних послуг. З урахуванням тіньової медицини можливо виділити також ринок платних і безоплатних медичних послуг. Сегмент платних послуг представлений приватним комерційним ринком, ринком державних медичних послуг понад гарантований мінімум і його тіньовою складовою. Такий варіант класифікації ринку є актуальним при аналізі соціальної функції ринку медичних послуг і всієї системи охорони здоров'я.

Виділяють конкурентні та неконкурентні ринки у національній системі охорони здоров'я. Неконкурентний ринок медичних послуг – інституційне утворення, у якому економічна поведінка його суб'єктів підпорядковується виключно впливу монопольної сили (наприклад, великих або державних клінік). Такі клініки мають переваги, по-перше з медичної точки зору. У зв'язку із тим, що практична діяльність лікарів поєднується із науковою, і наявні необхідні новітні медичні технології. З економічної точки зору, у великих клініках (до 500-600 ліжок) спостерігаються позитивні тенденції – за рахунок централізації великі клініки мають більше фінансових можливостей для проведення науково-дослідних робіт, зміцнення матеріально-технічної бази, впровадження нових технологій і методик, що сприяє зростанню якості медичних послуг [50].

Незважаючи на формально неринковий характер державного сектору охорони здоров'я він функціонує у ринкових умовах. Виробники державних медичних послуг вступають у товарно-грошові відносини із суб'єктами

інших локальних ринків охорони здоров'я - ринком факторів виробництва та ринком страхових послуг. Також, виробники медичних послуг вступають у товарно-грошові відносини з іншими інституціональними одиницями ринкової інфраструктури, за межами системи охорони здоров'я. Лікувально-профілактична і соціально-економічна якість медичних послуг виступає головним фактором для конкуренції між державним та приватним ринком медичних послуг. Монополістична сутність неконкурентного ринку медичних послуг полягає у інтеграції процесів управління і фінансування галузі. Держава виступає одночасно і продавцем і покупцем медичних послуг, при перманентній відсутності конкуренції це призводить до зменшення показників якості надання медичної допомоги та неефективного використання фінансових ресурсів [49].

Значущу роль на ринку медичних послуг відіграють його учасники, які виконують функції регулювання та контролю на різних рівнях: органи влади та управління охорони здоров'я, правоохоронна та судова системи, асоціації з охорони прав споживачів, саморегулюючі медичні організації, асоціації страхових медичних організацій та інші. При цьому, ринок медичних послуг принципово відрізняється від ринків інших послуг (табл. 1.5.).

Отже, на відміну від ринків інших послуг, ринок медичних послуг має ряд специфічних особливостей: предметом його діяльності є людина та її здоров'я, а засоби діяльності в медичній галузі відрізняються високим відсотком інтелектуальної складової; певна персоніфікованість процесу надання медичної допомоги – виникає необхідність в особистих контактах виробників і споживачів медичних послуг, а процес взаємодії лікаря і пацієнта відрізняється нестандартністю та індивідуальністю підходів; на ринку медичних послуг спостерігається асиметрія інформації у виробників і споживачів медичних послуг щодо споживчих якостей медичних послуг, а її дефіцит інформації та специфічна невідчутність медичних послуг ускладнює процес їх споживання.

Таблиця 1.5.

Порівняльна характеристика ринків інших послуг і медичних послуг*

Ринок інших послуг	Ринок медичних послуг
велика кількість продавців	кількість продавців обмежена, існує обмеження входу на ринок, можливі ситуації природної монополії
продавець визначає обсяг та види послуг	покупець впливає на пропозицію послуг
однорідність товару/послуги	неоднорідність медичної послуги, її особливості
достатня поінформованість покупців	недосконала інформація
можливість одержання в запас	нездатність до зберігання
невіддільність від джерела	невіддільність від джерела й одержувача
основний критерій вибору - ціна	ціна є лише одним із багатьох факторів, поряд із якістю, термінами, методами виробництва
можливість зіставлення ціни послуги та її якості	неможливість або труднощі зіставлення ціни і якості
механізм ринку знеособлений, враховуються потреби багатьох покупців і продавців	ринок індивідуалізований, споживач вступає в тісні зв'язки із виробником /посередником (страховою компанією)
відносно не чутливий до змін у внутрішній і зовнішній політиці	дуже чутливий до коливань у зовнішній і внутрішній політиці
попит або відносно постійний або залежить від доходів	попит визначається властивостями запропонованих послуг або існуючою оцінкою. Використання останніх наукових досягнень може бути однією з головних переваг
потреби у конкретному виді послуг відносно постійні	попит на медичні послуги залежить від рівня захворюваності
виробники прагнуть до максимізації прибутку	наявність великої кількості державних або приватних некомерційних організацій

* Складено за даними [1, 13, 52, 121, 122].

Щодо асиметрії інформації на ринку медичних послуг, вона проявляється, з одного боку, в тому, що пацієнт практично не може оцінити кваліфікацію лікаря, якість медичної техніки або ліків, а інформація з цих питань не завжди доступна. З іншого боку, часто історія хвороби не завжди доступна лікарю, що призводить до ускладнень при діагностиці захворювань і необхідності витрат на повторні медичні процедури.

Загальний розвиток міжнародної торгівлі медичними послугами, поширення та впровадження нових технологій та інноваційних методів лікування привели до формування світового ринку медичних послуг, а

стандартизація їх виробництва і споживання, обумовлені специфікою сфери охорони здоров'я, вже давно стали предметом діяльності міжнародних спеціалізованих організацій та держав.

Таким чином, можна зробити висновок, що сформований світовий ринок медичних послуг є сегментом світового ринку послуг, особливою сферою міжнародного товарного обміну, яка характеризується стійкими, систематичними операціями з обміну медичними послугами, включаючи медичні технології, вироби медичної техніки, методи організації медичної діяльності, фармакологічні засоби, лікарський вплив, заходи з профілактики захворювань тощо, спрямованими на якісну зміну показників здоров'я людини, а також стандартизується, регламентується і регулюється спеціальними органами та організаціями на різних рівнях.

1.2. Глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг

Розвиток світового ринку медичних послуг складається під впливом процесів глобалізації та глобальних технологічних зрушень.

Суперечливі глобалізаційні процеси проникають в усі структури суспільства і впливають на всі його соціальні інститути, в тому числі й систему охорони здоров'я. З одного боку, ці зміни сприяють її розвитку по всьому світу за рахунок нарощення інтенсивності обміну науковою інформацією, доступу до ефективних закордонних медичних технологій, новітніх засобів телекомунікацій, що дозволяють впроваджувати дистанційні форми діагностики, лікування, навчання фахівців. Безумовно, процес «стирання» кордонів між країнами і континентами спрощує доступ до медичних послуг і призводить до суттєвих змін у їх якості, сприяє появі нових міжнародних гравців на ринку. Як окремі компанії освоюють міжнародні ринки, так і цілі країни виходять на світовий ринок медичних послуг. Слідом за вже відомими гравцями ринку – США, країнами Європи,

Японією – активно інтегруються до світового ринку медичних послуг країни Південної Америки та Азії. Протягом цього ж періоду постійно зростала кількість країн, що приєдналися до ООН, а отже, і до ВООЗ [218].

Разом з тим сучасна глобалізована економіка характеризується високим рівнем монополізації світового ринку медичних послуг, спрямованого на переважний розвиток комерціалізації медичної діяльності, керуючись виключно економічною доцільністю її розповсюдження, що призводить до серйозних дисбалансів у системі охорони здоров'я, соціального захисту і якості життя населення по всьому світу. У сучасному світі розвинена система здоров'я населення стає одним із значущих конкурентних переваг будь-якої країни на світовому ринку, а отже, підтримання та зміцнення здоров'я населення – одним із стратегічних завдань будь-якої держави. Потреба у збереженні здоров'я посідає перше місце в ієрархії потреб держави, особливо в сучасних умовах, коли світ стоїть перед загрозою демографічної кризи, а високий рівень захворюваності і смертності населення працездатного віку становить загрозу для соціально-економічного розвитку та національної безпеки країни. При цьому, проблеми наслідків впливу соціальних факторів на здоров'я населення, подолання інфекційних захворювань, у першу чергу, туберкульозу, збереження репродуктивного здоров'я нації та інші питання, які постійно знаходяться в полі зору урядів різних країн, лише посилюють суперечливість глобалізаційного розвитку світового ринку медичних послуг [125].

Розвиток світового ринку медичних послуг відчуває на собі вплив також з боку загострення загальноновизнаних світових демографічних проблем останніх десятиліть, таких як старіння населення, світової поляризації та міжнародної міграції. Наприклад, старіння та зниження чисельності населення в розвинених країнах світу, викликане зниженням народжуваності разом із ростом середньої тривалості життя, при тому, що загальна кількість населення Землі продовжує збільшуватися в геометричній прогресії

переважно за рахунок зростання населення африканських та латиноамериканських країн, що розвиваються, з одного боку, викликає необхідність поширення діяльності міждержавних, суспільних організацій, благодійних фондів, стимулювання розвитку сучасних технологій та уніфікацію стандартів надання медичної допомоги, а, з іншого – розвиток медичного туризму, інтернаціоналізацію медичної освіти тощо.

Міжнародна міграція також накладає свої особливості щодо подальшого розвитку світового ринку медичних послуг. Це проявляється, передусім, у зміні основного етнічного складу багатьох країн, в яких все більшу частку населення складають мігранти–представники інших національностей. Подібна ситуація є наслідком економічних змін, поширення розповсюдження по всьому світу зон вільної торгівлі, розмивання юридичних і митних кордонів, а також сучасної політики «держави добробуту», яка гарантує права людини, незалежно від його національності й походження. Численні мігранти створюють в національних економіках попит на послуги, що сприяють їх адаптації в суспільстві, до яких входить і державний сектор охорони здоров'я. Причому, часто лікарям і пацієнтам необхідно ще й долати мовний бар'єр. Так, у США 18% для тих, хто звертається за медичною допомогою, англійський не є рідною мовою, а половина з них говорять на ньому невпевнено – в цих випадках потрібна допомога перекладача [236]. Але, у свою чергу, величезну частку інтелектуальних мігрантів по всьому світу складають медичні фахівці з країн, що розвиваються, які шукають і найчастіше знаходять більш широкі можливості самореалізації та отримання високих доходів у розвинених країнах.

Таким чином, глобалізаційні процеси в охороні здоров'я носять суперечливий характер: з одного боку, у країн з'являються нові можливості розвивати свою систему охорони здоров'я (наприклад, науково-технічне співробітництво, доступ населення до медичних послуг інших країн); з

іншого – виникають потенційні загрози для систем охорони здоров'я окремих держав (наприклад, «відплив умів» медичних фахівців за кордон) і для загальносвітової системи охорони здоров'я в цілому (наприклад, прогресування глобальних епідемій).

На наш погляд, глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг включають функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок, діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі, лібералізацію торгівлі медичними послугами, монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК, утворення медичних кластерів, розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання, використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги, створення умов для розвитку медичного туризму, інтернаціоналізацію медичної освіти, міжнародну міграцію медичних фахівців, що можна представити у вигляді схеми (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг *

* Розроблено автором.

Розглянемо їх детальніше:

1. Функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок. Глобалізація сприяє зростанню ролі всесвітніх та міжнародних організацій, що регулюють сферу охорони здоров'я на наднаціональному рівні (ООН, ВООЗ, Міжнародна організація праці (МОП), Всесвітня комісія із соціальних аспектів глобалізації (World Commission on Social Dimension of Globalization – WCSDG) тощо). Вони діють спільно, беручи до уваги позиції один одного, і формуючи, таким чином, єдину світову мережу охорони здоров'я та відповідну глобальну політику, покликану, зокрема, координувати зусилля всіх країн світу, мобілізують кошти на реалізацію Глобальної стратегії системи охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків [17].

Так, головною метою діяльності ВООЗ є «досягнення усіма народами можливого найвищого рівня здоров'я» (Ст. 1 Уставу ВООЗ) [255]. ВООЗ направляє і координує міжнародну роботу у сфері охорони здоров'я у рамках системи ООН. Основними напрямками її діяльності передбачено зміцнення здоров'я населення у всіх країнах світу та протягом всього життя; удосконалення системи охорони здоров'я та корпоративних медичних послуг; боротьба з неінфекційними та інфекційними захворюваннями, епідеміологією. Ця міжнародна організація визначає принципи і стратегічні напрямки політики у сфері охорони здоров'я, ґрунтуючись на правових та етичних засадах, координує пріоритетні питання для забезпечення здоров'я всього світового співтовариства, приймає участь у розвитку партнерських відносин для реалізації спільних проєктів, складає перспективні плани наукових досліджень і розробок у галузі медицини, стимулює поширення і впровадження сучасних наукових розробок у практичну діяльність, сприяє впровадженню та застосуванню норм і стандартів, надає технічну підтримку, ініціює проведення реформ у системах охорони здоров'я різних країн світу, сприяє формуванню стійкого інституційного потенціалу [256].

Наразі ВООЗ, співпрацюючи з іншими міжнародними організаціями, реалізує більше ніж 75 програм і проєктів у світі, серед яких Глобальна

ініціатива ВООЗ з охорони здоров'я в школах тощо[140]. За останні пів століття, у питанні створення глобальної системи охорони здоров'я, дедалі більша роль відводиться Всесвітньому банку з його значними ресурсами, наявним ефективним доступом до топ-керівників у міністерствах фінансів країн і штатом технічних експертів. Світовий Банк виділив країнам кредити на мільярди доларів для підвищення якості медичного обслуговування [251].

2. Діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі. Значну роль у розвитку світового ринку медичних послуг в глобальних умовах, поряд із всесвітніми та міжнародними організаціями, які регулюють світовий ринок медичних послуг, відіграють міжнародні благодійні фонди та організації, такі як Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Глобальний альянс з вакцин та імунізації, а також Фонд Біла і Мелінди Гейтс. Останній є найбільшим у світі приватним фондом, головною метою якого є глобальна підтримка охорони здоров'я у всьому світі.

Крім того, на початку XXI ст. значно активізувалася діяльність міжнародних неурядових організацій у системі охорони здоров'я, що пов'язана, перш за все, з наданням невідкладної медичної допомоги. Найвідомішими серед них є «Міжнародна організація з прав людини» (Human Right Watch), «Міжнародна амністія» (Amnesty International), «Лікарі без кордонів» (Medecins Sans Frontiers), Міжнародний комітет Червоного Хреста (ICRC), Міжнародна гуманітарна організація «Oxfam», екологічна організація «Зелений світ» (Greenpeace) [255]. Так, у 2016 році організація «Лікарі без кордонів» надала невідкладну допомогу у 70 країнах світу, де населення стикається із проблемами обмеженого доступу до медичних послуг. Населення країн, що беруть участь у збройних конфліктах на Близькому Сході, Азії та Африки, і, в першу чергу, населення найбідніших з них отримує медичні послуги у межах міжнародної гуманітарної програми Міжнародної некомерційної організації «Лікарі без кордонів». Метою

програми є надання необхідної безоплатної гуманітарної та медичної допомоги жертвам конфліктів, природних катастроф, епідемій тощо [229].

3. Лібералізація торгівлі медичними послугами. Економічний аспект глобалізації ринку медичних послуг, перш за все, стосується лібералізації торгівлі медичними послугами, зростання обсягу споживання послуг за кордоном, трансграничного постачання медичних послуг.

Охорона здоров'я – особлива сфера, елемент національної безпеки країни, однак, тенденції, що намітилися, досить швидко втягують цю галузь до міжнародного поділу праці, дозволяючи використовувати переваги від міжнародної спеціалізації, а також повною мірою відчувати проблеми, пов'язані з цим. Лібералізація торгівлі медичними послугами, «стиснення відстаней» внаслідок розвитку транспортної інфраструктури та здешевлення вартості поїздок за кордон приводить до того, що надання медичних послуг перестає бути національною прерогативою.

Процес глобалізації супроводжується збільшенням угод з міжнародного співробітництва між країнами щодо прав інтелектуальної власності на медичні препарати, методи лікування та інше. Діяльність таких інститутів, як Світова організація торгівлі (СОТ), зокрема, чотири багатосторонні угоди СОТ: Генеральна Угода з торгівлі послугами (ГАТС) та Угоди щодо застосування санітарних і фітосанітарних заходів (СФМ), технічних бар'єрів у торгівлі (ТБТ) і торгових аспектів прав інтелектуальної власності (ТРИПС), та Всесвітня організація інтелектуальної власності (ВОІВ), що здійснюють адміністративні функції при укладанні міжнародних угод у сфері міжнародної торгівлі та об'єктами інтелектуальної власності, направлена на удосконалення патентного законодавства і охорону прав інтелектуальної власності виробників.

Лібералізація режиму торгівлі на світовому ринку медичних послуг може вплинути на здоров'я людей самим різним чином. Іноді цей вплив позначається безпосередньо, і його ефект очевидний, як це має місце в разі хвороби, що проникає через кордони разом з імпортованими товарами, або у разі спалаху якого-небудь захворювання, що порушує торгівлю, рух капіталів

і міграцію людей. В інших випадках ці наслідки носять непрямий характер, коли, наприклад, зниження торгових тарифів може призвести до зниження цін на медичне обладнання і товари медико-санітарного призначення, такі як лікарські засоби та препарати крові і таке інше.

Слід додати, що політичний аспект глобалізації ринку медичних послуг передбачає спрощення принципів національного суверенітету держав, що було і є, протягом багатьох століть, головним суб'єктом міжнародних відносин. Крім того, активізація діяльності міжнародних організацій з моніторингу стану здоров'я населення і охорони здоров'я у світі стала важливим аспектом політизації та глобалізації медичної галузі.

За рахунок лібералізації торгівлі медичними послугами, інтенсивного розвитку транспортної інфраструктури та вартісних переваг медичного туризму, надання медичних послуг на національному рівні може ставати менш актуальним. Саме тому лібералізація торгівлі медичними послугами тісно пов'язана з іншими глобалізаційними напрямками розвитку світового ринку медичних послуг, наприклад, транснаціоналізацією капіталу, зростанням науково-технічного співробітництва країн, зростанням міжнародної туристичної діяльності і міжнародною міграцією робочої сили.

4. Монополізація світового фармацевтичного ринку з боку ТНК. Світовий фармацевтичний ринок, що сформувався протягом останніх 50-60-ти років, контролюється кількома десятками найбільших фармацевтичних компаній з міжнародною присутністю. Поява транснаціональних корпорацій (ТНК) у світовій фармацевтичній галузі почалася з другої половини ХІХ століття, коли майже все фармацевтичне виробництво було під контролем західноєвропейських і американських національних компаній. Пізніше, протягом ХХ століття, процес глобалізації надав додатковий поштовх розширенню діяльності цих компаній, які, використовуючи свої конкурентні переваги за рахунок концентрації капіталу, виходили спершу на сусідні регіональні ринки, а потім поступово перетворилися на фармацевтичних гігантів, що монополізували світовий фармацевтичний ринок. До цих гігантів

звичайно відносять групу найбільших фармацевтичних компаній світу з річним доходом понад 3 млрд дол. США («Pfizer Inc », « Novartis », « Sanofi-Aventis» – всього близько 30 компаній) – «Велика Фарма» («Big Pharma»), на яку приходиться до 80% світового фармацевтичного ринку у вартісному вираженні, а на 10 найбільших з них припадає близько 40% ринку, що свідчить про високий рівень його монополізації [50] (рис. 1.2).

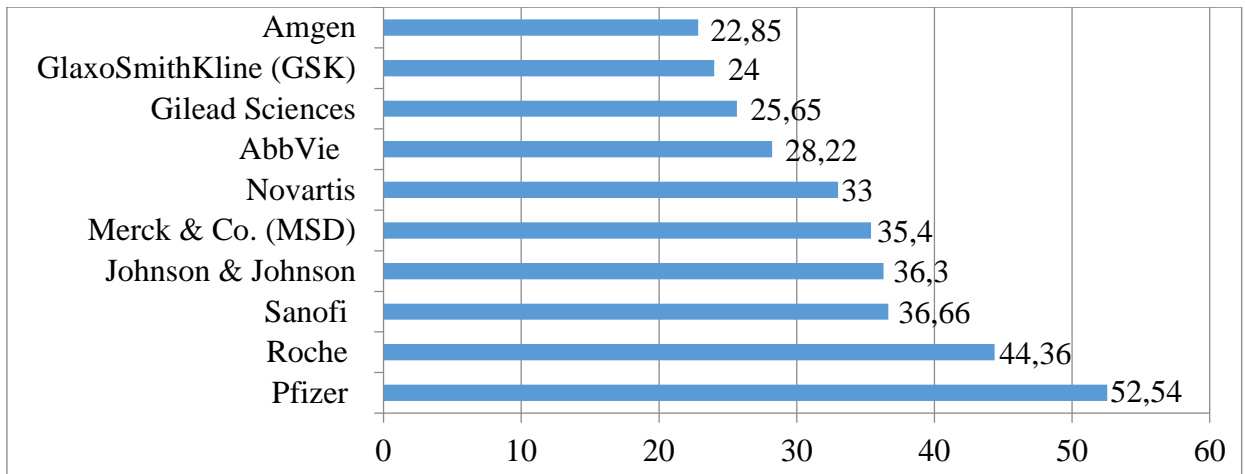


Рис. 1.2. TOP-10 фармацевтичних компаній за обсягами продажів на світовому ринку у 2017 році*

* Складено автором за даними [50, 264].

Так, лідером за кількістю компаній у «Великій Фармі» є США –16 компаній, на другому місці – Японія (10 компаній) і на третьому – Німеччина (5 компаній). За обсягами продажів попереду також США –40%, далі йде Швейцарія –13% і Японія – 11%. За витратами на НДДКР до першої трійки входять США –42%, Швейцарія – 17% та Японія – 12% [231].

Для збільшення доходу ТНК або виводить на ринок нові запатентовані препарати, або виходить на нові ринки. Як результат, ліки та фармацевтичні препарати, що виробляються фармацевтичними компаніями-гігантами по всьому світу, мають тенденцію до щорічного подорожчання, однією з причин чого є виконання високовартісних науково-дослідних робіт у цій галузі та використання високовартісної сировини, що призводить до негативних

наслідків на ринку медичних послуг у вигляді асиметрії на ринку покупців, коли далеко не всі країни світу мають можливість придбати інноваційні фармацевтичні препарати, необхідні для своєчасного попередження або боротьби з загрозою виникнення небезпечних захворювань.

5. Розповсюдження медичних кластерів. У світі вже чітко сформувалося таке поняття, як «кластерна економіка», а кластер зараз є найбільш ефективною формою економічного розвитку. Це стосується і світової системи охорони здоров'я. Медичні кластери включають організації та підприємства, які об'єднують клінічну, наукову та освітню діяльність у сфері охорони здоров'я. Медицина сьогодні може існувати і розвиватися саме на базі трьох цих складових, тому що, завдяки науковим дослідженням, весь час з'являються нові технології та рішення, які необхідно швидко впроваджувати як в практику навчання молодих лікарів, так і безпосередньо в клінічну практику. У медицину, як і в інші галузі, проникла діджиталізація, і саме у медичних кластерах вона максимально помітно працює, оскільки за рахунок синергетичного ефекту від поєднання цих трьох складових зростає ефективність лікування навіть найважчих захворювань, діагностика передбачає проблеми в самому початку або навіть до їх виникнення. Крім того, в охороні здоров'я особливу роль сьогодні отримав сервіс. По всьому світу створюються «розумні» лікарні (smart hospital) або ж на них перетворюються старі лікувальні установи. У тих чи інших медичних організаціях концепція smart hospital робиться з певним акцентом: новітні технології в діагностиці та хірургії, проведенні різних процедур, діджиталізація всього процесу взаємодії з пацієнтом, «розумні» системи управління клініками (персоналом, ресурсами, процесом лікування пацієнтів, часом, витратами) і проведення НДДКР, тобто глобально всі «розумні» медичні організації поєднують і розробку нових медичних технологій, і підготовку медичних кадрів, і управління медичною діяльністю.

Так, науково-дослідні роботи в сфері фармацевтики в США проводяться у дослідницьких парках, які, як правило, розташовуються поблизу

університетів, що спеціалізуються на медичній тематиці. Одним з основних таких парків є «Triangle Park», який спеціалізується на фармацевтиці та біотехнологіях. До нього входять кілька великих університетів, зокрема, Duke University; North Carolina State University; University of North Carolina at Chapel Hill; North Carolina Central University, а також низка великих венчурних компаній, зокрема, The Aurora Funds, Inc, Calvert BioCapital, Hatteras Venture, Intersouth Partners Partners, Pappas Ventures, які інвестують у 60 проектів у сфері медицини та інформаційних технологій в компанії, що базуються в парку. Таких компаній в парку близько 80, серед яких такі всесвітньовідомі, як BASF Crop Protection, Bayer CropScience, Monsanto Corporation, Nufarm Americas, Syngenta, із загальною чисельністю зайнятих більше ніж 10 тис. осіб [62].

Іншим відомим дослідницьким парком у сфері фармацевтики є науково-дослідний парк при Університеті штату Каліфорнія в Сан-Дієго. У ньому працює 18 дослідницьких організацій, 3 госпіталі і більше ніж 400 фармацевтичних і біотехнологічних компаній, серед яких La Jolla Institute for Allergy & Immunology (входить у п'ятірку найбільших компаній, що займаються біологічними і генетичними дослідженнями) і Kyowa Hakko Kirin California, Inc. (дочірня компанія Kirin Pharma Co., що займається дослідженнями і розробками у галузі біофармацевтики). У рейтингу Національної дослідницької ради (National Research Council) цей парк займає перше місце в США у галузі нейробиології та океанології, друге місце – у галузі біомедицинської інженерії, третє – у галузі фізіології і фармакології [62].

Вдалі приклади медичних кластерів є в Німеччині, Ізраїлі, Японії, Республіці Корея і Франції. Наприклад, баварський кластер Medical Valley, що організований і фінансується Федеральним міністерством освіти і досліджень Німеччини, включає понад 500 компаній, що займаються медичними технологіями, більше ніж 65 лікарень, в яких щорічно проходять лікування близько 850000 пацієнтів, 20 науково-дослідних інститутів і

більше ніж 80 університетів, які працюють над інноваційними рішеннями в області медичних технологій. З 2010 року він є провідним кластером медичних технологій у Німеччині, а накопичені ним внаслідок синергії технології та компетенції використовуються для розробки і виведення на світовий ринок ефективних рішень, адаптованих до сучасного рівня розвитку системи охорони здоров'я [84].

6. Розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання. Глобалізація сприяє дифузії медичних інновацій з високорозвинених країн, де під тиском конкуренції відбувається безперервне оновлення медичних технологій, лікарських препаратів і менеджменту. Інтенсифікація капіталовкладень у наукові дослідження та інноваційні медичні розробки, інтернаціоналізація медичної науки, транснаціоналізація фармацевтичного ринку сприяють поширенню наукових медичних та фармацевтичних досягнень на інші країни

Найбільш актуальним напрямком глобалізації охорони здоров'я є впровадження телемедицини та e-health у сучасній системі охорони здоров'я, які передбачають скорочення витрат на надання медичної допомоги на місці, що пов'язано із відсутністю необхідності присутності медичних працівників або пацієнтів. Транскордонне постачання медичних послуг передбачає проведення медичних консультацій, діагностики захворювань і передачі лабораторних аналізів за допомогою інформаційно-комунікативних технологій. Зазначимо, що Саміт ООН з питань інформаційного суспільства у Женеві наголосив, що доступ до інформаційних та комунікаційних технологій є одним із головних елементів розвитку суспільства. Для більшості індустріальних держав використання інформаційно-комунікативних технологій виявилось ключовим засобом підвищення продуктивності й ефективності існуючих систем охорони здоров'я [203].

Більш детально дослідження впливу глобальних технологій на тенденції розвитку світового ринку медичних послуг буде проведено у п. 2.3 роботи.

7. Використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги. Міжнародні спеціалізовані організації, а також держави на національному рівні формують стандарти надання медичних послуг та вимоги до персоналу, медичних виробів і препаратів, уніфікують системи охорони здоров'я, що пов'язано зі зростаючою тривалістю життя населення і зростанням витрат на охорону здоров'я, а також регламентують супутні сфери, такі як, наприклад, медичне страхування тощо. Дедалі все більше країн світу використовують соціально-страхову систему охорони здоров'я, в якій поєднання обов'язкового медичного страхування (ОМС) з добровільним медичним страхуванням (ДМС), на погляд експертів ВООЗ, є найбільш вдалим рішенням організації та фінансування системи охорони здоров'я. Разом з тим активно впроваджуються методи стандартизації (клінічні протоколи, формулярна система та інші).

Важливим аспектом впливу глобалізації на світовий ринок медичних послуг є впровадження міжнародних стандартів надання медичної допомоги, регулювання обліку лікарських засобів і медичних виробів. В першу чергу, це стандарти GMP, стандарти ISO 9000-9004, рекомендації ВООЗ і розвиток міжнародних акредитаційних організацій, що контролюють медичні установи на відповідність високим стандартам якості, що регламентовані Об'єднаною міжнародною комісією (Joint Commission International (JCI)), найпрестижнішої акредитаційної організації у світі, місією якої є постійне підвищення надійності та якості медичного обслуговування у міжнародному співтоваристві шляхом надання освітніх і консультаційних послуг, а також міжнародної акредитації і сертифікації. Клініки і медичні центри, що отримали акредитацію JCI, відповідають найвищим міжнародним медичним і адміністративним стандартам. Сертифікати JCI свідчать про бездоганний менеджмент і найвищу якість медичних послуг. Діяльність закладу охорони здоров'я у оцінюється за 197 основними стандартами, 368 загальними стандартами і 1032 додатковими показниками [215].

8. Створення умов для розвитку медичного туризму. Глобалізація сфери охорони здоров'я проявляється, як вже було сказано, в лібералізації торгівлі медичними послугами, що супроводжується зростанням споживання послуг за кордоном, у поширенні медичного туризму. Це може відбуватися з різних причин. По-перше, відносно низька якість системи охорони здоров'я, відсутність необхідних фахівців і життєво важливих лікарських препаратів в аптеках деяких країн, що розвиваються, призводить до того, що населення цих країн, якщо є кошти, змушене отримувати медичну допомогу за кордоном. По-друге, ринкова система охорони здоров'я є часом недоступною для населення розвинених країн через дорожнечу (наприклад, у США). По-третє, такі країни, як Куба, Індія, Малайзія, Таїланд використовують свої конкурентні переваги (дешева робоча сила при високому рівні освіти) для розвитку такого сегменту, як медичний туризм, і вже досягли успіху в цьому [56].

Крім того, зростання медичного туризму пояснюється також зростанням доходів і збільшенням вільного часу у населення, удосконаленням транспортних послуг і підвищенням рівня інформованості суспільства щодо можливостей отримання аналогічної за якістю послуги за більш прийнятними цінами або в більш стислі терміни за кордоном. Головними напрямками розвитку медичного туризму в світі є США, Німеччина, Туреччина, а також Канада, Мексика, Велика Британія, Франція, Іспанія, Йорданія, Дубай, Японія. Однак останнім часом серйозну конкуренцію їм становлять клініки в нових країнах, що розвиваються: Індії, Бразилії, Болівії, Коста-Ріки, Малайзії, ПАР, Республіки Корея, Сінгапуру, Таїланду, Філіппін [56].

Таким чином, через диверсифікацію надання медичних послуг за країнами світу та різного рівня доступу до охорони здоров'я для різних груп населення в країнах, що, у свою чергу є наслідком національних особливостей регулювання систем охорони здоров'я та ціноутворення на ринках медичних послуг, рівня якості медичних послуг і супутнього обслуговування створюються можливості для міграції як пацієнтів, так і медичних працівників.

9. Інтернаціоналізація медичної освіти. Стрімкий розвиток світового ринку медичних послуг в умовах глобалізації супроводжується інтенсифікацією зростання не тільки практичної охорони здоров'я, але й розширенням потенціалу медичної сфери – процесами інтернаціоналізації медичної освіти і науки. Причини розвитку процесу інтернаціоналізації медичної освіти треба шукати у розумному поєднанні фундаментальної, загальнопрофесійної та спеціальної складових змісту вищої медичної освіти у кожній країні. Національною є тільки система охорони здоров'я, а медицина як наука є наднаціональною. Саме через це отримання медичної освіти за кордоном стає в країнах світу, у тому числі і розвинених, все більш популярним. Так, серед студентів-медиків Канади за кордоном навчається кожен десятий, а такі країни, як Кіпр, Гренада та Ямайка навчають сотні студентів-медиків з США. Університети Чехії, Польщі, Угорщини, Румунії та Філіппін заробляють значні кошти за допомогою англомовних програм навчання студентів-медиків з розвинених країн, російські медичні вузи навчають англійською мовою громадян країн третього світу, в основному з Південної Азії [56].

Основним наслідком академічної мобільності студентів медичних вузів є забезпечення майбутніх лікарів можливістю отримати якісну освіту за обраним напрямом професійної підготовки у визнаних наукових і освітніх центрах, надати їм доступ до світових провідних наукових центрів, розширити його пізнання в усіх областях медичної культури, розвинути новий тип мислення громадянина світу.

10. Міжнародна міграція медичних фахівців. Світовий попит на медичних фахівців зростає під впливом старіння населення в розвинених країнах, що, у свою чергу, потребує в медсестрах і нянях, медичних професіоналах по догляду за безнадійно хворими. Тому значна частина медичних сестер виїжджає за спеціальними програмами, особливо до США, Великої Британії, Німеччини, Канади [218].

Для країни-реципієнта міжнародна міграція медичних фахівців несе в собі в основному позитивні елементи. Країна-імпортер економить на освіті медичних кадрів, а також і на заробітній платі, оскільки праця іммігрантів істотно дешевше місцевих фахівців. Не випадково деякі країни (США, Австралія) використовують політику асиміляції для залучення висококваліфікованих фахівців, у тому числі й до медичної сфери. Так, перевищення іноземними лікарями 10% загального обсягу чисельності лікарів характерно для Бельгії, Португалії, Іспанії, Австрії, Норвегії, Швеції, Швейцарії, Словенії, Ірландії, Великої Британії, а іноземними медсестрами 10% загального обсягу чисельності медсестер – Австрії, Ірландії, Італії, Великої Британії. Серед «новачків» на ринку медичних послуг, які отримали право працювати лікарями останнім часом, особливо велика питома вага у Великій Британії (42,6%), Бельгії (25,3%), Австрії (13,5%), а медичними сестрами – в Італії (28%), Великій Британії (14,7%), Бельгії (19,3%), дантистами – в Австрії (40,8%), Великій Британії (33,7%), Бельгії (13,5%), Угорщині (9,7%) [218].

В результаті, національні економіки країн-донорів безповоротно втрачають інтелект, витрати на медичну освіту і підвищення кваліфікації майбутніх фахівців-емігрантів, особливо якщо мова йде про країни, що розвиваються, де прогресують такі важкі форми захворювання, як ВІЛ / СНІД, малярія, туберкульоз тощо.

Таким чином, усі глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг пов'язані між собою і розповсюджуються з різними наслідками для країн світу. З одного боку, глобалізація є потужним імпульсом для подальшого розвитку світового ринку медичних послуг і поширення доступу населення до якісних послуг з охорони здоров'я, а з іншого – в умовах нерозвиненості національних систем охорони здоров'я більшості країн, що розвиваються, відкриття кордонів для вільної торгівлі медичними послугами може спричинити за собою стагнацію національної системи. При цьому, ці глобалізаційні процеси, незважаючи на їх суперечливі наслідки, демонструють

постійне зростання міжнародної взаємозалежності господарюючих суб'єктів різного рівня – від профільних медичних центрів до найбільших міжнародних медичних і фармацевтичних корпорацій, що свідчить про зростання економічної цілісності світового ринку медичних послуг. Саме тому наразі глобалізаційні процеси, як в економіці, так і в медицині, є сучасними ефективними важелями розвитку системи охорони здоров'я в цілому, подальшого розвитку медичної науки, впровадження сучасних високотехнологічних методів діагностики та лікування, що створює нові можливості для надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги як на національному, так і на світовому рівнях.

1.3. Методичні підходи щодо дослідження світового ринку медичних послуг

Дослідження світового ринку медичних послуг характеризується варіабельністю стану та циклічністю розвитку, суперечливістю, оскільки різні показники, які характеризують ринок в один і той же час можуть відображати протилежні тенденції, та нерівномірністю, яка проявляється коли динаміка розвитку різних країн має однаковий напрямок, але відрізняється темпами.

Така ситуація формується під впливом факторів, які підпорядковуються імовірнісним законам. Завдяки зазначеним особливостям ринкової ситуації використання науково-обґрунтованих методів збору, обробки та аналізу інформації дає можливість отримати ефективні та цінні результати, необхідні для функціонування галузі охорони здоров'я [75].

У кожному науковому дослідженні можна виділити два рівні: емпіричний, на якому відбувається процес накопичення фактів, та теоретичний – досягнення синтезу знань (у формі наукової гіпотези та теорії). Відповідно до зазначених рівнів, загальні методи пізнання можна поділити на три групи: методи емпіричного дослідження; методи, що

застосовуються на емпіричному та теоретичному рівнях досліджень; методи теоретичних досліджень [43].

Світовий ринок медичних послуг, як об'єкт світогосподарської системи, характеризується численною кількістю факторів та тенденцій, які часто мають суперечливий характер і потребують глибокого аналізу з використанням як емпіричних, так і теоретичних методів дослідження.

Дослідження світового ринку медичних послуг проводиться за допомогою загальнонаукових, діалектичних і логічних законів, методів та принципів. Згідно із загальнонауковими принципами, будь-яке соціально-економічне дослідження має свою методологію дослідження. Перш за все це використання системного підходу, який дозволяє якісно та ефективно здійснити аналіз розвитку світового ринку медичних послуг. Основними принципами даного підходу є цілісність, що дозволяє розглядати систему як єдине ціле, і в той же час як підсистему для вищих рівнів; структуризація дозволяє аналізувати елементи системи та їх взаємозв'язок у рамках конкретної організаційної структури; множинність дозволяє використовувати безліч кібернетичних, економічних та математичних моделей для аналізу окремих елементів і системи в цілому. Системний підхід дозволяє в процесі дослідження розглядати світовий ринок медичних послуг як велику і складну систему, і одночасно, як елемент більш загальної системи світового ринку послуг.

Разом з тим, виникає необхідність у використанні не тільки загальних, а і у формуванні спеціальних методичних підходів до дослідження, які включають сукупність підходів, методів та конкретних прийомів дослідження, що дозволяють проаналізувати сучасний стан світового ринку медичних послуг та перспективи розвитку його базових характеристик. Так, аналіз тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг здійснюється з використанням методів кореляційного та дискримінантного аналізу, для чого необхідно сформулювати систему статистичних макроекономічних показників, а також економіко-математичних методів для побудови об'єктивних тенденцій і прогнозів розвитку.

Аналіз літературних джерел, з точки зору використання методичних підходів та індикаторів, що характеризують розвиток світового ринку медичних послуг, дозволив сформувавши систему показників для кількісної характеристики розвитку світового ринку медичних послуг, систематизовану за 4 групами: I. показники національних рахунків; II. демографічні показники, що впливають на систему охорони здоров'я; III. показники, що характеризують рівень фінансування системи охорони здоров'я; IV. показники розвитку ринку медичних послуг; V. узагальнюючі показники світового ринку медичних послуг; VI. рейтингові показники світового ринку медичних послуг (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Система показників кількісної характеристики розвитку світового ринку медичних послуг*

№ п/п	Назва показника	Умовне позначення**	Одиниця виміру
1.	2.	3.	4.
I. Показники національних рахунків			
1	ВВП	x_1	поточні ціни, млрд дол. США
2	ВВП на душу населення	x_2	поточні ціни, дол. США
II. Демографічні показники, що впливають на систему охорони здоров'я			
3	Середньорічна чисельність населення	x_3	млн осіб
4	Середня тривалість життя	x_4	років
5	Індекс людського розвитку (ІЛР)	x_5	бали
6	Рівень народжуваності (на 1000 населення)	x_6	індекс
7	Рівень смертності (на 1000 населення)	x_7	індекс
III. Показники, що характеризують рівень фінансування системи охорони здоров'я			
8	Обсяг ринку медичних послуг	x_8	млрд дол. США
9	Загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП	x_9	%
10	Державні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП	x_{10}	%
11	Державні витрати на охорону здоров'я у % від загальних державних витрат	x_{11}	%
12	Державні витрати на охорону здоров'я у вигляді % від ВВП на душу населення	x_{12}	%
13	Державні витрати на стаціонарну допомогу, % від загальних витрат на стаціонарну допомогу	x_{13}	%
14	Доля заробітної плати від загальних витрат на охорону здоров'я	x_{14}	%

Продовження табл. 1.6

1.	2.	3.	4.
15	Доля загальних витрат на медикаменти як % від загальних витрат на охорону здоров'я	x_{15}	%
16	Капітальні витрати на медичні заклади від загальних витрат на охорону здоров'я	x_{16}	%
17	Приватні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП.	x_{17}	%
18	Приватні витрати на охорону здоров'я у % від загальних витрат на охорону здоров'я.	x_{18}	%
IV. Показники розвитку ринку медичних послуг			
19	Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань	x_{19}	тис. од.
20	Кількість лікарняних закладів	x_{20}	тис. од.
21	Кількістю лікарняних ліжок	x_{21}	тис. од.
22	Кількість лікарів усіх спеціальностей	x_{22}	тис. од.
23	Кількість середнього медичного персоналу	x_{23}	тис. од.
24	Вартість медичних послуг у розрахунку на душу населення	x_{24}	дол. США
V. Узагальнюючі показники світового ринку медичних послуг			
25	Обсяг світового ринку медичних послуг за галузевою ознакою та по регіонам світу	x_{25}	тис. дол. США
26	Доступність та якість медичних послуг	x_{26}	%
27	Конкурентоспроможність країн на світовому ринку	x_{27}	%
28	Впровадження сучасних технологій та методів діагностики та лікування	x_{28}	тис. дол. США
29	Індекс медичного туризму	x_{29}	індекс
30	Транскордонне постачання медичних послуг	x_{30}	кількість
VI. Рейтингові показники світового ринку медичних послуг			
31	Загальний показник медичного туризму	x_{31}	індекс
32	Рівень розвитку медичного туризму	x_{32}	індекс
33	Якість медичних послуг та обслуговування	x_{33}	індекс
34	Рейтинг країн за ефективністю систем охорони здоров'я	x_{34}	індекс

* Узагальнено автором за даними [139, 193, 218, 231].

** Умовне позначення показників використовується для подальшого аналізу ефективності сучасних моделей систем охорони здоров'я за методикою DEA.

На основі теоретико-логічного аналізу та аналітичних обчислень наведених показників, з урахуванням стратегічних напрямів розвитку національних економік та світового господарства стає можливим сформулювати базисні (результуючі) показники, які доцільно застосувати для подальшого аналізу та обґрунтування глобалізаційних тенденцій розвитку національних та світової системи охорони здоров'я, що є підґрунтям для обґрунтування стратегічних рішень у сучасній системі охорони здоров'я.

Таким чином, до базисних індикаторів, з нашої точки зору, доцільно включити лише обмежену кількість показників, що характеризують саме

ефективність функціонування національних моделей систем охорони здоров'я, наведені в таблиці 1.7.

Таблиця 1.7.

Базисні індикатори, що характеризують ефективність функціонування національних моделей систем охорони здоров'я*

№п/п	Назва показника	Умовне позначення показника	Одиниця виміру
1.	ВВП на душу населення	x_2	поточні ціни, дол. США
2.	Середня тривалість життя	x_4	років
3.	Загальні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП	x_9	%
4.	Державні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП	x_{10}	%
5.	Державні витрати на охорону здоров'я у вигляді % від ВВП на душу населення	x_{12}	%
6.	Приватні витрати на охорону здоров'я у % від ВВП.	x_{17}	%
7.	Приватні витрати на охорону здоров'я у % від загальних витрат на охорону здоров'я.	x_{18}	%
8.	Кількість лікарняних закладів	x_{20}	тис. од.
9.	Кількістю лікарняних ліжок	x_{21}	тис. од.
10.	Вартість медичних послуг у розрахунку на душу населення	x_{24}	дол. США
11.	Обсяг світового ринку медичних послуг за галузевою ознакою та по регіонам світу	x_{25}	тис. дол. США
12.	Індекс медичного туризму	x_{29}	індекс
13.	Рейтинг країн по ефективності систем охорони здоров'я	x_{34}	індекс

*Складено автором.

Важливим етапом дослідження є виявлення кількості та ідентифікації чинників, що визначають рівень і динаміку досліджуваного процесу. Це завдання успішно вирішується методами кореляційного аналізу, тобто визначення причинно-наслідкових залежностей між процесами, коли зміна одного з них є наслідком зміни іншого, а основними завданнями – висунення і перевірка статистичних гіпотез про наявність і силу кореляційного зв'язку.

Для табличного зображення парного зв'язку і визначення показників їх «тісноти» використовують кореляційні (двовимірні) таблиці, які дозволяють обчислити лінійний коефіцієнт кореляції. У кореляційній таблиці можна відобразити тільки парний зв'язок, тобто зв'язок результативної ознаки з одним фактором, для чого по рядках відкладаються групи однієї (результативної)

ознаки, а по стовпцях – групи іншої (факторної) ознаки. У клітинах цієї таблиці зазначається кількість одиниць, що мають певну величину тієї чи іншої ознаки, підсумки по рядках (n_y) покажуть число одиниць за кожною групою результативної ознаки, а підсумки за колонками (n_x) – розподіл факторної ознаки. Таким чином, у клітці, де підсумки за рядком сходяться з підсумками за колонкою, отримуємо кількість спостережень:

$$\sum n_y = \sum n_x = N$$

«Тіснота» або сила зв'язку між двома ознаками може бути виміряна показником, який має назву «емпіричного кореляційного відношення». Цей показник названий емпіричним, оскільки він може бути розрахований на основі звичайного угруповання за факторною та результативною ознаками, тобто на основі кореляційної таблиці. Емпіричне кореляційне відношення виходить з правила складання дисперсій, згідно з яким:

$$\sigma^2 = \bar{\delta}^2 + \bar{\sigma}^2,$$

де σ^2 – загальна дисперсія; $\bar{\delta}^2$ – міжгрупова дисперсія; $\bar{\sigma}^2$ – внутрішньогрупова (середня з частинних) дисперсія. Міжгрупова дисперсія є мірою коливання, обумовленого факторною ознакою. Середня з частинних дисперсій є мірою коливання, обумовленою усіма іншими (крім факторної) ознаками. Тоді відношення $\bar{\delta}_x^2 / \sigma^2$ показує частку коливання, що виникає за рахунок факторної ознаки, в загальному коливанні. Квадратний корінь з цього відношення називається емпіричним кореляційним відношенням:

$$\eta = \sqrt{\bar{\delta}_x^2 / \sigma^2} \quad (1.1)$$

Звідси випливає правило, що чим більше міжгрупова дисперсія, тим сильніше факторна ознака впливає на варіації результативної ознаки. Складові відношення дисперсій обчислюються за даними кореляційної таблиці за такими формулами:

$$\sigma_y^2 = \frac{\sum y^2 n_y}{N} - \bar{y}^2; \quad (1.2)$$

$$\delta_x^2 = \frac{\sum (\bar{y}_i - y)^2 n_x}{N}, \quad (1.3)$$

де \bar{y}_i – частинні середні; \bar{y} – загальна середня; n_y – підсумки за ознакою y ; n_x – підсумки за ознакою x ; $N = \sum n_x = \sum n_y$ – кількість спостережень. Те ж співвідношення зберігається і для умовних значень $y = y'$, отриманих числовим перетворенням y .

Емпіричне кореляційне відношення змінюється в межах від 0 до 1. Якщо його значення дорівнює нулю, то факторна ознака не впливає на кореляційний зв'язок. Якщо $\eta=1$, то результативна ознака повністю залежить від факторної. Якщо ж емпіричне кореляційне відношення є близьким до одиниці, то це свідчить про тісний зв'язок між факторною та результативною ознаками. Якщо це значення позитивне, то говорять про прямий зв'язок між ними. Якщо воно від'ємне, то говорять про зворотній зв'язок між досліджуваними показниками.

Для аналізу системи показників, що характеризують розвиток ринку медичних послуг та визначення відмінностей між країнами використовують методи дискримінантного аналізу, призначеного для дослідження відмінностей між двома або більшою кількістю груп об'єктів з використанням даних про різноманітність кількох ознак, що відрізняють ці об'єкти один від одного. Типове для дискримінантного аналізу завдання – визначення тих ознак, які найкраще дискримінують (відрізняють) об'єкти, що відносяться до різних груп.

Змінні вимірюються або за інтервальною шкалою, або за шкалою відносин. Інтервальна шкала кількісно описує відмінності між властивостями об'єктів. Шкала відносин – окремий випадок інтервальної шкали, яка дозволяє зробити співвідношення кількісних характеристик певної властивості у різних суб'єктів. Кількість об'єктів аналізу повинна перевищувати кількість дискримінантних змінних мінімум на два.

Дискримінантні змінні повинні бути лінійно залежними. Основною відмінністю дискримінантного аналізу є те, що у ході дискримінантного аналізу нові групи не утворюються, а формується правило, за яким нові одиниці сукупності відносяться до одної з вже існуючих множин (класів). Дискримінантний аналіз можна використовувати як метод прогнозування (передбачення) поведінки об'єктів, що аналізуються, на основі наявних стереотипів поведінки аналогічних об'єктів, що входять до складу існуючих або сформованих за певним критерієм множин.

Рівняння дискримінантного аналізу має вигляд:

$$W_n = \{(X_i, y_i), i = 1, \dots, n\}, \quad (1.4)$$

де $P \{y_i = j\} = \pi_j, j = 1, \dots, k; y_i$ – номер класу, до якого належить спостереження X_i ; π_j – невідома ймовірність, що X буде вилучено з j -го класу; кількість класів k відомо у дослідженні, $\sum \pi_j = 1$; усі X_i належать до одного й того ж простору спостережень; X_i – такі, що $y_i = j$, однаково розподілені із невідомою дослідникам функцією розподілу.

Для порівняльної оцінки ефективності функціонування національних моделей систем охорони здоров'я у дисертаційному дослідженні було використано методика вимірювання технічної ефективності (аналізу оболонки даних – Data Envelopment Analysis, DEA). Методика DEA розроблена М. Фарреллом у 1957 році [46].

У своєму дослідженні М. Фаррелл оцінив ефективність одиниці кінцевої продукції з одним вхідним фактором (англ. input) і одним вихідним параметром (англ. output). Ця ідея отримала подальший розвиток у 1978 році завдяки праці А. Чарнса, В. Купера та Е. Родоса [190], які переформулювали її як задачу математичного програмування. Методика DEA базується на лінійному програмуванні для визначення відносної ефективності за допомогою різних, реалізованих підприємством, продуктів. Нами

запропоновано використати методику ефективності заходів на основі застосування медичних послуг, реалізованих у різних країнах. Вперше метод DEA був застосований в громадському секторі США, в галузях освіти, охорони здоров'я та військової служби.

Вагомим етапом еволюції підходів до вимірювання ефективності стали дослідження М. Фаррелла (Farrell, 1957) відносно поняття економічної ефективності (economic efficiency), сутність якої полягає у відношенні фактичної продуктивності підприємства до максимально можливої [241]. В нашому випадку – у відношенні фактичної ефективності рівня медичних послуг країни до максимально можливої.

Відповідно до цього, кожний набір ресурсів (ринкові входи) характеризується максимумом виробництва, а фактичні значення ринкових виходів репрезентують ступінь його досягнення. Країни, що забезпечують максимум ринкових виходів на одиницю ринкових входів, набувають статусу «еталону» та формують «межу ефективності». Завданням аналізу є порівняння країн за ефективністю використання їх ресурсного базису (медичних послуг) і визначення відстані між країнами та «межею ефективності». Для цього використовують як параметричні методи, що передбачають формування спеціальної функції для країн-еталонів методами математичної статистики (побудова стохастичної межі виробничих можливостей, скориговані найменші квадрати тощо), так і непараметричні, що визначають межі виробничих можливостей (максимальні ринкові виходи) за будь-якою комбінацією ресурсів (метод аналізу середовища функціонування – DEA).

Проблема обмеженості використання параметричних методів актуалізована С. Рунгсіріявібун (Rungsiyawiboon, 2004), Т. Коеллі (Coelli, 2004) [239]: по-перше, метод стохастичної граничної виробничої функції обмежує сферу досліджень лише одномірними даними про досліджуваний об'єкт, тоді як DEA-метод дозволяє визначати дистанційну функцію для багатопараметричної системи; по-друге, на відміну від DEA-методу

параметричні методи вимагають специфікації типу виробничої функції чи функції витрат.

Метод DEA ґрунтується на використанні апарату лінійного програмування і виключає вплив виконавця на визначення рівня вагомості кожного ринкового входу та виходу, що усуває ризик суб'єктивності в оцінюванні. Критеріями ефективності в методиці DEA є досягнення оптимуму Парето (Pareto's optimum), що визначається максимально можливим обсягом виробництва продукції за існуючим технологічним рівнем та ресурсним забезпеченням. Метод DEA дозволяє: визначити агрегований показник для кожного досліджуваного об'єкту в межах використання ринкових входів до ринкових виходів, враховувати фактори зовнішнього середовища, не обмежуватися функціональною формою залежності між входами і виходами, ідентифікувати пріоритетні напрями зростання продуктивності, оцінити необхідні зміни ринкових входів/виходів, які б дали змогу вивести об'єкт на межу ефективності тощо.

Перша DEA-модель була розроблена А. Чарнсом, У. Купером та Е. Родесом (Charnes, Cooper, & Rhodes, 1978) [241]. Подальше розповсюдження DEA-моделей відбулося у сфері економіки підприємства та характеризується двовекторністю відповідно до впливу масштабу виробництва. Якщо продуктивність підприємств зростає пропорційно обсягам витрачених ресурсів, то пряма, на якій повинні знаходитися досліджувані підприємства, задає для них межу із постійною віддачею ресурсів (constant return scale – CRS). Однак, якщо із збільшенням кількості ресурсу його віддача знижується, то межа виробничих можливостей матиме вигляд кривої. У цьому випадку йдеться про змінну віддачу масштабу (variable-return-to-scale VRS). Перший вектор репрезентують CCR-моделі, за якими вимірювання продуктивності здійснюється на підставі оптимально зваженого співвідношення між ринковими входами та ринковими виходами. Оцінювання проводиться в координатах від 0 (мінімальна ефективність) до 1 (максимальна ефективність). Діагностика резервів зростання продуктивності

передбачає пошук альтернативних варіантів максимізації показника ефективності до 1 [187].

Застосуємо аналогічні міркування для порівняльної оцінки ефективності функціонування національних моделей систем охорони здоров'я за встановленими критеріями. Формально цей алгоритм передбачає вирішення задачі оптимізації [265]:

$$e_0 = \frac{\sum_{j=1}^s u_j y_{j0}}{\sum_{i=1}^r v_i x_{i0}} \rightarrow \max \quad (1.5)$$

$$\frac{\sum_{j=1}^s u_j y_{jm}}{\sum_{i=1}^r v_i x_{im}} \leq 1, \quad m = \overline{1, n},$$

$$u_j \geq 0, \quad j = 1, 2, \dots, s,$$

$$v_i \geq 0, \quad i = 1, 2, \dots, r,$$

де e_0 – показник ефективності заходів досліджуваної країни; n – кількість досліджуваних країн; r – кількість країн, які входять до діапазону порівняння; s – кількість країн, які було відібрано для аналізу після порівняння; x_{i0} – значення i -го ринкового діапазону досліджуваної країни; y_{j0} – вираз j -го «ринкового виходу» досліджуваної країни; x_{im} – вираз i -го вхідного фактора m -ї країни; y_{im} – вираз j -го вихідного параметра m -ї країни; v_i – «вага» діапазону порівняльних країн i ; u_j – «вага» кількості аналізованих країн j .

Подальший розвиток інструментарію аналізу середовища господарювання підприємства був спрямований на розширення можливостей його застосування з урахуванням змінного характеру ефекту від масштабу. У 1984 р. Р. Банкер, А. Чарнс та У. Купер (Banker, Charnes, & Cooper, 1984) розробили модель ВСС, яка ідентифікує зростаючий або спадний ефект масштабу для кожного підприємства [172]. Зміна ринкових входів продукує непропорційну зміну ринкових виходів. Математичний вираз змінного

ефекту від масштабу може бути представлений шляхом додавання нової змінної u_0 до цільової функції вихідної моделі:

$$e_0 = \frac{\sum_{j=1}^s u_j y_{j0} + u_0}{\sum_{i=1}^r v_i x_{i0}} \rightarrow \max \quad (1.6)$$

$$\frac{\sum_{j=1}^s u_j y_{jm} + u_0}{\sum_{i=1}^r v_i x_{im}} \leq 1,$$

$$u_j, v_i \geq 0,$$

де u_0 – ефект від масштабу:

якщо $u_0 < 0$ → віддача від масштабу спадна;

якщо, $u_0 > 0$ → віддача від масштабу зростаюча;

якщо $u_0 = 0$ → віддача від масштабу постійна.

Подальший розвиток досліджуваного інструментарію на основі управління продуктивності підприємства передбачав реалізацію альтернативних підходів: збільшення обсягу реалізованої продукції у разі незмінного обсягу витрачених ресурсів; зменшення витрат ресурсів за незмінного обсягу реалізованої продукції; забезпечення умов випереджувального зростання обсягів реалізованої продукції над темпами зростання витрат ресурсів.

У рамках першої моделі цільова функція спрямована на пропорційне підвищення ринкових виходів досліджуваного підприємства до меж ефективності, різновид цієї моделі дістав назву output-орієнтованої (output-oriented model). Особливістю другої, input-орієнтованої моделі (input-oriented model) є пропорційне зменшення ринкових входів до меж ефективності. Третя модель, за трактуванням А. Ліссітси (Lissitsa, 2003), має назву неорієнтованої [175], натомість А. Чарнс (Charnes, 1982), У. Купер (Cooper, 1982), І. Сейффорд (Seiford, 1982), Дж. Стурц (Sturz, 1982) визначають її як сумарну (ADD) [172].

Технологічні зміни в рамках DEA-методу оцінюють за допомогою індексу Малмквіста (Malmquist, 1953), сутність якого полягає у зіставленні ринкових входів за два різних періоди таким чином, щоб обсяг витрачених ресурсів базового періоду міг бути скороченим за незмінного рівня виробництва у

плановому періоді [185]. Пізніше Д. Кейвз (Caves, 1982), Л. Крістенсен (Christensen, 1982) та У. Дайверт (Diewert, 1982) [16] обґрунтували доцільність використання цього індексу для оцінювання продуктивності, а Р. Фаре (Fare, 1994), С. Гросскопф (Grosskopf, 1994) і С. Ловелл (Lovell, 1994) запропонували методи розрахунку індексу продуктивності Малмквіста на основі аналізу середовища функціонування [185]. Розрахунок індексу Малмквіста дозволяє визначати: зміну позиціонування підприємства відповідно до граничної межі ефективності; зміщення самої межі у часі; коливання ефективності відповідно до зміни масштабів господарювання; динаміку сукупної продуктивності факторів виробництва.

Використання інструментарію аналізу середовища функціонування дозволяє вирішити також інші управлінські завдання, зокрема, визначення рівня ефективності впливу медичних послуг на стан охорони здоров'я країни. Для цього використовуються різні моделі DEA. Застосування результатів методу DEA в динаміці дозволяє дослідити переміщення межі ефективності у часі та зробити висновок стосовно траєкторії розвитку об'єктів (галузі у цілому): прогресивна чи регресивна. За допомогою цього методу можна визначити причини зміни продуктивності: підвищення якості управління, оптимізація масштабу об'єкта, удосконалення технологій тощо.

Зокрема, розглянемо налаштування DEA і припустимо, що істина ефективність виведення за Фарелем ϕ : $\phi = \max \{F | (x, Fy) \in T\}$, є випадковою величиною зі значенням $[1, \infty]$ і функція щільності g .

Крім того припустимо, що існує ненульова ймовірність того з майже ефективною роботою: $\int_1^{1+\delta} g(\phi) d\phi \geq 0 \quad \delta \geq 0$.

Тепер очевидно, що передбачувана ефективність в будь-якій кінцевій вибірці визначається як:

$$F = \max \{F | (x, Fy) \in T_{\gamma}^*\}$$

$$T_{\gamma}^* = \left\{ (x, y) \in \left[R_+^m \times \left[R_+^n \mid x \geq \sum_{k=1}^K \lambda^k x^k, y \leq \sum_{k=1}^K \lambda^k y^k, (\lambda^1, \dots, \lambda^K) \in \Lambda^K(\gamma) \right] \right\}. \quad (1.7)$$

Формула зміщується вниз, тобто T_{γ}^* завжди слабший за істинну ефективність ϕ , $F \leq \phi$; $\Lambda^K(\gamma)$ – це обмеження γ , що залежить від припущення віддачі від масштабу, такі як FDH, VRS, або CRS. Причина полягає в тому, що спостерігається тільки підмножина практики, не обов'язково це були кращі практики, це була також оцінка T^* з T . Таким чином, це можна назвати внутрішнім наближенням, $T^* \subseteq T$ означає що F виміряна проти T^* буде меншою за ϕ , яка виміряна проти T . Значний прогрес використання методу DEA був досягнутий протягом останніх 15 років. Застосування методу DEA доцільне при перевірці гіпотез. DEA модель може застосовуватися для оцінки множини країн світу, наприклад, у процесі аналізу порівняльної оцінки ефективності функціонування національних моделей систем охорони здоров'я. Основні властивості економіки надання послуг, економії від масштабу, логіка структури надання послуг служать для перевірки моделі так само, як статистичні тести – для перевірки статистичної моделі, розробленої для реплікації деякого базового процесу генерації даних.

Таким чином, можливості методу DEA для оцінювання ефективності надзвичайно великі. Завдяки аналізу різних видів ефективності з урахуванням постійної і змінної величини масштабу отримують великий масив даних, який дає змогу здійснювати аналіз медичних послуг країн, міру їх ефективності, раціональне співвідношення ресурсів та мінімальні їх обсяги, необхідні для виробництва одиниці продукції.

У роботі в якості інструменту аналізу також було використано метод SWOT-аналізу, який застосовується у різних галузях і широко описаний у вітчизняній та зарубіжній літературі. Проблема застосування SWOT-аналізу присвячено багато публікацій, зокрема К. Ендрюса, З. Є. Шершньова, Л. В. Балабанова, А. В. Балабаниць та ін. [262, 265]. Науковці вважають

матрицю SWOT-аналізу основою систематичного аналізу, що полегшує співставлення зовнішніх загроз і можливостей із внутрішніми сильними та слабкими сторонами організації.

SWOT-аналіз є одним із основних етапів стратегічного планування, результати якого є основою для генерування та формування портфеля стратегій [212], що використовують для аналізу факторів конкурентного середовища (в рамках технологій стратегічного планування він розглядається як окремий етап оцінки та структурування інформації), планування і реалізації, а також конкурентної розвідки.

Таким чином, завданням SWOT-аналізу є структурований опис ситуації, відносно якої необхідно прийняти управлінські рішення. Для більш ефективного використання методу здійснюють поетапний розгляд груп факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Результатом SWOT-аналізу вважається формування стратегій на основі встановлення зв'язку між сильними та слабкими сторонами. У даному дослідженні під результатом SWOT-аналізу розуміємо матрицю SWOT-аналізу, що складається з позитивного та негативного впливу факторів зовнішнього та внутрішнього середовища на об'єкт дослідження - розвиток світового ринку медичних послуг.

Таким чином, комплексне використання зазначених методів дозволяє розробити структурно-логічну схему дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг (рис 1.3).

Аналіз теоретичних засад дослідження світового ринку медичних послуг дозволяє охарактеризувати його сучасну структуру та динаміку, оцінити ефективність національних моделей систем охорони здоров'я та проаналізувати суперечливість процесів лібералізації світової торгівлі медичними послугами в умовах конкурентного середовища.

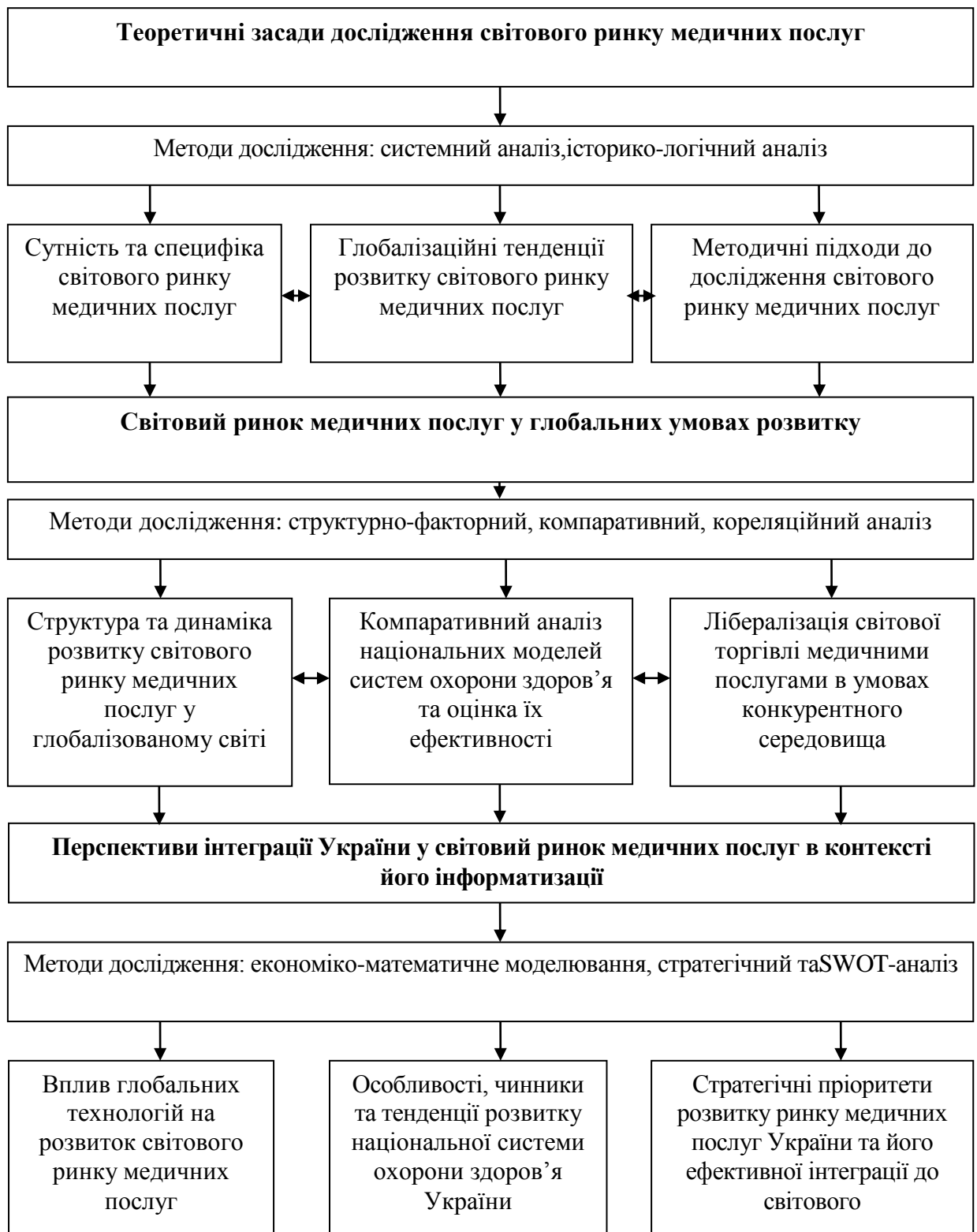


Рис. 1.3. Структурно-логічна схема дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг*

* Розроблено автором.

Висновки до першого розділу

1. Теоретичне узагальнення наукових джерел щодо сутності та специфіки світового ринку медичних послуг свідчить, що категорійно-понятійний ряд «ринок медичних послуг» включає такі категорії, як «охорона здоров'я», «медицина», «медична допомога», «медична діяльність», «медична послуга» і «медична послуга», що співвідносяться між собою, але не є тотожними. Виходячи з вищезазначеного, зроблено висновок, що медичні послуги є складним комплексом елементів, процесів та послуг, який має певну етапність та охоплює повний перелік робіт, пов'язаний зі збереженням, впровадженням і практичною реалізацією медичної допомоги, і класифікуються за умовами їх надання.

2. На основі систематизації існуючих підходів до розуміння сутності та специфіки ринку медичних послуг обґрунтовано його структуру за такими критеріями: економічним призначенням, конкурентними структурами, характером власності на засоби виробництва, географічною ознакою, ступенем легальності, ступенем оплати, рівнем надання послуг, спеціалізацією, віковою ознакою, характером контакту з пацієнтом.

3. Проведений аналіз дав змогу розкрити специфіку світового ринку медичних послуг як сегменту світового ринку послуг, виділити їх спільні риси та виокремити основні характеристики поняття «світовий ринок медичних послуг», що дозволило його уточнити. Поняття «світовий ринок медичних послуг» в роботі пропонується трактувати як сегмент світового ринку послуг, особливу сферу міжнародного товарного обміну, що характеризується стійкими, систематичними операціями з обміну медичними послугами, включаючи медичні технології, виробництво медичної техніки, методи організації медичної діяльності, фармакологічні засоби, лікарський вплив, заходи з профілактики захворювань та інші дії, спрямовані на якісну зміну показників здоров'я людини, а також стандартизується, регламентується і регулюється спеціальними органами на різних рівнях.

4. Дослідження впливу процесів глобалізації та глобальних технологічних зрушень на світовий ринок медичних послуг довело, що вони носять суперечливий характер: з одного боку, у країн з'являються нові можливості розвивати своє охорону здоров'я (наприклад, науково-технічне співробітництво, доступ населення до медичних послуг інших країн); з іншого – виникають потенційні загрози для охорони здоров'я окремих держав (наприклад, «відплив умів» медичних фахівців за кордон) і для загальносвітового охорони здоров'я, в цілому (наприклад, прогресування глобальних епідемій).

5. У роботі обґрунтовано глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг, які включають функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок; діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі; лібералізацію торгівлі медичними послугами; монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК; утворення медичних кластерів; розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання; використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги; створення умов для розвитку медичного туризму; інтернаціоналізацію медичної освіти; міжнародну міграцію медичних фахівців.

Аналіз їх практичних проявів довів, що всі глобалізаційні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг пов'язані між собою і розповсюджуються з різними наслідками для країн світу. З одного боку, глобалізація є потужним імпульсом для подальшого розвитку світового ринку медичних послуг і поширення доступу населення до якісних послуг з охорони здоров'я, а з іншого – в умовах нерозвиненості національних систем охорони здоров'я більшості країн, що розвиваються, відкриття кордонів для вільної торгівлі медичними послугами може спричинити за собою стагнацію національної системи. При цьому, ці глобалізаційні процеси, незважаючи на їх суперечливі наслідки, демонструють постійне зростання міжнародної

взаємозалежності господарюючих суб'єктів різного рівня – від профільних медичних центрів до найбільших міжнародних медичних і фармацевтичних корпорацій, що свідчить про зростання економічної цілісності світового ринку медичних послуг. Зроблено висновок, що наразі глобалізаційні процеси, як в економіці, так і в медицині, є сучасними ефективними важелями розвитку системи охорони здоров'я в цілому, подальшого розвитку медичної науки, впровадження сучасних високотехнологічних методів діагностики та лікування, що створює нові можливості для надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги як на національному, так і на світовому рівнях.

6. На основі аналізу методичного апарату дослідження ринку медичних послуг запропоновано структурно-логічну схему дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, яка спирається на комплексне використання загальних та спеціальних методів дослідження, а саме: поєднання системного та історико-логічного аналізів, структурно-факторного, компаративного та кореляційного аналізів, економіко-математичного моделювання, стратегічного та SWOT-аналізів тощо. Особливістю розробленого автором алгоритму дій є те, що він створює передумови для використання новітніх підходів до аналізу суперечливості глобалізаційних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг та обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового.

Основні результати розділу висвітлено в наукових працях автора: [21, 28, 29, 34, 196, 198, 201].

РОЗДІЛ 2

СВІТОВИЙ РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГЛОБАЛЬНИХ УМОВАХ РОЗВИТКУ

2.1. Структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг і чинники, що їх обумовлюють

Глобальні процеси проникають в усі структури суспільства і впливають, у тому числі й на систему охорони здоров'я, яка є сьогодні одним із найбільш швидко зростаючих секторів світового господарства. Це обумовлено багатьма факторами, в тому числі науково-технічним прогресом, збільшенням частки витрат на медичні послуги у структурі ВВП, особливо в промислово розвинених країнах, зростанням ділової активності, продуктивності праці, добробуту в більшості країн світу тощо. При цьому, саме технологічний рівень і якість послуг, що надаються, обумовлюють їх позиції на світовому ринку і служать головними критеріями вибору для споживачів з різних країн світу.

Як вже зазначалося, світовий ринок медичних послуг є сегментом світового ринку послуг і його структура з урахуванням сутності та специфіки медичної послуги може бути представлена як сукупність різних видів ринків, сгрупованих за різними критеріями (див. табл. 1.4).

Так, за оцінками експертів, ринок медичного обслуговування займає 82% від загального обсягу світового ринку медичних послуг, частка ринку лікарських засобів – 10%, ринок науково-медичних розробок та технологій – 5%, ринок медичного обладнання і техніки – 2,3%, в той же час освітні послуги у медичній галузі представлені лише на 0,6% (рис. 2.1) [190].

Це, безумовно, приблизні оцінки, але вони дають уяву про саму структуру та взаємозалежність структурних елементів світового ринку медичних послуг.

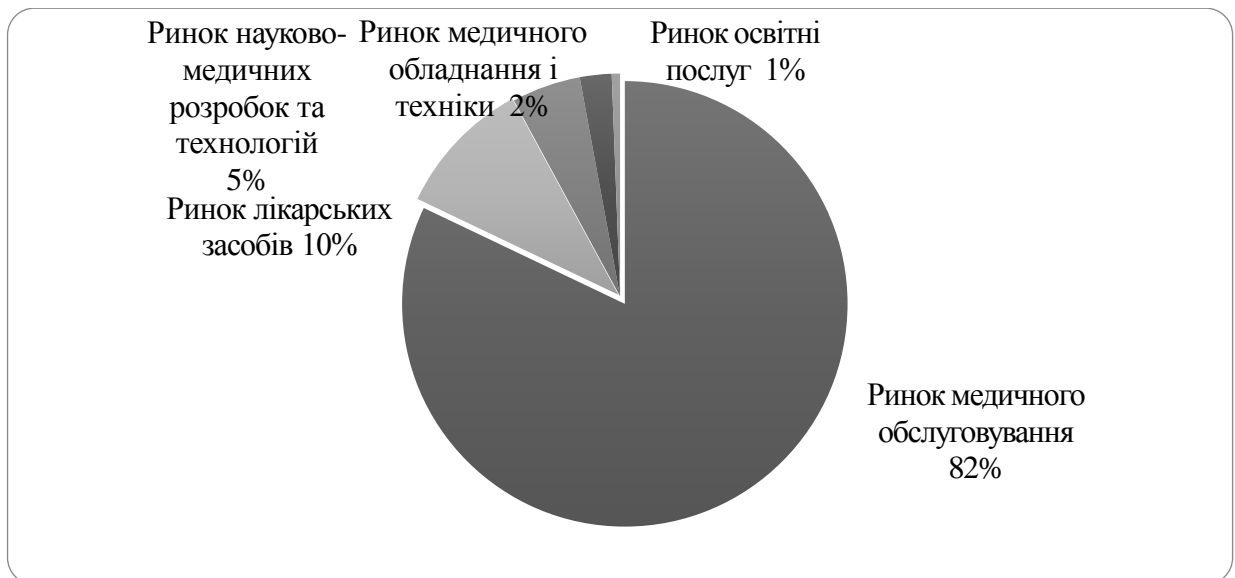


Рис. 2.1. Сегментація світового ринку медичних послуг*

*Складено автором за матеріалами [183,190].

Наприклад, зростання обсягу ринку медичного обслуговування має стимулюючий ефект– сприяє зростанню товарного сегменту ринку лікарських засобів, активізує розробку нових медичних розробок та технологій, попит на медичну освіту тощо. У свою чергу, ринок науково-медичних розробок та технологій є безумовним лідером за темпами розвитку серед інших сегментів світового ринку медичних послуг, який не тільки стимулює, а й визначає стратегічні напрями їхнього розвитку на перспективу (табл.2.1.).

Таблиця 2.1

Обсяг світового ринку медичних послуг за економічним призначенням,

млрд дол. США*

Структурні елементи ринку медичних послуг	2002	2016	2020 (прогноз)
Ринок медичного обладнання і техніки	88,8	99,5	135,3
Ринок лікарських засобів (фармацевтичний)	375,0	420,0	571,2
Ринок медичного обслуговування	144,9	3 522,3	4 790,3
Ринок медичної освіти	24,0	26,9	36,6
Ринок науково-медичних розробок та технологій	185,0	207,2	281,8
Всього	3 817,7	4 275,9	5 815,2

* Складено автором за матеріалами [183, 190].

Так, за даними ВООЗ, порівняно з 2016 р., прогнозується зростання загального обсягу світового ринку медичних послуг у 2020 р. на 35% – до 5815,2 млрд дол. США, у тому числі темпи зростання ринку науково-медичних розробок та технологій прогножуються на рівні 36,5% [183, 190].

За прогнозами ВООЗ, найближчими роками ринок науково-медичних розробок та технологій ще інтенсивніше стимулюватиме розвиток ринку лікарських засобів, завдяки використанню сучасних клітинних і генно-інженерних технологій у їх виробництві, та, слідом на ним, і всі інші сегменти світового ринку медичних послуг. У свою чергу, старіння населення світу, що прискорюється, та збільшення кількості інфекційних та хронічних захворювань стимулюватимуть впровадження інноваційних медичних технологій та методів лікування, збільшення рівня витрат на охорону здоров'я, формування нових стандартів якості медичних послуг та принципів фінансування галузі, розвитку інфраструктури [255].

У регіональному аспекті, за даними ВООЗ та Міжнародного банку реконструкції та розвитку (МБРР), у структурі світового ринку медичних послуг найбільшими показниками характеризується ринок медичних послуг Північної Америки, частка якого у 2016 році сягала майже 48% глобального ринку, а кількість наданих медичних послуг дорівнювала 56% від світового обсягу медичних послуг [251, 255]. Експерти ВООЗ прогнозують і подальше зростання обсягів ринку медичних послуг у країнах Північної Америки до 2020 року – до 3 074,6 млрд дол. США із середньорічним темпом зростання подушевих витрат у 4,5% (табл. 2.2).

До 2020 року зростання ринків медичних послуг відбудеться в усіх регіонах світу. За прогнозами компанії Deloitte, що надає послуги у сфері управління ризиками, найбільші показники зростання галузі очікуються в країнах Азійського регіону – 4,5–5%, за якими йдуть країни Північної Америки – 4,5%, країни СНД – 4%, Центральної та Південної Америки – 3%, країни Європи – 2–3%, Близького Сходу та Африки – 1,5–3% [183].

Таблиця 2.2

Обсяг світового ринку медичних послуг за регіонами світу, млрд дол. США*

Регіон	2002	2010	2020 (прогноз)	Середньорічний темپ зростання подушевих витрат,%
Європейський Союз	880,49	968,6	1 162,3	2,0
Інші європейські країни	48,95	56,4	73,3	3,0
Закавказькі країни СНД	0,48	0,6	0,96	4,0
Центрально-азійські країни СНД	1,93	2,4	3,7	4,0
Північна Америка	1 639,69	2 049,7	3 074,6	4,5
Центральна та Південна Америка	285,03	327,8	426,2	3,0
Африка	225,17	258,9	336,6	3,0
Країни Близького Сходу та Північної Африки	35,84	38,7	44,5	1,5
Південна Азія (Індія та інші)	35,97	43,2	60,5	4,5
Південно-Східна Азія (В'єтнам, Індонезія)	39,11	46,9	65,7	4,5
Східна Азія (Китай)	423,30	529,1	793,7	5,0
Інші регіони	44,45	55,6	77,8	4,0
Всього:	3 608,7	4 113,7	6 182,4	-

* Складено автором за матеріалами [183, 218, 249, 254].

У нестабільних економічних і демографічних умовах розвитку та відносній насиченості ринків розвинених країн на світовому ринку медичних послуг відбувається перерозподіл основних центрів зростання.

Так, швидке зростання економік Китаю, Індії, В'єтнаму стає передумовою для набагато більшого зростання їх регіонального ринку, а слідом за ним і світового ринку медичних послуг, загальний обсяг якого, за оцінками фахівців, у 2020 році може досягти 8-10 трлн дол. США [183].

У відповідності з The Economist Intelligence Unit (EIU), до 2020 року в усіх регіонах світу очікується збільшення загальних витрат на охорону здоров'я від 2,4% до 7,5%, які складатимуть у сукупності 8,7 трлн дол. США, при тому, що у більше ніж у 60 країнах ці витрати вже збільшились останніми роками на 2,6%. Поряд з цим, зростатиме частка витрат на охорону здоров'я в середньому за країнами світу від ВВП – до 10,5% у 2020 році (порівняно з 10,4% у 2016 році). Причому, переважно, за рахунок країн із ринками, що формуються, та країн із низьким рівнем доходів, що, у свою

чергу, стимулюватиме подальше зростання галузі та розширення кількості послуг у розвинених країнах [225].

Питання охорони здоров'я у глобалізованому світі стали відігравати все більш важливу роль і у діяльності національних програм розвитку різного рівня. Так, обсяг фінансових ресурсів, виділених ними, в цілях розвитку галузі охорони здоров'я останніми роками значно збільшився: якщо у 2000 році він складав 10,52 млрд дол. США, то у 2010 році – 26, 8 млрд дол. США. Лише бюджет американської федеральної Агенції з питань надання медичних послуг Health Resources and Services Administration (HRSA) у 2017 році складав 10,7 трлн дол. США [208].

Головними індикаторами рівня розвитку ринку медичних послуг є загальні витрати на охорону здоров'я та витрати на душу населення, які постійно зростають прискореними темпами. Так у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) наприкінці 1990-х рр. витрати на охорону здоров'я на душу населення у середньому склали 2071 дол. США, у 2004 році – 2550 дол. США, а у 2017 році – 4000 дол. США [233]. Показовим прикладом динамічних темпів зростання галузі охорони здоров'я є система охорони здоров'я США. У 1970 році у США загальні витрати на охорону здоров'я склали 6 млрд дол. США, а до кінця ХХ ст. вони досягли 200 млрд дол. США і продовжують зростати зі швидкістю 3-4% на рік [208].

Відповідно до даних ВООЗ за 2017 рік, ці показники значно різняться за країнами світу (рис. 2.2-2.3).

В цілому, збільшення витрат на галузь охорони здоров'я, на наш погляд, стає основною прикметою сучасного етапу розвитку світового ринку медичних послуг та основою структурних зрушень, що відбуваються на ньому. Цьому сприяє низка чинників: демографічних, фінансових, оперативних, регулятивних та інноваційних.

Демографічними чинниками є старіння населення, поширення хронічних та інфекційних захворювань, зміни у споживчих настроях пацієнтів, їх інформованість у питаннях медичних послуг.

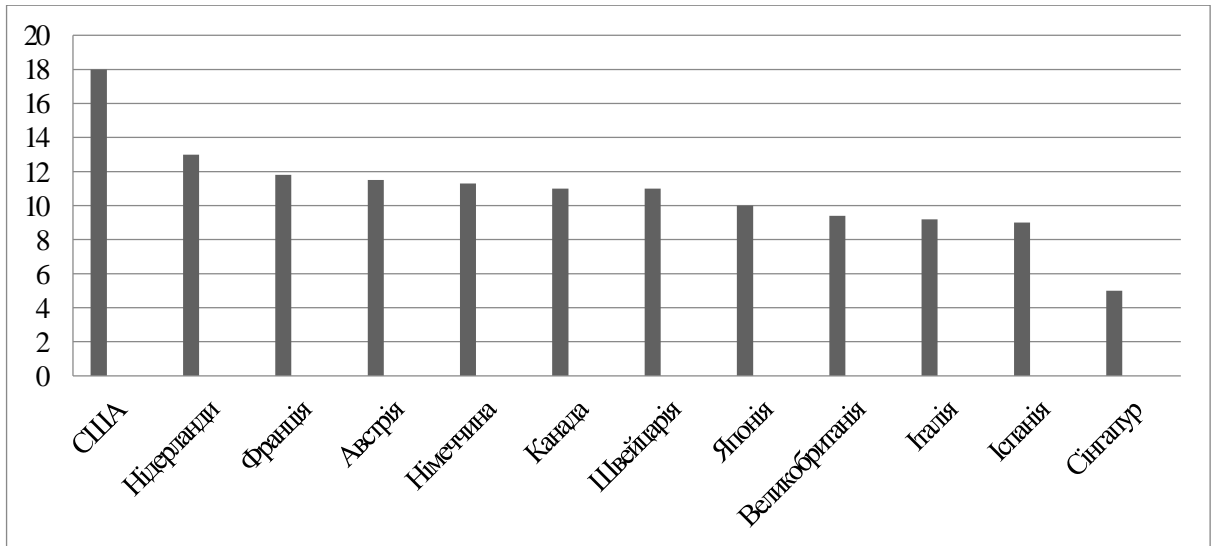


Рис. 2.2. Загальні витрати на охорону здоров'я за країнами світу, 2017, дол. США *

* Складено автором за матеріалами [251, 252].

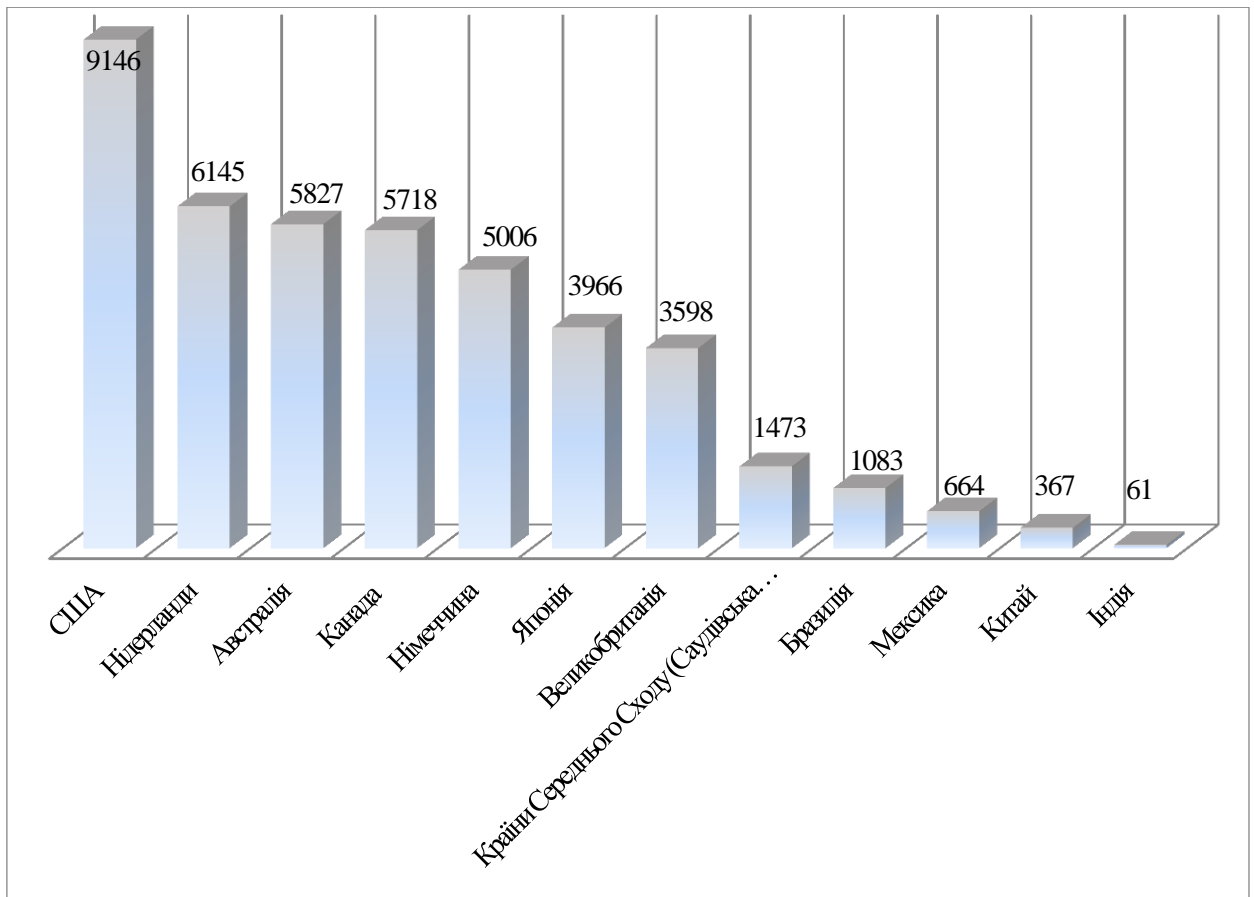


Рис. 2.3. Витрати на охорону здоров'я на душу населення за країнами світу, 2017, дол. США*

* Складено автором за матеріалами [251, 252].

Взагалі старіння населення відбувається дуже стрімко у всіх регіонах світу, але за прогнозами до 2020 року у Західній Європі та Японії цей показник буде найвищим – до 21% і 28%, відповідно [253].

При цьому, в розвинених економіках підвищується рівень очікуваної тривалості життя. У 2014 році він складав 72,3 років, а за прогнозами експертів у 2020 році він дорівнюватиме 73,3 роки, що обумовлено зниженням смертності серед людей похилого віку. Рівень очікуваної тривалості життя, хоча і менш стрімкими темпами, зростає також у країнах з низьким рівнем доходів та рівнем доходів нижче середнього через зниження дитячої смертності, поліпшення умов життя, покращення санітарних умов, профілактики інфекційних хвороб, розширення доступу до медичних послуг тощо [239].

За даними ВООЗ, на найближчі роки прогнозується поширення деменції за всіма регіонами світу кожні 20 років майже у 2 рази, а до 2020 року прогнозована чисельність хворих на деменцію – 74,7 млн осіб, що є наслідком прискорення старіння населення світу: кількість людей старше за 65 років збільшиться на 8% – від сьогоднішніх 559 млн до 604 млн осіб у 2020 році і складатиме 10,8% загальної чисельності світового населення [255].

Проте більша частина глобальних витрат на охорону здоров'я – до 4 трлн дол. США, складатимуть витрати на лікування серцево-судинних, онкологічних та інфекційних захворювань. Також прогнозується збільшення чисельності хворих на цукровий діабет – сьогодні це 415 млн хворих, а до 2040 року цей показник дорівнюватиме 642 млн хворих. СНІД також є однією з ключових проблем сучасної світової охорони здоров'я (показник летальності по всьому світі складає 36,9 млн осіб, 70% яких проживає у Африканському регіоні) [220].

Нажаль, незалежно від рівня доходів у різних країнах світу, існуючий ринок медичних послуг не адаптований до специфічних потреб такого контингенту населення. Наприклад, люди похилого віку зазнають

неминучого погіршення психічного та фізичного здоров'я, стають залежними у разі хвороби, потребують особливого догляду, умов лікування, ліків тощо. Тому вже зараз виникає необхідність збільшення обсягу медичних послуг для людей цієї вікової категорії, появи нових імунно-онкологічних препаратів, спрямованих на боротьбу з раковими клітинами, заходів з боротьби з ожирінням, тобто впроваджується багато ініціатив, що впливають на структурні зрушення світового ринку медичних послуг в цьому напрямі.

Зміна споживчих настроїв пацієнтів та їх інформованість у питаннях медичних послуг також впливають на структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг. Оскільки часто пацієнти медичних закладів самі беруть участь у фінансуванні галузі вони мають більш високі очікування щодо якості послуг та продуктів, які вони отримують. Тому медичні заклади мають фокусуватися саме на стратегіях залучення споживачів, прозорості витрат та якості медичних послуг. Відносини між постачальниками та споживачами медичних послуг у глобальній високотехнологічній економіці стають менш трансакційними і більш взаємопов'язаними.

Так, відповідно до досліджень компанії Deloitte, у 2015 році в США переважна більшість споживачів віддавали перевагу використанню мобільних технологій у медицині: 52% споживачів підтримували використання інформаційних технологій, що давали можливість моніторити рейтинги медичних закладів за якістю медичних послуг, 36% – вперше використали мобільні технології для сплати рахунків за медичні послуги, а 23% – робили це щорічно. Зміна споживчих настроїв пацієнтів спонукає постачальників медичних послуг більше інвестувати у такі нові можливості використання інформаційних технологій в медицині, як, наприклад, впровадження повнофункціонального порталу для пацієнтів – Electronic Health Records, який є регуляторним інструментом показників якості медичної допомоги та сервісу в медичних закладах, що визначає пріоритетність споживчого попиту [183].

Фінансові чинники пов'язані з державним регулювання галузі, проведенням медичних реформ, альтернативним фінансуванням та розповсюдженні нової бізнес-моделі функціонування ринку медичних послуг, заснованій на державно-приватному партнерстві.

На сучасному світовому ринку медичних послуг відбувається процес дефрагментації, тобто перехід від традиційного здійснення клінічних та фінансових операцій до підходу, орієнтованого на консолідацію, конвергенцію та співробітництво всіх суб'єктів ринку. У багатьох країнах окремі медичні заклади об'єднуються один з одним для створення багатофункціональних медичних комплексів, що дозволяє протистояти економічному та регулятивному тиску, використовувати економічні вигоди від масштабу, розширювати асортимент медичних послуг. Державні та приватні медичні заклади шукають нові принципи фінансування медичної допомоги через розповсюдження нової бізнес-моделі функціонування ринку медичних послуг, заснованої на державно-приватному партнерстві, реалізації процесів злиттів і поглинань у медичній сфері, налагодженні відносин з провайдерами для створення потужних інформаційних мереж обміну даними, які допомагають інтегрувати безперервну медичну допомогу по всьому світу [182].

На світовому ринку медичних послуг збільшується частка приватного його сегменту, поширюється ринок приватного медичного страхування та відкриваються нові приватні медичні заклади. Наприклад, у Китаї, де державні лікарні позиціонуються як основний компонент системи охорони здоров'я, держава сприяє залученню приватних інвестицій і розвитку конкуренції для покращення якості та доступності медичних послуг. Наразі 95% населення Китаю мають медичну страховку, переважно, державну, але під тиском швидкозростаючих витрат на охорону здоров'я, держава заохочує до існуючої державної схеми приватне медичне страхування в якості додаткового [193].

В Японії фінансуванням галузі охорони здоров'я займається Державна Агенція з питань соціального захисту та медичного обслуговування (Welfare

and Medical Service Agency). Проте важливість приватного фінансування останніми роками зростає, враховуючи ініціативи уряду в реформуванні фінансування галузі. Одним із заходів, спрямованих на заохочення приватного фінансування, є інвестиційний траст нерухомості у галузі охорони здоров'я (REIT), для створення якого уряд оприлюднив керівні принципи ще у 2014 році. Японський уряд заохочує бізнес до приватизації державних лікарень, за рахунок чого прогнозується зростання їх ефективності, оскільки приватні підприємства мають більшу ймовірність отримання прибутку та оптимізації витрат [260].

На ринку медичних послуг Індії за останнє десятиліття кількість лікарняних ліжок у приватному секторі досягла майже 70% від усієї кількості лікарняних ліжок у країні. Приватні медичні мережі, такі як «Hospitals Apollo», проводять амбітні компанії, що збільшують інвестиції у галузь. Зростаюча присутність приватного сектору призвела до «корпоратизації» галузі охорони здоров'я, коли 8-10 великих медичних мереж налічують у своєму складі 200-250 лікарень [165].

У Бразилії державний сектор прямо заохочує заможних громадян звертатися до приватних медичних компаній. У 2014 році приватні програми медичного страхування охоплювали до 50,8 млн осіб – чверть населення країни. Це другий за обсягами (після США) національний ринок медичного страхування у світі. Причому, найпопулярніша форма медичного страхування забезпечується організаціями охорони здоров'я США (HMOs), зазвичай сплачується за рахунок роботодавців, і охоплює близько 40,2 млн осіб [249]. Отже, наразі все більша кількість держав розширює охоплення населення приватною системою охорони здоров'я, перш за все, з метою скорочення витрат на неї із власної кишені.

Оперативними чинниками, що впливають на структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг, є поширення медичного туризму, розвиток медичної інфраструктури, підвищення загального рівня кваліфікації медичних працівників.

Загальновідомо, що медичний туризм є невід'ємною складовою світового ринку медичних послуг, сприяє розвитку медичної галузі в цілому у світі і в кожній окремій країні. З'являються нові медичні центри, клініки, розташування і профіль медичних послуг у яких залежать від природних, історичних, культурних та соціально-економічних особливостей країн, що стає вагомими фактором розвитку медичного оздоровчого (реабілітаційного) і терапевтичного (лікувального) туризму. Відповідно до матеріалів Міжнародного конгресу з медичного туризму (Global Wellness Tourism Congress – GWTC), обсяги зростання галузі медичного туризму протягом 2008-2017 рр. збільшилися більше ніж у 10 разів: з 40 млрд до 500 млрд дол. США [225].

Експерти Асоціації медичного туризму (Medical Tourism Association – MTA) прогнозують подальше щорічне зростання ринку послуг медичного туризму на 25% з досягненням у 2020 році його обсягу до 3 трлн дол. США [228].

Наразі лідерами на ринку медичного туризму є Канада, Ізраїль, Франція, Швейцарія, Сінгапур, Малайзія, Туреччина, досвід яких свідчить про позитивний вплив широкого розвитку медичного туризму на загальний соціально-економічний розвиток країн за рахунок розвитку інфраструктури міст, поліпшення обслуговування в медичних закладах, підвищення якості надання медичної допомоги у відповідності до світових стандартів, розвитку суміжних галузей, залучення іноземних інвестицій тощо. Країни-лідери медичного туризму продовжують розширювати сферу своєї діяльності. Так, Туреччина, як один із успішних гравців на ринку глобальної медицини, щорічно з 2012 року приймає 617 тис. медичних туристів, дохід від яких сягає 4,2 млрд дол. США. Інші країни світу також почали реалізовувати стратегічні програми, спрямовані на розвиток медичного туризму, а країни, де галузь медичного туризму ще є недостатньо розвиненою (країни Південної Америки, Східної Європи, Перської затоки, Азії, СНД) сьогодні все активніше заявляють про себе на цьому ринку [228].

Регулятивними чинниками структурних зрушень на світовому ринку медичних послуг, як на наш погляд, виступають проблеми доступності медичної допомоги, оцінювання обсягу та якості медичної допомоги, удосконалення в сфері медичного менеджменту та адміністрування, боротьба із зловживаннями та корупцією в системі охорони здоров'я, сучасні проблеми, пов'язані з безпекою пацієнта та кібербезпекою.

Доступність населення до медичних послуг сьогодні є однією з найважливіших проблем на світовому ринку медичних послуг. В залежності від регіону, населення має різний доступ до медичних послуг. Так, у країнах Африки все ще не вирішені базові проблеми життєдіяльності (наявність чистої води, необхідних санітарних умов, можливості лікування інфекційних хвороб), у країнах Азії населення стикається із проблемами перенаселеності, що інспірує поширення інфекційних та інших хвороб аж до епідемій та пандемій, а на ринках США, Японії, Європи, навпаки, має місце перенасиченість медичними закладами, що викликає необхідність скорочення витрат на галузь охорони здоров'я [257].

Збільшення чисельності населення та зростання його доходів є ефективними стимулами для розвитку галузі охорони здоров'я в країнах, що розвиваються. Так, за прогнозами ВООЗ, до 2020 року кількість домогосподарств з високим рівнем доходів (понад 25 000 дол. США на рік) збільшиться до 540 млн по всьому світу, з яких більше 50% припадатиме на країни Азії [255].

Сучасні зміни відбуваються і в оцінюванні обсягів та якості медичної допомоги. Сьогодні споживачі, перш за все, звертають увагу не тільки на вартість, а й на обсяг та якість медичної допомоги. Традиційна модель плати за послуги (free-for-services – FFS) вже не є актуальною. Сьогодні уряди й постачальники медичних послуг замислюються над впровадженням нової моделі – лікування на основі результатів (концепція цінності) або обсягу наданої медичної допомоги (value-based care – VBC).

За експертними висновками, концепція цінності в охороні здоров'я відіграє значну роль у покращенні всієї системи, оскільки спонукає постачальників до надання якісної медичної допомоги за рахунок зміщення моделі оплати за послугу в бік моделі «оплата за продуктивність», «оплата за результат». Деякі медичні організації активно готуються до переходу до VBC-моделі, тоді як інші ще вагаються. Це зрозуміло, оскільки рівень фінансових інвестицій у галузь за традиційною моделлю FFS є дуже суттєвим, і така структура досі була вигідною для деяких постачальників. У той же час, все ще не існує універсального механізму оцінки обсягу медичної допомоги та індикаторів її якості. Але, безсумнівно, що нова модель плати за обсяги наданої медичної допомоги є перспективною і має потенціал для збільшення результативності функціонування ринку медичних послуг [165].

Сьогодні більшість країн усвідомлюють, що на розширення доступу до медичної допомоги, впровадження й поширення універсального охоплення медичними послугами, в першу чергу, впливає рівень розвитку медичної інфраструктури. В цьому напрямі актуальними є заходи по оптимізації загальних витрат на галузь при одночасному підвищенні ефективності її функціонування через вертикальну інтеграцію медичних закладів, переніс медичної допомоги на більш дешеві та нетрадиційні форми, використання стратегічних моделей закупівель, стандартизацію клінічних процесів, використання дженериків, розвиток сервісних медичних центрів та технологічних ініціатив тощо. Крім того, багатьма країнами запроваджується контроль над цінами на лікарські засоби, що, у свою чергу, оптимізує державні витрати на охорону здоров'я [177].

У цілому відбувається переосмислення та реконфігурація економічних стимулів в організації роботи системи охорони здоров'я по всьому світу. Багато уваги приділяється саме питанню своєчасного надання медичної інформації та медичної допомоги пацієнту. Змінюються й підходи до лікування, що зосереджуються на профілактиці захворювань та збереженні національного здоров'я, аніж на епізодичних та оперативних методах

лікування. У багатьох країнах світу спостерігається перехід від централізованого до більш локалізованого процесу управління охороною здоров'я для вирішення унікальних місцевих демографічних, державних, клінічних та фінансових питань.

Інноваційними чинниками структурних зрушень на світовому ринку медичних послуг є неперервний розвиток медичних технологій, а також впровадження й широке розповсюдження по всьому світу телекомунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я.

Розвиток інновацій, використання глобальних інформаційно-комунікативних та медичних технологій сьогодні є клінічним та економічним імперативом розвитку світового ринку медичних послуг. Інновації вже активно використовуються на більшості ринків медичних послуг і сприяють досягненню найкращих результатів у діагностиці та лікуванні, а також підвищенню результативності функціонування галузі охорони здоров'я.

За результатами дослідження міжнародної компанії Deloitte, сучасні топ-10 інновацій у сфері охорони здоров'я, що сприятимуть досягненню найкращих результатів з мінімальними витратами, є такі, як нове покоління розшифрування генетичної послідовності; пристрої, виготовлені на 3D-принтері; імунотерапія; штучний інтелект; діагностика за місцем лікування; віртуальна реальність; використання соціальних інформаційних мереж у популяризації здорового способу життя; біосенсори і трекери; зручні медичні послуги; телемедицина тощо [183].

Більш докладно про вплив глобальних технологій на розвиток світового ринку медичних послуг буде розглянуто у підрозділі 3.1 роботи.

Таким чином, неперервний розвиток та структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг відбуваються за такими напрямками, як впровадження інноваційних медичних технологій та методів лікування, оптимізація принципів фінансування галузі охорони здоров'я, збільшення частки її приватного сегменту, формування нових стандартів якості медичних послуг тощо, відбуваються під впливом низки глобалізаційних

чинників—демографічних, фінансових, оперативних, регулятивних та інноваційних. Основними індикаторами рівня розвитку ринку медичних послуг та основою структурних зрушень, що відбуваються на ньому, є загальні витрати на охорону здоров'я та витрати на душу населення, які постійно зростають прискореними темпами у всіх країнах та регіонах світу.

2.2. Компаративний аналіз сучасних моделей систем охорони здоров'я та їх ефективності у глобальній економіці

За даними ВООЗ, якість надання медичної допомоги в тій чи іншій країні не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та обсягів ВВП. У сучасному світі не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні розробки в галузі охорони здоров'я [255].

Експертами ВООЗ запропоновано наступну класифікацію, що включає три первинних типи систем охорони здоров'я:

- систему бюджетного фінансування охорони здоров'я (державна система, модель Семашка, система Беверіджа);
- систему обов'язкового медичного страхування (соціально-страхова система, система Бісмарка);
- систему охорони здоров'я із фінансуванням на основі ринкових принципів страхування [256].

Державна система охорони здоров'я є універсальною державною системою, що охоплює все населення країни. Фінансування такої системи здійснюється за бюджетні кошти, які накопичуються за рахунок загальних податкових надходжень (90%), приватного (добровільного) медичного страхування та співоплати громадян [242].

Система бюджетного фінансування охорони здоров'я у загальнонаціональному масштабі вперше з'явилася у СРСР у 1930 роках під

керівництвом академіка М. А. Семашко. Головним завданням цієї системи було надання населенню безоплатної медичної допомоги, рівного доступу до медичних послуг усіх верств населення, незалежно від фінансової спроможності. Основним постачальником медичних послуг за такою системою охорони здоров'я є держава, яка надає їх населенню безкоштовно.

Пізніше у країнах з ринковою економікою систему охорони здоров'я за аналогічними принципами вперше було створено у Великій Британії у 1948 році за ініціативи економіста У. Бевериджа, яка, на відміну від радянської системи, була заснована на обов'язкових внесках роботодавців і добровільному медичному страхуванні з поширенням бюджетних витрат на оплату медичних послуг тільки тим, хто дійсно не може забезпечити себе медичною допомогою зазначеним способом. При цьому, держава фінансує регулює розподіл ресурсів для здійснення медичної діяльності за територіальним принципом, а також сплачує вартість медичної допомоги, що надається лікарями приватної практики та державними медичними закладами певним категоріям населення. Так, 90% бюджету системи охорони здоров'я Великої Британії складають бюджетні кошти (податкові надходження), 7,5% формується за рахунок внесків працедавців, 2,5% – за рахунок приватних коштів населення через систему добровільного страхування [243].

Наразі єдину державну систему охорони здоров'я, крім Великої Британії, мають такі розвинені країни, як Ірландія, Ісландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Австралія, Іспанія, Італія, Греція, Португалія [218]. За всіма ознаками така система є найбільш справедливою, такою, що враховує інтереси широких верств населення, орієнтована на профілактику захворювань через проведення широкого спектру профілактичних заходів та обмеження зростання витрат на охорону здоров'я при одночасному забезпеченні високого рівня фінансування медичної галузі й соціальної захищеності населення.

До недоліків цієї системи можна віднести низький рівень індивідуальної відповідальності громадян за власне здоров'я, відсутність конкуренції серед

постачальників медичних послуг, вірогідність зниження якості медичних послуг, ігнорування прав пацієнтів, недостатнє впровадження нових технологій тощо.

Саме на вирішення зазначених проблем спрямовано реформування системи охорони здоров'я на основі концепції внутрішнього ринку, для створення якого, наприклад, Національною службою охорони здоров'я Великої Британії було введено принцип конкурсного розміщення заказів на надання медичної допомоги. Первинну медичну допомогу у Великій Британії організовано на принципах керованої медичної допомоги, де приватно практикуючі лікарі загальної практики є фондоутримачами, що надають повну амбулаторну, а також до 20% стаціонарної медичної допомоги, укладаючи угоди з лікарнями, і, таким чином, стаючи співвласниками лікарняних трасових компаній, які практично отримали статус самокерованих організацій [265].

Безумовно, на результати функціонування будь-якої системи охорони здоров'я впливають певні національні особливості тієї чи іншої країни. Так, серед недоліків бюджетної системи експертів особливо турбує висока вірогідність зниження якості послуг, але, за рейтинговим оцінюванням країн щодо ефективності систем охорони здоров'я, що проводиться Фондом суспільного добробуту, Велика Британія вже довгий час є лідером за показниками якості медичної допомоги [265].

Іншою моделлю системи охорони здоров'я, відповідно до класифікації ВООЗ, є система обов'язкового медичного страхування або суспільна (страхова) система. Таку систему було створено ще за ініціативи канцлера Німеччини О. Бісмарка у 1883 році. Вона базується на принципах змішаної економіки, поєднуючи в собі ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання, соціальних гарантій і доступністю медичної допомоги для всіх верств населення [212].

Соціально-страхова система характеризується тим, що медичні послуги виступають як особисті та національні суспільні блага, а здоров'я населення

– як базовий фактор розвитку економіки. Практично 100% населення охоплені обов'язковим медичним страхуванням, при цьому держава гарантує доступ до медичних послуг усім громадянам, незалежно від рівня їх доходів, не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. За такою системою передбачається задоволення потреб усіх верств населення в медичній допомозі навіть понад гарантованого рівня наданням громадянам свободи вибору та рівноправності споживачів.

Основними принципами соціально-страхової системи є солідарність (доступ до охорони здоров'я, заснований на потребі громадян у медичній допомозі, а фінансування – на можливості сплати, тобто внески стягуються з роботодавців і робітників у залежності від їх доходу, а надання послуг не залежить від розміру внесків); саморегуляція; обов'язковість медичного страхування громадян.

Наразі система медичного страхування використовується у 25 країнах світу із сукупним населенням до 1 млрд осіб – в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембурзі, Нідерландах, Швейцарії, Франції, Японії, Канаді тощо. При цьому структура соціально-страхової моделі залежить від індивідуальних характеристик окремої країни. Наприклад, у Франції система страхування містить риси ринкової системи охорони здоров'я, а система охорони здоров'я Канади та скандинавських країн – державної системи [212].

В Австрії, Бельгії, Франції та Люксембурзі фінансування здійснюється через систему соціального страхування, яка розповсюджується на все населення [207]. У Нідерландах системою соціального страхування користуються 70% населення, а у Німеччині – 85%. У Бельгії, Італії, Норвегії та Франції розміри страхового внеску залежать від розміру доходу громадянина, що повністю відповідає принципам солідарної справедливості. В інших країнах такий внесок є фіксованим і єдиним для всіх громадян, незалежно від розміру доходу [203].

Яскравим прикладом системи обов'язкового медичного страхування є система охорони здоров'я Німеччини, де страхування здійснюють лікарняні каси – некомерційні незалежні страхові організації, структура яких є

законодавчо регламентованою. Розмір страхових внесків у Німеччині складає від 8,9 до 15% від фонду оплати праці й залежить від складу та розміру доходу застрахованих. Органами управління охороною здоров'я у кожному регіоні формуються плани розвитку лікарняної мережі (щорічні та стратегічні), а, за жорстким регламентом соціального кодексу договори між пацієнтами та лікарнями укладаються тільки з лікарнями-учасниками програми управління якістю медичної допомоги. Існують також спеціальні програми надання медичної допомоги соціально-вразливим і малозабезпеченим верствам населення, а у системі обов'язкового медичного страхування всі члени сім'ї застрахованого є спільно застрахованими, без внесення додаткових внесків, за умов, що дохід на кожного члена сім'ї не перевищує встановленого розміру. Крім того, кожен лікар повинен застрахувати свою професійну відповідальність, оскільки при виникненні страхового випадку компенсація пацієнту виплачується не за рахунок лікувального закладу, а за рахунок саме страхових внесків лікаря, який здійснив помилку [191].

Соціально-страхова система охорони здоров'я також має свої переваги й недоліки. Серед переваг, перш за все, треба відмітити гнучкість, стійкість та керованість фінансового забезпечення соціально-страхової медицини, при тому, що розмір страхових внесків і частка платежів робітників і працедавців залежить від рівня розвитку окремої країни. Наприклад, у Німеччині це 14,1% від фонду оплати праці, Франції – 13,6%, Австрії – від 6,5% до 11%. По-друге, це загальне охоплення населення медичною допомогою, оскільки така система дозволяє забезпечувати гарантований обсяг безоплатної допомоги та рівний доступ до медичних послуг із реалізацією принципу суспільної солідарності шляхом перерозподілу ресурсів між багатими і бідними верствами населення. По-третє, різноманіття форм власності виробників послуг – надання медичної допомоги у країнах зі страховою медициною здійснюється на основі балансу між вільним вибором пацієнтами медичної організації і можливостями системи охорони здоров'я. До переваг такої системи слід віднести і те, що високий рівень автономії страхових

організацій регулюється високим рівнем участі всіх соціальних партнерів в управлінні якістю та обсягами надання медичної допомоги [185].

Однією з проблем медичного страхування є висока конкуренція між страхувальниками за пацієнтів. У Німеччині, наприклад, страхові внески поступають через 130 лікарняних кас і акумулюються в єдиному фонді вирівнювання ризиків й доповнюються бюджетними субсидіями. Сформований загальний фонд коштів коригується коефіцієнтами в залежності від статі, віку, рівня доходів, стану здоров'я пацієнта і перерозподіляється між страховими фондами [157].

Що стосується третьої, ринкової системи організації охорони здоров'я, то її яскравим прикладом є система охорони здоров'я США, яка базується на приватному ринку медичних послуг і добровільному медичному страхуванні.

Медичні послуги розглядаються як товар, що продається і купується за класичними законами ринку. Історично склалося, що у США відсутня загальнонаціональна система охорони здоров'я, і кожен штат вирішує питання охорони здоров'я населення самостійно, з урахуванням можливостей свого бюджету. Кошти федерального бюджету і позабюджетних фондів спрямовані на програми «Medicare» – державну програму обов'язкового медичного страхування і медичного обслуговування для осіб, віком старше за 65 років, і програму «Medicaid» – державну програму медичного обслуговування малозабезпечених верств населення за рахунок коштів федерального бюджету і медичних організацій [208].

Доступ до медичної допомоги у США пов'язаний із конкретним підприємством і спирається на страхові поліси роботодавців. Медичні програми поширюються тільки на працівників підприємств: у структурі страхового внеску частка роботодавця складає 70%, працівника – 30%. Сьогодні 85% американців купують поліси приватного медичного страхування і мають можливість вільного вибору лікаря та медичного закладу [208].

Найбільш суттєвим недоліком ринкової моделі організації і фінансування охорони здоров'я США є високий рівень сукупних витрат на охорону здоров'я. Висока вартість медичного обслуговування має своїм наслідком обмежений доступ для соціально незахищених верств населення до медичних послуг. Сьогодні, за даними Bloomberg, система охорони здоров'я США має найбільшу частку фінансування у світі від ВВП – 17,14% ВВП країни (9,4 тис. дол. на особу) у 2017 році. Крім того, не здійснюється планування обсягів медичної допомоги на федеральному рівні, а муніципальні департаменти охорони здоров'я забезпечують незначний обсяг допомоги через державні медичні заклади [171].

До позитивних характеристик зазначеної системи слід віднести: широкий асортимент медичних послуг, високу якість медичного обслуговування, велику кількість лікарів і медичних закладів, високий рівень оплати праці медичних працівників та, відповідно, високий рівень конкуренції між ними, а також найбільший у світі рівень витрат на наукові дослідження та впровадження нових технологій у сферу охорони здоров'я.

У той же час показники очікуваної тривалості життя і суспільного здоров'я США є середніми, порівняно з іншими розвиненими країнами світу. При цьому, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, доля фінансування системи охорони здоров'я має бути на рівні 5% ВВП, оскільки збільшення цих показників призводить до необхідності впровадження заходів щодо стримування витрат на охорону здоров'я [208].

Період реформування системи охорони здоров'я США почався ще у ХХ ст., але був неефективним через стійкі інституційні особливості країни, відсутність законодавчих змін та мотивації всіх учасників системи до стримування витрат при підвищенні якості допомоги.

У 2010 році урядом було розроблено нову реформу закону «Про захист прав пацієнтів і доступність медичної допомоги» [207], що наголошувала, перш за все, на необхідності обов'язкового медичного страхування і визвала серйозні дискусії у суспільстві і серед політичних партій, які наголошували

на тому, що США є країною вільного підприємництва, де не потрібно державне регулювання цін, оскільки це є вектором до націоналізації, у тому числі й системи охорони здоров'я. Необхідність страхування як обов'язок кожного громадянина країни було визнано неконституційною нормою. Попри все, у 2013 році положення щодо обов'язкового страхування було затверджено постановою Верховного Суду США, а у 2014 році вступили в силу й інші положення реформи [220].

Слід зазначити, що основні засади реформи охорони здоров'я США відповідають теоретичним основам концепції керованої конкуренції, запропонованої американським економістом А. Ентховеном. Її сутність полягає в обов'язковому медичному страхуванні для усіх громадян країни, державному регулюванні тарифів страхових внесків через заборону страховим компаніям відмовляти у страхуванні випадків або виплатах за дискримінаційною ознакою (стать, стан здоров'я, рівень доходів тощо), регулюванні цін на медичні послуги через створення біржі страхових планів для забезпечення вибору для громадян та обов'язкову публікацію лікарями вартості послуг [50].

Скорочення витрат держави на фінансування державних програм у сфері охорони здоров'я планується за рахунок впровадження стандартів лікування, зменшення дублювання процедур, інтеграції процесу діагностики та лікування. Таким чином, реформа охорони здоров'я у США, не змінюючи існуючі принципи оплати медичної допомоги, передбачає виправлення певних недоліків ринку медичних послуг і взагалі системи охорони здоров'я для створення відкритого ринкового середовища серед страхових компаній і роботодавців, що дозволить більш ефективно функціонувати існуючій системі охорони здоров'я.

На реформування системи охорони здоров'я із федерального бюджету за 10 років планується виділити 940 млрд дол. США, тобто щорічно передбачене збільшення обсягів фінансування галузі на 4% (це найкращий показник у світі). За підрахунками експертів, вже через 10 років за рахунок

зниження витрат на державні програми охорони здоров'я можливе скорочення дефіциту федерального бюджету США на 1 трлн дол. [63].

Таким чином, у світі немає універсальної моделі системи організації охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні розробки в галузі охорони здоров'я, тому ефективність систем охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги у тій чи іншій країні не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та ВВП [172].

Сучасна оцінка ефективності кожної з існуючих систем охорони здоров'я проводиться за рейтинговими показниками, які були запропоновані американською агенцією фінансово-економічної інформації Bloomberg «Рейтинг ефективності систем охорони здоров'я» (The Most Efficient Health Care 2016) на підставі даних ВООЗ, ООН і Всесвітнього банку. Головними у рейтинговій оцінці стали три базові показники, що характеризують ефективність систем охорони здоров'я різних країн світу: середня очікувана тривалість життя при народженні, державні витрати на охорону здоров'я у вигляді процентів від ВВП на душу населення, вартість медичних послуг у розрахунку на душу населення. Дослідження (рейтингова оцінка) охоплює 55 країн світу з населенням більш ніж 5 млн осіб, із середньорічним рівнем ВВП більше ніж 5000 дол. США на душу населення середньою тривалістю життя більше ніж 70 років (табл. 2.3) [171].

Як бачимо, за результатами рейтингової оцінки, країною з найефективнішою системою охорони здоров'я у 2016 році визнано особливий адміністративний округ Китаю – Гонконг (у 2015 році він був теж на першому місці). Друге місце посідає Сінгапур (у 2015 році – друге місце, а у 2014 році – перше). Обидві країни з державним регулюванням системи охорони здоров'я, що передбачає обов'язкові медичні рахунки і строгий контроль держави за витратами. Наступні рейтингові місця займають такі країни, як Іспанія, Республіка Корея та Японія.

Таблиця 2.3

Рейтинг країн світу за ефективністю систем охорони здоров'я у 2016 році*

Рейтинг 2016	Рейтинг 2015	Країна	Ранг	Оцінка очікуваної тривалості життя при народженні, роки	Державні витрати на охорону здоров'я, % від ВВП	Вартість медичних послуг у розрахунку на д. н. (дол.)
1	1	Гонконг	88,9	83,98	5,4	2,021
2	2	Сінгапур	84,2	82,6	4,92	2,752
3	4	Іспанія	72,2	83,8	9,03	2,658
4	5	Республіка Корея	71,5	82,16	7,37	2,060
5	7	Японія	68,2	83,59	10,23	3,703
6	6	Італія	67,7	82,69	9,25	3,258
7	3	Ізраїль	66,8	82,15	7,81	2,910
8	21	Чилі	65,2	81,5	7,79	1,137
9	9	Об'єднані Арабські Емірати	64,3	77,37	3,64	1,611
10	8	Австралія	62,0	82,25	9,42	6,031

*Складено автором за матеріалами [171].

Незважаючи на те, що, за оцінками ВООЗ, на початку ХХІ століття систему охорони здоров'я Франції було визнано найкращою у світі, у 2016 році вона посіла лише 15 місце (56,8 балів). У десятці лідерів за підсумками 2016 року також Італія, Ізраїль, Чилі, Об'єднанні Арабські Емірати та Австралія. Слід додати, що достатньо високу рейтингову оцінку отримали такі країни, як Аргентина (11 місце), Мексика (17), Туреччина (25), Іран (30) та інші країни, які мають досить низьку вартість медичних послуг для населення [171, 255].

З огляду на вищезазначені приклади слід зауважити, що, на наш погляд, дана методика рейтингової оцінки ефективності системи охорони здоров'я та якості послуг має суттєві недоліки, тому що при найвищих у світі витратах держави на охорону здоров'я у США за ефективністю витрачання коштів країна знаходиться тільки на 50 місці в цьому рейтингу (з 55 можливих) [171, 255].

На додаток слід зауважити, що державна система надання медичної допомоги в сучасних умовах є важливим елементом громадянського суспільства, що втілює суспільні цінності й гарантії для всіх верств населення в

галузі охорони здоров'я. У свою чергу, приватний сектор охорони здоров'я зазвичай ініціює впровадження новітніх технологій у цій галузі. Тому практичний досвід функціонування та розвитку національних систем охорони здоров'я свідчить про необхідність широкого застосування інструментів державного регулювання з одночасним розширенням ринку платних (приватних) медичних послуг. Наприклад, Сінгапур, що демонструє одну з найвищих заефективністю систему охорони здоров'я у світі (за показниками дитячої смертності і тривалості життя, незважаючи на високий рівень економічної свободи, підтримує довгий час державне регулювання охорони здоров'я – обов'язкові медичні рахунки і контроль держави за зростанням витрат на медичні послуги [203].

Австралія, Нова Зеландія, Ірландія і Канада – країни з високим рівнем економічної свободи і демократії, а також державною системою охорони здоров'я. В Австралії система Medicare підтримується за рахунок податків, у Новій Зеландії медична допомога у державних медичних закладах надається безоплатно, а в Ірландії система Health Services Executive фінансується з бюджетних коштів, тобто медична допомога є безоплатною для всіх громадян. Державна система охорони здоров'я у Канаді знаходить широку підтримку у населення і функціонує за рахунок його фінансових внесків [181].

Таким чином, механізми державного регулювання і методи фінансування системи охорони здоров'я суттєво відрізняються у різних країнах світу. Сучасна модель охорони здоров'я повинна мати інвестиційний характер і сприяти збереженню здоров'я населення й розвитку людського капіталу, і одночасно, забезпечувати інноваційний, високотехнологічний розвиток галузі. Фінансування галузі може здійснюватися як за рахунок податкових надходжень (як у країнах Скандинавії, Італії та Великій Британії), так і за допомогою соціального (обов'язкового) медичного страхування (яке є базовим джерелом фінансування у Німеччині, Франції та інших країнах Європи) або ж добровільного медичного страхування при розвиненому приватному ринку медичних послуг (США).

Щодо ефективності функціонування галузі охорони здоров'я, то можна зробити висновок, що вона вимірюється не стільки обсягом інвестицій та іншими вартісними характеристиками, а саме якістю людського потенціалу, якістю та доступністю медичних послуг широким верствам населення.

2.3. Лібералізація світової торгівлі медичними послугами в умовах конкурентного середовища

В епоху глобалізації лібералізація світової торгівлі товарами та послугами набуває все більш всеосяжного характеру, у тому числі, завдяки діяльності Світової організації торгівлі (СОТ) в напрямку забезпечення справедливих умов конкуренції на світових ринках [184].

Лібералізація світової торгівлі впливає практично на всі галузі економіки, не обминаючи й таку суспільно важливу галузь економіки, як медицина. Безумовно, система охорони здоров'я має стратегічне значення для кожної держави. В цьому сенсі такі багатосторонні угоди в межах СОТ, як Генеральна угода про торгівлю послугами – ГАТС (GATS – General Agreement on Trade in Services), Угода про застосування санітарних та фітосанітарних заходів – СФЗ (SPS – Agreement on the Applicant on Sanitary and Phytosanitary Measures), Угода про технічні бар'єри у торгівлі – ТБТ (TBT – Agreement on Technical Barriers to Trade) та торгівельних аспектів прав інтелектуальної власності – ТРІПС (TRIPS – Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) та інші визначають механізми та певні напрями лібералізації світової торгівлі медичними послугами на світовому ринку послуг [220].

Треба підкреслити, що взагалі лібералізація режиму зовнішньої торгівлі медичними послугами істотно впливає як на економічний розвиток країни, так і на показники здоров'я її населення. Так, зміна міжнародних правил, що регламентують захист патентів, впливає на доступність сучасних технологій, новітніх діагностичних приладів, лікарських засобів, що, в свою чергу,

позитивно відбивається на ефективності національних систем охорони здоров'я. Зниження торговельних тарифів у цій сфері призводить до зниження і поступового вирівнювання цін на медичне обладнання і товари медико-санітарного призначення (лікарські засоби та препарати крові) по всьому світу [189].

Наразі актуальним для усіх країн світу є питання дотримання норм Угоди про застосування санітарних та фіто-санітарних заходів (СФЗ) і Угоди про технічні бар'єри у торгівлі (ТБТ).

Технічні бар'єри у торгівлі – це застосування національних промислових стандартів, систем вимірювання та інспекції якості товарів, вимог техніки безпеки, правил пакування і маркування товарів, санітарно-ветеринарних норм. Ключове положення Угоди про технічні бар'єри у торгівлі передбачає, що члени СОТ повинні забезпечити такі технічні норми, стандарти і правила відповідності їм, які б визначалися і використовувалися таким чином, щоб не створювати перешкод у міжнародній торгівлі і не перевищували ті, що можуть виникнути при звичайному застосуванні у тих самих цілях, заради яких їх було створено. Аналогічні положення містить і Угода про санітарні і фіто-санітарні норми СОТ [252].

Зазначені угоди набувають особливого значення для галузі охорони здоров'я, оскільки збільшення обсягу товарообігу між країнами повинно регламентуватися та регулюватися. Країни, що є членами СОТ, мають забезпечувати якість, безпеку і ефективність діагностичних засобів і медичних препаратів. Такі торговельні угоди передбачають формування і дотримання правил на основі наукових даних, проведення необхідного оцінювання ризику і дотримання міжнародних стандартів під наглядом незалежних експертів і регулюючих національних органів.

Суттєвий вплив на систему охорони здоров'я також має Генеральна угода про торгівлю послугами (ГАТС), яка передбачає два пріоритетні напрямки: перший – безпосередньо медичні послуги, а другий – медичне страхування, що є сегментом сектору фінансових послуг. Сьогодні функціонування страхових

організації контролюється єдиними міжнародними законами, у той же час долю іноземного капіталу законодавчо не визначено. Пріоритетними напрямками в цьому відношенні для членів СОТ є енергетичний та телекомунікаційний сектор, але не менш важливе значення має регулювання міжнародної торгівлі медичними послугами, до яких класифікатор ГАТС відносить, у тому числі, загальне і спеціальне медичне обслуговування, діяльність вищого та середнього медичного персоналу, амбулаторно-поліклінічне обслуговування, діяльність медичних лабораторій тощо [265].

Безумовно, розширення торгівлі медичними послугами тісно пов'язано з можливістю національних міністерств охорони здоров'я оперативно оцінювати і швидко реагувати на глобальні ризики, що виникають у цій сфері. Наразі експерти у галузі охорони здоров'я не мають єдиної думки щодо наслідків лібералізації міжнародної торгівлі послугами, у тому числі медичними. При тому, що секретаріат СОТ стверджує, що приєднання будь-якої країни до ГАТС не спричинить великої небезпеки для її системи охорони здоров'я, оскільки механізм цієї угоди дозволяє державам закрити для обговорення окремі статті, що є найважливішими для національної системи охорони здоров'я, тобто сфера дії ГАТС не розповсюджується на послуги, що мають особливу значущість для країни, і кожна країна-член СОТ має право самостійно визначати сектори, що підлягають лібералізації.

Існує й інша думка щодо впливу глобалізації на національну систему охорони здоров'я. Так, укладання угод ГАТС передбачає конкурентну боротьбу країн у різноманітних галузях економіки, у тому числі й у медичній сфері, що обмежує участь окремих держав у цьому процесі. Приєднання країн до ГАТС, на думку експертів, призведе до відкриття сфер для міжнародної конкуренції у державному секторі системи охорони здоров'я. В результаті це призведе до зростання темпів приватизації та комерціалізації медичної галузі. У такій ситуації при відсутності чітких обмежень і контролю з боку держави приватизація державних медичних закладів або аутсорсинг

державних послуг, призведе до зменшення доступності медичних послуг для населення і до зниження їхньої якості [189].

Зауважимо, що наразі країни-учасниці СОТ лібералізували досить обмежену частку світового ринку послуг, серед яких послуги туризму, готельного бізнесу і ресторанів, комп'ютерні послуги, порівняно з якими все ще менш відкритими традиційно залишаються послуги освіти, охорони, здоров'я, авіації, телекомунікацій та банківські послуги.

Четверта угода СОТ «Про торгівельні аспекти прав інтелектуальної власності» (ТРІПС) теж стосується галузі охорони здоров'я. Угода ТРІПС відкриває можливості для використання вискоєфективних механізмів вирішення дискусійних питань, що мають місце у СОТ, стосовно прав інтелектуальної власності та авторських прав. Слід зазначити, що світова організація торгівлі тісно співпрацює з ВООЗ з питань доступності медикаментів у контексті ТРІПС. З метою покращення координації та сприяння кооперації СОТ і ВООЗ, створено доступ до нарад та з'їздів, що проводяться у межах їх функціонування. Наприклад, СОТ у якості спостерігача приймає участь у нарадах керуючих органів ВООЗ та інших технічних нарадах цієї організації, а, у свою чергу, ВООЗ отримала статус спостерігача в Комітеті СОТ із санітарних та фіто-санітарних заходів і в Комітеті з технічних бар'єрів у торгівлі. Крім того, ВООЗ має спеціальний статус спостерігача у Раді СОТ з торгівлі послугами і Раді з торгівельних аспектів прав інтелектуальної власності. З червня 1997 року і до теперішнього часу розглядається заява ВООЗ про надання їй статусу спостерігача у Генеральній Раді СОТ, однак цей статус ВООЗ поки що не отримано [191].

Таким чином, на наш погляд, СОТ вже зараз має широкі можливості впливу на розвиток та функціонування системи охорони здоров'я у країнах-учасницях, а у контексті низки багатосторонніх угод (ГАТС, СФМ, ТБТ і ТРІПС) у подальшому сприятиме формуванню глобальної системи охорони здоров'я, в якій національні системи охорони здоров'я будуть виступати системоутворюючими складовими.

В межах ГАТС передбачено більш спрощений режим лібералізації ринку медичних послуг у порівнянні з іншими ринками послуг (наприклад, харчового). Тому лібералізація торгівлі медичними послугами стає важливою складовою процесу глобалізації, сприяючи появі та розвитку нових форм міжнародних економічних відносин: міжнародній міграції медичного персоналу, розвитку медичного туризму, телемедицини та збільшенню прямих іноземних інвестицій. Крім того, лібералізація торгівлі на ринку медичних послуг стосується не тільки медичних послуг, але й товарів і засобів медичного призначення, фармацевтичної продукції, медичного обладнання, а також прав інтелектуальної власності, що має велике значення для галузі охорони здоров'я.

Згідно з угодою ГАТС, передбачено чотири типи угод (у залежності від виду постачання), що регламентують торгівлю послугами, у тому числі й медичними. До них відносять: транскордонні угоди, медичний туризм, комерційну присутність фірм і фізичну присутність медичного персоналу за кордоном [212]. Аналіз напрямів міжнародної торгівлі медичними послугами з точки зору їхнього змісту, основних країн-учасниць та наслідків лібералізації торгівлі для країн-експортерів та країн-імпортерів наведено в табл. 2.4.

Найбільш актуальним наразі напрямом лібералізації торгівлі медичними послугами є транскордонне постачання медичних послуг, оскільки він тісно пов'язаний з розвитком науково-технічного прогресу в цій галузі і передбачає проведення медичних консультацій, діагностики захворювань і передачі лабораторних аналізів за допомогою інформаційно-комунікативних технологій. Впровадження телемедицини і e-healthу, передачі інформації за допомогою ІТ-технологійу сучасній системі охорони здоров'я передбачає скорочення витрат на надання медичної допомоги, що обумовлено відсутністю необхідності особистих контактів медичних працівників з пацієнтами.

Таблиця 2.4

Напрями лібералізації міжнародної торгівлі медичними послугами*

Угода/ Приклад	Транскордонне постачання медичних послуг	Споживання медичних послуг за кордоном	Комерційна присутність за кордоном	Фізична присутність вітчизняних спеціалістів за кордоном
Приклад у системі охорони здоров'я	Телемедицина, e-health, передача інформації за допомогою ІТ-технологій	Медичний туризм	Прямі іноземні інвестиції, відкриття філій медичних закладів	Медична діяльність лікарів за кордоном
Експортери	США, Канада, Індія, Китай, Японія, Австралія	Індія, Тайланд	Індія, Індонезія, Непал, Мальдіви, Тайланд, Шрі-Ланка	Індія, Філіппіни, країни Півдня Африки
Імпортери	Країни Центральної Америци, країни Перської затоки, Непал, Бангладеш, країни Південно-Східної Азії	США, Велика Британія	Велика Британія, Сінгапур	США, Велика Британія, Австралія , країни Близького Сходу
Переваги для країни- імпортеру	Отримання освіти та досвіду роботи дистанційно, охоплення медичними послугами віддалених районів і районів із низьким рівнем медичного обслуговування	Інвестиції у галузь, модернізація інфраструктур и системи охорони здоров'я	Доступ до сучасних медичних технологій, зниження безробіття в охороні здоров'я	Обмін досвідом, економія на медичній освіті
Переваги для країни- експортерів	Вдосконалення навичок, обмін досвідом	Отримання більш доступних та якісних медичних послуг	Дохід від оподаткування прибутку.	Вдосконалення знань і навичок, економічна вигода від грошових переказів та інших видів транзакцій
Недоліки для країн - експортерів	Високовартісна інфраструктура	Менші можливості отримання медичної допомоги для місцевого населення	Перехід спеціалістів від державного до приватного сектору охорони здоров'я	Безробіття на ринку праці серед місцевого населення за рахунок прагнення до отримання більш високих заробітних плат
Недоліки для країни- імпортерів	Високовартісна інфраструктура	Витік фінансових ресурсів із країни.	Відволікання потенційних інвестиційних ресурсів з країни	Тимчасове перебування медичного персоналу за кордоном може стати постійним (brain drain)

*Розроблено автором.

Термін «телемедицина» уперше був застосований Т. Бьордом у 1970-ті роки для опису медичної допомоги з об'єктивним обстеженням пацієнтів лікарями на відстані за допомогою засобів телекомунікації. Європейська Комісія з медичної телематики визначає телемедицину як «швидкий доступ до спільної та дистанційної медичної експертизи за допомогою телекомунікаційних та інформаційних технологій незалежно від того, де знаходяться пацієнт або відповідна інформація» [210].

Офіційне визначення цього терміну дано ВООЗ: «Телемедицина» – це надання послуг в охороні здоров'я, де відстань є критичним фактором, усіма професіоналами з охорони здоров'я з використанням інформаційно-комунікативних технологій для обміну аргументованою інформацією для діагностики, лікування і профілактики захворювань та уражень, досліджень та оцінок, а також для постійного навчання тих, хто надає лікувальні послуги, з метою покращення здоров'я окремих осіб та спільноти» [255].

Однак, саме явище «телемедицини» виникло набагато раніше. Ще у 1959 році у США вперше було проведено консультацію психолога за допомогою телекомунікаційного зв'язку, а пізніше, за допомогою телекомунікаційних технологій із США до Канади було передано флюорографічний знімок легенівпацієнта [224].

Перший офіційний проект з впровадження телемедицини з'явився у Канаді на базі Міжрегіонального університету Ньюфаундленда у 1970 році. Слід зауважити, що активне впровадження більшості аналогічних проектів почалось лише після 1990-х років, що було пов'язано із удосконаленням засобів зв'язку, винаходом Інтернету. Подальші досягнення в телемедицині пов'язані також із впровадженням цифрових каналів передачі інформації, що прийшли на зміну аналоговому телебаченню.

Сьогодні телемедицина широко використовується по всьому світу. Згідно з даними компанії P&S Market Research, обсяг світового ринку телемедицини у 2016 році складав 17,9 млрд дол. США, і, за прогнозами, буде щорічно зростати на 18,7% до 2020 рр. [248]. Одночасно буде

збільшуватися й дохідність медичних закладів, що надають телемедичні консультації. Якщо у 2016 році загальний обсяг доходів медичних організацій складав 151,2 млн дол. США, то вже у 2020 році, він досягне 414,4 млн дол. США [252]. Так, наприклад країни Перської Затоки, а також низка країн Центральної Америки дистанційно використовують послуги охорони здоров'я із США, а індійські спеціалісти консультують пацієнтів у Непалі, Бангладеші, китайські лікарі надають медичні послуги населенню Тайваню і деяким країнам Південно-Східної Азії. Науково-технічний прогрес дозволяє й надалі вдосконалювати техніку передачі даних. Таким чином, телемедицина стає більш доступною, як для розвинених, так і для менш розвинених країн світу.

Транскордонні постачання медичних послуг за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій відіграють важливу роль у розвитку систем охорони здоров'я країн світу завдяки тому, що це, передусім, дозволяє обслуговувати населення, яке стикається з проблемою територіальної віддаленості закладу охорони здоров'я та/або низьким рівнем оснащення медичним обладнанням та фахівцями медичного закладу. Тобто телемедицина сприяє вирішенню одного з основних завдань у галузі охорони здоров'я – забезпечення доступності медичної допомоги та її високої якості.

Використання інтерактивних методів у галузі медицини також дає змогу підвищити ефективність функціонування всієї галузі, а отже, якість життя пацієнтів, оскільки відбувається створення умов для отримання швидкого результату з меншими витратами за рахунок оперативного реагування на проблеми пацієнтів та відсутності необхідності їх транспортування у медичний центр, можливості виявлення захворювань на ранніх стадіях, що може зберегти їм життя та працездатність.

З економічної точки зору, телемедицина сприяє зниженню витрат на організацію охорони здоров'я, коли вчасна і кваліфікована медична допомога може попередити подальше прогресування захворювання і необхідність госпіталізації, що, у свою чергу, заощадить фінансові ресурси як

постачальників медичних послуг, так і споживачів. При цьому, зазначені переваги використання телемедицини можна отримати лише за умов наявності відповідної інфраструктури, що потребує значних фінансових інвестицій, але, у той же час, використання телемедицини у клінічній практиці сприятиме економії бюджетних коштів, оскільки створення й утримання організацій з охорони здоров'я потребує більш значних витрат. В іншому випадку споживачі будуть зацікавлені в отриманні якісних медичних послуг за кордоном за більш доступними цінами [193].

Використання інформаційних та комунікаційних технологій є ключовим інструментом ліквідації дефіциту знань медичних працівників, сприятиме ефективності й результативності всієї системи охорони здоров'я, особливо медичним працівникам країн із низьким рівнем розвитку медичних технологій, надаючи можливість доступу до світового досвіду й інформації, виступаючи одним із засобів підвищення кваліфікації.

У сучасному світі багато країн освоюють галузь телемедицини і мають спільні проекти, такі, як, наприклад, програма «It 2000», організована Сінгапуром і Стендфордським шпиталем для впровадження передового досвіду й отримання дистанційної освіти; мережа спільних проектів Японії з лікарнями країн Азійського-Тихоокеанського регіону (Камбоджа, Фіджі, Папуа-Нова Гвінея, Тайланд), спрямованих на формування телемедичної мережі тощо [211]. Загалом у світі налічується близько 250 багатоцільових міжнародних телемедичних проектів, спрямованих на надання клінічних, освітніх, інформаційних та аналітичних медичних послуг, з яких більше всього регіональних – 40% від їх загальної кількості, локальних (у межах одного медичного закладу) – до 27% і майже порівну міжнародних – 17% і загальнонаціональних – 16% [214]. Таким чином, зацікавленість багатьох країн світу у телемедичних технологіях та попит на телемедичні послуги свідчать про перспективність даного напрямку для розвитку системи охорони здоров'я.

При цьому, варто звернути увагу, що рівень розвитку телемедицини відрізняється за країнами світу. Так, у Шотландії, наприклад,

використовують телекомунікаційні технології під час екстремальних ситуацій для on-line консультації з медичним центром [101, 216]. А у Великій Британії, яка пізніше інших країн почала розвивати телемедицину, навіть створено Інститут телемедицини і телелікування на базі Королівського університету Белфасту і з 1993 року Королівською медичною асоціацією щорічно проводяться міжнародні симпозиуми з телемедицини [221].

На сьогодні питання розвитку телемедичних технологій стає пріоритетним для багатьох розвинених країн світу. За оцінками експертів США, у більш ніж 70% випадків лікування пацієнтів можливо використання телекомунікаційних технологій у процесі діагностики, визначення тактики ведення та оцінки ефективності призначеної терапії, тобто можливе отримання медичної консультації дистанційно [224].

Останніми роками достатньо широко для визначення споживання медичних послуг за кордоном або подорожей із лікувальними цілями, використовується такі поняття, як оздоровчий або медичний туризм («Health tourism» і «Medical tourism»).

За визначенням швейцарського вченого К. Каспара, оздоровчий туризм є сукупністю зв'язків і явищ, що виникають при зміні постійного місця перебування людей з метою покращення, стабілізації та відновлення фізичного, розумового і соціального здоров'я під впливом запропонованих дій оздоровчого і лікувального характеру, при цьому, місце, де знаходиться пацієнт, не є місцем його постійного проживання або роботи [216].

Медичний туризм є однією з галузей туризму, що динамічно та інтенсивно розвиваються у світовому масштабі. Так, за прогнозами ВООЗ, у 2020 р. туризм у поєднанні з послугами охорони здоров'я стане одним із найбільш пріоритетних напрямків розвитку національних економік [228].

За визначенням Medical Tourism Association, медичний туризм розглядається, як комплексна послуга, що надається туристичними організаціями, транспортними компаніями і закладами охорони здоров'я приймаючої країни [227].

Головними факторами, що стимулюють попит на послуги медичного туризму є отримання якісної висококваліфікованої медичної допомоги, доступ до найбільш сучасних методів діагностики й лікування різних захворювань, конкурентоспроможна вартість лікування та часовий фактор. Наприклад, в розвинених країнах вартість медичних послуг є досить високою (США, Канада, Велика Британія), тому пацієнти їдуть на лікування в інші країни, де рівень сервісу такий самий, але вартість лікування у рази менша. За оцінками, приблизно 50 млн американців не мають страхового полісу, а існуючі страхові поліси не покривають витрати на лікування тяжких хронічних захворювань. Тому щорічно понад 1,6 млн громадян США користуються послугами медичного туризму [228].

Згідно з даними World Tourism Barometer (UNWTO), у 2017 році 956 млн осіб здійснювали подорожі з метою отримання медичних послуг за кордоном, що свідчить про збільшення кількості туристів на 4 % у порівнянні з попереднім роком (у 2016 році – 922 млн осіб) [118].

Активно сприяє розвитку медичного туризму діяльність міжнародних організацій, які проводять незалежний моніторинг стану здоров'я населення різних країн світу, з'ясовують і оприлюднюють у засобах масової інформації висновки щодо стану організації охорони здоров'я у цих країнах, наявність реальних досягнень і проблем. Крім того, вагомий вплив на розвиток медичного туризму має активне залучення туристів національними особливостями низки країн світу. Так, на Міжнародному конгресі з лікувально-оздоровчого туризму в Іспанії було наголошено на важливості розвитку цього виду туризму для сучасного суспільства і необхідності проведення широкомасштабних досліджень ринку медичних послуг, розробки і впровадження стандартів санаторно-курортного та реабілітаційного лікування.

Історично розвиток медичного туризму, як окремої індустрії, пов'язують з відкриттям у США у 1986 році першої туристичної агенції SpaFinder, що спеціалізувалась саме на лікувально-оздоровчих турах. Цей період характеризувався зростанням цін на медичне обслуговування і пацієнти

почали розглядати альтернативні варіанти лікування за кордоном. Так, збільшився попит на стоматологічні, косметологічні та хірургічні операції за кордоном, американці обирали країни Центральної Азії для встановлення зубних мостів і протезування – операцій, які зазвичай не покривалися медичним страхуванням у США [209].

Подальший розвиток медичного туризму пов'язаний із вдосконаленням систем охорони здоров'я, прогресом у галузі лікування захворювань і низкою інших факторів. По-перше, це тенденція постійного зростання вартості медичних послуг, яка є повсюдною, але найбільш вираженою є в країнах із страховою системою охорони здоров'я, оскільки обов'язкове медичне страхування не завжди покриває всі витрати на медичні послуги. Складні хірургічні операції не входять до переліку базових медичних послуг. Так, вартість операції аортокоронарного шунтування варіюється у залежності від країни, і коштує, наприклад, у США – 130 тис. дол. США, у Ізраїлі – 40 тис. дол. США, у Сінгапурі – 18,5 тис. дол. США, у Тайланді – 11 тис. дол. США, у Індії – 10 тис. дол. США [118].

До низки факторів, що впливають на розвиток медичного туризму, також необхідно віднести прагнення людей до отримання більш якісної медичної допомоги. Із зростанням рівня життя населення попит на якісні медичні послуги збільшується, створюються нові напрямки у медичному туризмі, збільшуються інвестиції в економіку й охорону здоров'я.

Крім того, тривалість очікування медичної послуги також впливає на попит на медичні послуги за кордоном. Наприклад, тривалість очікування на операцію із протезування тазостегнового суглобу у Великій Британії та Канаді може складати близько одного року, у той час як у Сінгапурі, Гонконзі, Тайланді, Колумбії та Індії пацієнт може бути прооперований зовсім без черги [176].

Сьогодні центри світового медичного туризму зміщуються до країн Азійсько-Тихоокеанського регіону. За даними Global Spa&Wellness Summit

(GSWS), у 2017 році 50% ринку медичного туризму займали країни Азії, Латинської Америки і Близького Сходу [204].

Асоціацією медичного туризму (МТА) разом із Міжнародним центром з вивчення охорони здоров'я (IHRC) було розроблено індекс медичного туризму (Medical Tourism Index). МТІ – індекс привабливості країни щодо розвитку галузі медичного туризму, що визначається за трьома групами показників, а саме: загальні соціально-економічні показники країни, розвиток індустрії медичного туризму, організація та якість медичних послуг, що надаються, відповідність діючим міжнародним стандартам [227].

Показники першої групи передбачають оцінку загально-економічного розвитку країни, політичного стану та іміджу, рівня безпеки, забруднення навколишнього середовища, кліматичних, культуральних та мовних особливостей. Друга група показників стосується безпосередньо індустрії медичного туризму і передбачає оцінку розвитку, як галузі туризму в цілому, так і медичних послуг. Оцінювання країн проводиться щодо туристичної привабливості (культурні, історичні, релігійні пам'ятники, заповідники, природні осередки), наявності бальнеологічних і курортних комплексів та передбачуваної вартості подорожі і медичних послуг. Третя група рейтингових показників стосується оцінки якості медичних послуг: обсяг медичної допомоги, наявність необхідного медичного обладнання, рівень кваліфікації медичного персоналу, дотримання медичних стандартів при наданні медичної допомоги, акредитація медичних закладів.

За «Глобальним світовим рейтингом індустрії медичного туризму – 2016», що був опублікований Міжнародним науково-дослідним центром охорони здоров'я (National Health care Research Center, IHRC) спільно із Міжнародною асоціацією медичного туризму (МТА) та міжнародною громадською організацією MedicalTourismIndex, який оцінював 41 пункт призначення на Близькому Сході, в Азії, Америці, Африці й Європі, перша п'ятірка лідерів виглядає наступним чином: 1. Канада (76,62 %). 2. Велика Британія (74,87 %). 3. Ізраїль (73,91%). 4. Сінгапур (73,56%). 5. Індія (72,10%) (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Глобальний світовий рейтинг індустрії медичного туризму за країнами світу,
2016*

№	Країна	Показник, %	№	Країна	Показник, %
1.	Канада	76,62	11.	Іспанія	68,29
2.	Велика Британія	74,87	12.	Японія	68,00
3.	Ізраїль	73,91	13.	Панама	67,93
4.	Сінгапур	73,56	14.	Коста Ріка	67,67
5.	Індія	72,10	15.	Домініканська Республіка	67,58
6.	Німеччина	71,90	16.	Дубай	67,54
7.	Франція	71,22	17.	Ямайка	67,17
8.	Південна Корея	70,16	18.	Тайланд	66,60
9.	Італія	69,50	19.	Філіппіни	66,40
10.	Колумбія	69,48	20.	Тайвань	66,28

* Складено автором за матеріалами [228].

Основними критеріями дослідження (з 34 наявних індикаторів) були стан навколишнього середовища, рівень сфери медичного туризму і якість медичного обладнання і медичних послуг. У свою чергу, кожний критерій мав певну кількість характеристик, з яких найважливішими є – привабливість туристичного напрямку і вартість та якість лікування. На підставі факторного аналізу розроблено рейтингову оцінку географічних регіонів у галузі медичного туризму (рис. 2.4).

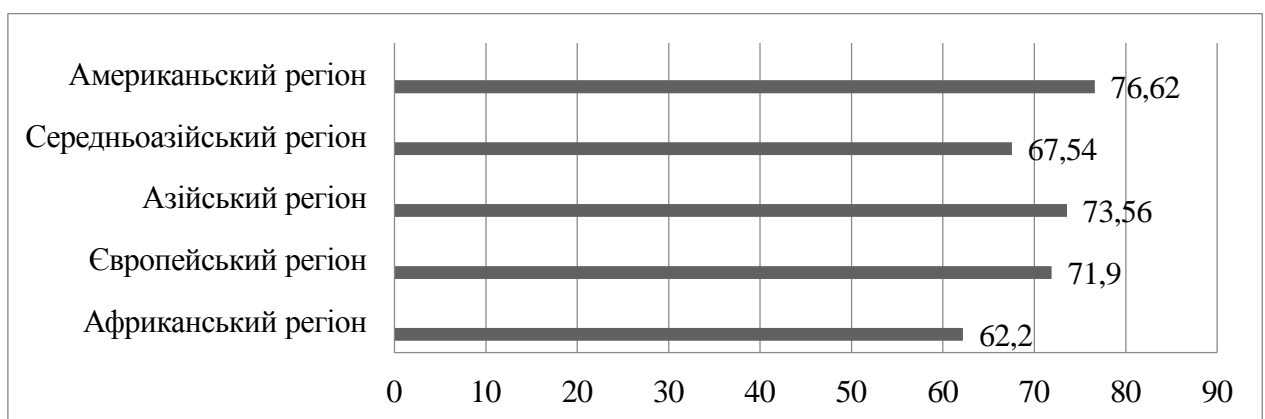


Рис. 2.4. Глобальний світовий рейтинг індустрії медичного туризму за регіонами світу, 2016*

* Складено автором за матеріалами [228].

Американський регіон демонструє найвищі показники розвитку медичної галузі у світі. Даний регіон, має платну систему охорони здоров'я, фінансування забезпечується як за рахунок пацієнтів, так і за кошти держави (15% ВВП). Система охорони здоров'я в американському регіоні характеризується високим рівнем організації та якості надання медичної допомоги, наявністю найсучасніших медичних технологій та високою вартістю медичних послуг.

В європейському регіоні має місце в цілому високий рівень надання медичної допомоги та розвитку медичної галузі. Медична допомога в Європі характеризується наявністю висококваліфікованих кадрів і сучасного медичного обладнання, тому вона є значно дорожчою, порівняно з азійськими і латиноамериканськими країнами.

Серед азійських країн найбільш розвиненими у галузі медицини є Сінгапур та Індія, але не менш високі показники демонструють Республіка Корея, Японія і Тайланд, де надається якісна медична допомога за помірними цінами і переважна більшість лікарів, які працюють у цих країнах, отримали освіту в західних університетах і вільно володіють англійською мовою.

Безперечним лідером у сфері медичної допомоги в країнах арабського регіону є Ізраїль з розвиненим ринком медичних послуг та сучасних високовартісних медичних технологій, який у поєднанні з туристичними пам'ятками визнано світовим бальнеологічним курортом. Дубай (67,54), Абу-Дабі (63,65), Єгипет (60,92) і Катар (60,07) також є вельми привабливими, як для туристичного відпочинку, так і для медичного туризму.

Низка країн африканського регіону мають досить високі рейтинги щодо стану медичної допомоги, це Марокко (59,77), Південна Африка (62,20) і Туніс (56,78), хочавони є найменш популярними у медичному туризмі через їх територіальне розташування і особливості клімату. Крім того, країни цього регіону мають складне епідемічне становище з високим рівнем захворюваності та розповсюдженням інфекційних захворювань, від яких помирає до 50% населення у 22 африканських країнах [228].

Що стосується країн-лідерів вихідного медичного туризму, то, за прогнозами експертів, очікується, що зростання добробуту і старіння населення виведуть на перше місце Китай, за ним слідують США і Німеччина [228].

Лібералізація міжнародної торгівлі медичними послугами в напрямі розвитку медичного туризму має свої негативні наслідки. Так, країни світу, що приймають пацієнтів з країн азійського та африканського регіону із захворюваннями, до яких імунітет їхнього населення ще не сформований (холера, чума, малярія, африканський трипаносомоз тощо). Крім того, можливі ускладнення захворювань внаслідок тривалого перельоту, різниці в культурних традиціях і способі життя різних країн [240].

Сьогодні медичний туризм розвивається за різними формами. Американська асоціація з медичного туризму виділяє такі форми медичного туризму, як check-up-туризм (туризм із метою профілактичної перевірки стану здоров'я пацієнтів), dental-туризм (стоматологічний) та скульптур-туризм (пластичну хірургію) [219]. Статистика свідчить, що найбільш затребуваними медичними послугами є стоматологічні (40,9%), у тому числі зубне протезування (22,6%), встановлення пломб (11,6%), лікування кореневих каналів (2,8%). Друге місце займає пластична хірургія (19,3%), у тому числі маммопластика (3,7%), мастопексія (2,6%), абдомінопластика (2,6%). Решта медичних послуг, які отримують пацієнти медичного туризму (39,8%), включає операції коронарного шунтування – 3,6%, колоноскопію – 2,4% та артроскопію – 2,2% [227].

Існує певна фахова спеціалізація країн у галузі медичного туризму. Наприклад, Аргентина, Болівія, Бразилія, Колумбія, Коста-Ріка, Куба, Мексика і Туреччина спеціалізуються на пластичних операціях, Болівії – на пластичній хірургії (до 70% жінок цієї країни зверталися до пластичних хірургів хоча б раз у житті) [235].

Підвищений попит на медичний туризм пов'язаний, як правило, з тим, що вартість медичних послуг у країнах, де вони проживають, досить висока і

більшість медичних послуг не покриваються страховим полісом в їхніх країнах, найчастіше це планове лікування, діагностичне обстеження, стоматологія, трансплантологія, пластичні операції, лазеротерапію тощо.

У таблиці 2.6. наведено порівняльні дані щодо вартості лікування у США і країнах Південно-Східної Азії.

Таблиця 2.6

Середня вартість лікування у країнах світу, 2016, дол.США*

Медична послуга	Середня вартість лікування	
	США	Країни Південно-Східної Азії
Трансплантація кісткового мозку	200 000 – 125 000	38 000 – 25 000
Ангіопластика	57 000	14 000 – 9 700
Заміна серцевого клапану	160 000 – 110 000	24 000 – 12 000
Штучне запліднення	18 000	3 800 – 2000
Хірургічний ліфтинг обличчя	8 000	3 000
Пластична корекція (імпланти)	6 000	2500 – 1 000
Хірургічне видалення катаракти	40 000	11 000 – 2 100

*Складено автором за матеріалами [239].

Останніми роками вектор розвитку медичного туризму зміщується у бік країн, що розвиваються, в яких сьогодні швидко формуються високотехнологічні медичні комплекси і навіть медичні міста, що мають привабливий медичний і туристичний потенціал. При цьому вартість лікування при аналогічному рівні медичного сервісу в цих країнах значно нижче, ніж в європейському або американському регіонах.

Наступним напрямом лібералізації міжнародної торгівлі медичними послугами є комерційна присутність за кордоном.

З кожним роком кількість іноземних медичних закладів (лікарень, приватних клінік, діагностичних центрів) у країнах різних регіонів постійно зростає. Найбільш відкритими країнами для прямих іноземних інвестицій у медицину є азійські країни – Індія, Індонезія, Непал, Шрі-Ланка, Тайланд [49].

Існує практика створення медичних закладів, що фінансуються за рахунок декількох країн. Наприклад, індійській серцевий центр у Делі створено за кошти трьох країн-інвесторів – Австралії, Канади та Індії, вартість якого

складає 40 млн дол. США. Найбільша в азійському регіоні мережа організацій охорони здоров'я «Apollo» інвестує фінансові ресурси у систему охорони здоров'я Індії, і, крім того, виділяє кошти для створення медичних центрів у Малайзії, Непалі та Шрі-Ланці. Прикладом ефективною інвестиційної політики є американська медична мережа «Boulevard», яка має спільні підприємства у Великій Британії, Сінгапурі, Індії, Індонезії, Малайзії та Шрі-Ланці [167]

Комерційна присутність медичних організацій має як позитивні, так і негативні наслідки для галузі охорони здоров'я. Серед її переваг виділяють наступні: додаткові інвестиції в модернізацію охорони здоров'я і впровадження медичних технологій, можливість отримання досвіду медичними працівниками без виїзду закордон на базі високоспеціалізованих медичних центрів, створених за кошти інвесторів, можливість отримання населенням висококваліфікованої медичної допомоги із використанням сучасних медичних технологій.

Але існують і певні негативні наслідки комерційної присутності іноземних постачальників медичних послуг, серед яких формування дворівневої системи охорони здоров'я з комерційним і суспільним сегментами. Комерційний сегмент характеризується високою концентрацією високоспеціалізованих медичних технологій, сучасного медичного обладнання та кваліфікованого медичного персоналу, наявністю сприятливих умов праці для медичних працівників, що, безумовно, впливає на попит на медичні послуги даного сегменту з боку пацієнтів і на попит з боку медичних працівників, які прагнуть знайти роботу в цьому сегменті.

Ще одним негативним наслідком функціонування приватного, у тому числі іноземного сектору, є так зване «кремове ковзання» [162], ілюстрацією якого є сектор охорони здоров'я Тайланду. У цій країні спостерігався відтік постачальників медичних послуг з державного сектора охорони здоров'я до приватного і, завдяки появі спільних лікарень з іноземними компаніями цей сегмент стає ще більш популярним. У свою чергу, це призвело до зниження ефективності системи охорони здоров'я у державному секторі, де було

недостатньо медичного персоналу і пацієнти не мали змогу отримати медичні послуги вчасно [158]. Тобто, комерційна присутність іноземних постачальників медичних послуг має свої переваги та можливі загрози для державної системи охорони здоров'я.

Окремим напрямом лібералізації міжнародної торгівлі медичними послугами є фізична присутність медичного персоналу за кордоном і міжнародна міграція медичного персоналу. Згідно з ВООЗ, працівниками сфери охорони здоров'я є співробітники, діяльність яких пов'язана з функціонуванням системи охорони здоров'я, тобто працівники, що надають медичні послуги (лікарі, медичні сестри, фармацевти, лабораторний і технічний персонал), адміністративний та обслуговуючий персонал (фінансові директори, бухгалтери, економісти тощо) [255].

На 2018 рік у світі налічувалось приблизно 59,8 млн працівників галузі охорони здоров'я, з яких приблизно $\frac{2}{3}$ – медичний персонал (39,5 млн осіб), а $\frac{1}{3}$ – адміністративний персонал (19,8 млн осіб) [205].

Постачання медичних послуг за рахунок фізичної присутності медичного персоналу за кордоном може здійснюватися спільно з комерційною присутністю (іноземна компанія приймає на роботу працівників зі своєї країни) або самостійно іноземним медичним фахівцем. Відповідно до угоди ГАТС, фізична присутність вітчизняних спеціалістів за кордоном передбачає тимчасовий рух робочої сили і не розглядається проживання медичних працівників за кордоном на постійній основі.

Слід зазначити, що ГАТС не дає точного визначення поняття «тимчасового перебування спеціалістів за кордоном» [207]. Такий спосіб постачання медичних послуг складно оцінювати з точки зору «тимчасовості», тому що у деяких випадках надання медичних послуг передбачає тривалий процес, що пов'язано з проведенням різних діагностичних і лікувальних процедур, а недостатня кількість медичних кадрів у країні тільки подовжує термін перебування вітчизняних спеціалістів за кордоном [184].

Тому у нашому дослідженні ми проаналізуємо як короткострокову, так і довгострокову фізичну присутність іноземних медичних спеціалістів за кордоном, оскільки від тривалості перебування іноземних спеціалістів за кордоном залежатимуть різні наслідки для системи охорони здоров'я і суспільства в цілому країни-імпортера та країни-експортера.

Короткострокове переміщення медичних фахівців за кордон відбувається з метою просування експорту медичних послуг, розширення співробітництва між країнами, підвищення кваліфікації медичних працівників, отримання освіти, залучення іноземної валюти тощо. Надзвичайно активно відправляють свої медичні кадри до країн Африки в межах короткострокових оплачуваних контрактів Куба, Китай, Гана та Індія, а регіон Близького Сходу, навпаки, активно приймає лікарів, медичних сестер, дантистів та інший медичний персонал з багатьох країн світу, що підвищує його рейтинг серед споживачів послуг у галузі медичного туризму.

Довгострокове переміщення медичного персоналу наразі відбувається в основному з країн, що розвиваються. у розвинені країни світу, тоді як у 1960-х рр. тенденція була протилежною. Сьогодні більше ніж 56% лікарів-мігрантів, що прямують у розвинені країни для працевлаштування, є вихідцями із країн, що розвиваються, і тільки 11% медичних спеціалістів прямують з розвинених країн до менш розвинених [206].

Ці процеси відбуваються під впливом низки таких чинників, як відмінності у рівнях заробітної плати медичного персоналу у різних країнах, в умовах праці та життєвих стандартах, пошук кращого використання своїх професійних навичок, диспропорція між попитом і пропозицією медичних послуг у країні-експортері та країні-імпортері тощо. В умовах глобалізації різниця між бідними і багатими верствами населення збільшується у декілька разів, що безперечно впливає на економічний розвиток країни. Тому рівень функціонування системи охорони здоров'я у найменш розвинених країнах є досить низьким, що спонукає медичних спеціалістів до пошуку альтернативних варіантів працевлаштування

закордоном. Крім того, заробітна плата лікаря складала у 2016 році, наприклад, у Сьєрра-Леоне – 70 дол. США, в ЮАР – 1400 дол. США; а у Канаді та Австралії – у 4 рази вище ніж в ЮАР, і, відповідно, у 99 разів вище, ніж в Сьєрра-Леоне [254].

Існує й низка неекономічних чинників, що сприяють міграції медичних працівників, серед яких нестабільна політична ситуація в країні, складне епідеміологічне становище й поширення інфекційних захворювань (туберкульозу, малярії, СНІДу тощо), що має місце, наприклад, в африканських країнах.

Сьогодні відбувається масова еміграція медичних працівників з країн Південної Африки, Індії, Філіппін, переважна більшість яких прямує до Великої Британії, США і Австралії. Це є негативним фактором, як для системи охорони здоров'я, так і для країни в цілому, для запобігання чого уряди цих країн впроваджують спеціальні заходи. Наприклад, в Індії практикується обов'язкове відпрацювання в країні після закінчення навчального закладу, ав країнах Південної Африки поширюється заключення контрактів з іншими країнами для надання медичної допомоги населенню [206].

У країнах з дефіцитом медичних кадрів, серед яких такі розвинені країни як США, Велика Британія, Канада і Австралія, створюються спеціальні умови та програми для залучення іноземних спеціалістів, проводиться політика асиміляції іноземних висококваліфікованих медичних фахівців (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Чисельність медичних працівників, включаючи іноземних медичних спеціалістів, за окремими країнами, 2016*

	Чисельність лікарів на 100 тис. населення	Загальна чисельність іноземних медичних спеціалістів, тис. осіб	Частка іноземних медичних спеціалістів у загальній їх кількості, %
США	293	208 733	25,0
Велика Британія	231	39 266	28,3
Канада	220	15 701	23,1
Австралія	271	14 346	26,5

*Складено автором за матеріалами [239].

Слід зазначити, що в розвинених країнах завжди є потреба у медичних працівниках через низку обставин. По-перше, вартість праці іноземних медичних працівників є відносно низькою порівняно з рівнем оплати праці місцевих медичних працівників. По-друге, збільшення чисельності населення похилого віку і, відповідно, чисельності хронічних потребує й більшої кількості лікарів та середнього медичного персоналу. Тому ці держави спрощують візові режими з поширенням практики надання дозволу на проживання та роботу в країні, що сприяє збільшенню чисельності іноземних медичних фахівців. Наприклад, у Японії, де тривалість життя є найвищою, є необхідність у зростанні чисельності медичного персоналу для забезпечення догляду за пацієнтами похилого віку [117].

Недоукомплектованість середнім медичним персоналом має місце в більшості країн світу з високою тривалістю життя – Великій Британії, Данії, Ізраїлі, Норвегії, і джерелами його постачання виступають, переважно, країни, що розвиваються (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Частка іноземних медичних спеціалістів у загальній чисельності медичних працівників за окремими країнами, 2017*

США		Велика Британія		Канада		Австралія	
Країна-експортер медичних спеціалістів	%	Країна-експортер медичних спеціалістів	%	Країна експортер-медичних спеціалістів	%	Країна-експортер медичних спеціалістів	%
Індія	4,9	Індія	10,9	Велика Британія	4,0	Велика Британія	8,6
США	3,0	Ірландія	2,1	ПАР	2,6	Індія	4,0
Філіппіни	2,1	Пакистан	1,9	Індія	2,1	Нова Зеландія	3,2
Пакистан	1,2	ПАР	1,4	Ірландія	1,7	ПАР	2,3
Канада	1,1	Єгипет	1,1	Саудівська Аравія	1,0	Шрі Ланка	1,2
Китай	0,8	Нігерія	1,1	Єгипет	0,8	Єгипет	1,0
Країни ЄС	0,6	Німеччина	1,1	США	0,8	Сінгапур	0,8
Єгипет	0,5	Шрі Ланка	1,0	Польща	0,6	Ірландія	0,8
Мексика	0,5	Ірак	0,9	Франція	0,6	Гонконг	0,6
КНДР	0,5	Австралія	0,6	Пакистан	0,5	Польща	0,3

*Складено автором за матеріалами [253].

Значний відсоток медичних працівників емігрують з Індії, де існує розвинена система медичної освіти, яку надають у 270 закладах – за кількістю медичних освітніх закладів країна займає перше місце у світовому рейтингу. Індія є членом Фонду розповсюдження міжнародної медичної освіти та досліджень (Foundation for Advancement of International Medical Education and Research – FAIMER), а випускники індійських медичних освітніх установ завжди бажані на ринках медичних послуг країн світу [175].

Слід зауважити, що лише в трьох азійських країнах (Індії, Пакистані та Філіппінах) розташовано до 45% усіх міжнародних медичних освітніх закладів [181]. Так, у 2016 році у США із 110 тис. медичних сестер, що отримали освіту за кордоном, 43% прибули з Філіппін, 19% – з Канади, 15% – з Великої Британії і 9% – з Індії [253].

За результатами досліджень ОЕСР, виявився так званий «ефект доміно»: медичні працівники з Великої Британії мігрують до США, а вакантні посади у Великій Британії займають спеціалісти з Африки, у свою чергу, до африканських країн мігрують спеціалісти з Куби і так далі [233].

Міграція медичних працівників має негативні наслідки, перш за все, для системи охорони здоров'я країн-експортерів. З економічної точки зору, держава несе витрати на освіту медичних спеціалістів, які потім працюють закордоном. Крім того, виникає проблема нестачі медичних кадрів в умовах різкого зростання захворюваності населення (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Кількість вакансій на посаду лікарів і медичних сестер за окремими країнами Африки, 2017, осіб*

Медичні працівники:	Країна			
	Гана	Лесото	Намібія	Малаві
Лікарі	42,6	7,6	26,0	36,3
Медичні сестри	25,5	48,6	2,9	18,4

*Складено автором за матеріалами [260].

Така ситуація свідчить про наявні проблеми як у системі охорони здоров'я, так і в економіці в цілому. Відповідно до класифікації Світового банку, ці країни відносяться до країн з низьким рівнем доходів (Гана, Малаві) та рівнем доходів нижче середнього (Намібія і Лесото) [254]. У середньому кожен четвертий лікар і кожна з двадцяти медичних сестер, що пройшли навчання в африканському регіоні, працює у країнах ОЕСР. Крім Африки, основними джерелами фахівців у галузі охорони здоров'я є країни Карибського басейну, Південної та Південно-Східної Азії [250].

Таким чином, лібералізація торгівлі медичними послугами має як позитивні, так і негативні наслідки для усіх країн світу. З одного боку, лібералізація є драйвером розвитку світового ринку медичних послуг, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги та рівного доступу населення до неї. З іншого боку, враховуючи різний рівень розвитку національних економік та національних систем охорони здоров'я, лібералізація міжнародної торгівлі медичними послугами може призвести до негативних наслідків – стагнації національних систем охорони здоров'я та зменшення доступності різних груп населення до медичних послуг на ринках країн-експортерів.

Висновки до другого розділу

1. Доведено, що глобальні процеси проникають в усі структури суспільства і впливають, у тому числі й на систему охорони здоров'я, яка є сьогодні одним із найбільш швидко зростаючих секторів світового господарства. При цьому, саме технологічний рівень і якість медичних послуг, що надаються, обумовлюють їх позиції на світовому ринку і служать головними критеріями вибору для споживачів з різних країн світу.

2. Визначено взаємозалежність структурних елементів світового ринку медичних послуг, коли зростання обсягу ринку медичного обслуговування має стимулюючий ефект на зростання товарного сегменту ринку лікарських засобів, активізує розробку нових медичних розробок та технологій, попит на

медичну освіту тощо. У свою чергу, ринок науково-медичних розробок та технологій є безумовним лідером за темпами розвитку серед інших сегментів світового ринку медичних послуг, який не тільки стимулює інші його сегменти, а й визначає стратегічні напрями їхнього розвитку на перспективу.

3. Обґрунтовано, що невпинний розвиток та структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг відбуваються під впливом низки глобалізаційних чинників: демографічних (старіння населення, поширення хронічних та інфекційних захворювань, зміни у споживчих настроях пацієнтів, їх інформованість у питаннях медичних послуг), фінансових (принципи державного регулювання галузі, проведенн медичних реформ, розповсюдження нової бізнес-моделі функціонування ринку, заснованої на державно-приватному партнерстві), оперативних (поширення медичного туризму, розвиток медичної інфраструктури, підвищення загального рівня кваліфікації медичних працівників), регулятивних (проблеми доступності медичної допомоги, оцінювання обсягу та якості медичної допомоги, удосконалення в сфері медичного менеджменту та адміністрування, боротьба із зловживаннями та корупцією в системі охорони здоров'я, проблеми безпеки пацієнта та кібербезпеки) та інноваційних (розвиток медичних та телекомунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я).

4. На основі аналізу запропонованої ВООЗ класифікації систем охорони здоров'я (системи бюджетного фінансування охорони здоров'я, системи обов'язкового медичного страхування та системи охорони здоров'я із фінансуванням на основі ринкових принципів страхування), з точки зору світового досвіду їхнього практичного використання за країнами світу, а також переваг та недоліків, доведено, що у сучасному світі не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка могла б успішно діяти в будь-яких умовах. Багато країн використовують власні, іноді унікальні розробки в галузі охорони здоров'я, тому якість надання медичної допомоги в тій чи іншій країні не завжди залежить від її економічного потенціалу, чисельності населення та обсягів ВВП.

Обґрунтовано, що державна система надання медичної допомоги в сучасних умовах є важливим елементом громадянського суспільства, що втілює суспільні цінності й гарантії для всіх верств населення в галузі охорони здоров'я. У свою чергу, приватний сектор охорони здоров'я зазвичай ініціює впровадження новітніх технологій у цій галузі. Тому практичний досвід функціонування та розвитку національних систем охорони здоров'я свідчить про необхідність широкого застосування інструментів державного регулювання з одночасним розширенням ринку платних (приватних) медичних послуг.

5. Проведений аналіз багатосторонніх угод в межах СОТ, таких як Генеральна угода про торгівлю послугами – ГАТС (GATS – General Agreement on Trade in Services), Угода про застосування санітарних та фітосанітарних заходів – СФЗ (SPS – Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures), Угода про технічні бар'єри у торгівлі – ТБТ (TBT – Agreement on Technical Barriers to Trade) та торгівельних аспектів прав інтелектуальної власності – ТРІПС (TRIPS – Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) та інших, що визначають механізми та напрями лібералізації світової торгівлі медичними послугами на світовому ринку послуг, дав змогу зробити висновок, що СОТ вже зараз має широкі можливості впливу на розвиток та функціонування системи охорони здоров'я у країнах-учасницях, а у подальшому сприятиме формуванню глобальної системи охорони здоров'я, в якій національні системи охорони здоров'я будуть виступати системоутворюючими складовими.

6. На основі аналізу напрямів міжнародної торгівлі медичними послугами (транскордонні угоди, медичний туризм, комерційна присутність фірм і фізична присутність медичного персоналу за кордоном) з точки зору їхнього змісту, основних країн-учасниць та наслідків лібералізації торгівлі для країн-експортерів та країн-імпортерів доведено, що лібералізація торгівлі медичними послугами має як позитивні, так і негативні наслідки для усіх країн світу. З одного боку, лібералізація є драйвером розвитку світового ринку медичних послуг, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги та рівного

доступу населення до неї. З іншого боку, враховуючи різний рівень розвитку національних економік та національних систем охорони здоров'я, лібералізація торгівлі медичними послугами може призвести до негативних наслідків – стагнації національних систем охорони здоров'я та зменшення доступності різних груп населення до медичних послуг у країнах-експортерах.

Основні результати розділу висвітлено в наукових працях автора: [23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 195, 197].

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ ДО СВІТОВОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КОНТЕКСТІ ЙОГО ІНФОРМАТИЗАЦІЇ

3.1. Вплив глобальних технологій на розвиток світового ринку медичних послуг

Одною з найбільш потужних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, що складаються під впливом процесів глобалізації та глобальних технологічних зрушеньє так звана інформатизація або технологізація медицини, яка є фундаментальною характеристикою сучасної медичної галузі. Під цим терміном розуміється повсюдне поширення в системі медичної допомоги сучасних, науково технічних медичних заходів, а також постійно триваючий процес їхнього вдосконалення.

Сучасний медичний прогрес пов'язується з розвитком все більш складних і дорожчих технологій, впровадженням високотехнологічних втручань. Технологізація надає найглибший вплив на медицину, як на систему організації охорони здоров'я, взаємини лікаря з пацієнтом, так і на лікарське мислення в цілому, медичну освіту, політику наукових досліджень в цій сфері тощо. Дійсно, сучасні технології сьогодні є рушійною силою розвитку системи охорони здоров'я і подальший розвиток сучасної медичної науки неможливий без розвитку мобільної медицини, важливим аспектом якої є взаємодія між лікарем і пацієнтом за допомогою сучасних інформаційно-комунікативних технологій [168].

Використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій в системі охорони здоров'я взагалі може змінити принцип медичного обслуговування у глобальному масштабі. Розвитку мобільної медицини сприяє низка чинників і, передусім, це стрімкий розвиток мобільних технологій і програмних додатків, поява нових можливостей впровадження мобільних технологій в існуючі служби електронної системи охорони здоров'я, а також

постійне збільшення зон покриття мереж мобільного зв'язку. За даними Міжнародного союзу електрозв'язку (МСЕ), наразі кількість абонентів бездротового зв'язку складає більше ніж 5 млрд осіб, причому більша їх частина – 70% проживає у країнах з низьким і середнім рівнем доходів [194]. За даними Асоціації GSM, більше ніж 85% населення світу знаходяться у зоні покриття комерційних мереж бездротового зв'язку [211].

Відповідно до світових тенденцій у галузі мобільної медицини, країни з більш високим рівнем доходів проявляють більшу активність, серед яких найбільш активними є країни Європейського Союзу, порівняно з іншими регіонами світу, що є цілком зрозумілим, оскільки впровадження мобільних технологій потребує узгодження ініціатив, політики і стратегії розвитку галузі у короткостроковій та довгостроковій перспективі, ефективної державної політики та фінансових інвестицій у галузь, розуміння переваг мобільної медицини, наявності розширених можливостей та інфраструктури, ефективної системи аналізу та оцінки мобільної медицини у країні, співробітництва країн у галузі розробки передових світових методик та обміну досвідом щодо їх впровадження.

Сьогодні впровадження мобільної та електронної охорони здоров'я у світі є важливим завданням для усіх країн, потенціал цієї галузі визнається ООН в якості додаткової стратегії зміцнення систем охорони здоров'я, підвищення рівня якості й доступності медичної допомоги при досягненні Цілей розвитку тисячоліття [258]. Мобільна охорона здоров'я виступає основною інновацією у досягненні цілей, зазначених у Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок та дітей ще у 2010 році [241].

Наразі у світі немає стандартизованого визначення поняття мобільної медицини. За визначенням ВООЗ, мобільна медицина – розділ телемедицини, що забезпечує надання медичної допомоги і контроль за здоровим способом життя людини з використанням бездротових, телекомунікаційних технологій і мобільних пристроїв [255].

За визначенням Глобальної обсерваторії з електронної охорони здоров'я ВООЗ, мобільна медицина (Mobile Health або mHealth) є лікарською практикою і практикою громадської охорони здоров'я, що здійснюється за допомогою мобільних пристроїв, а саме мобільних телефонів, пристроїв для моніторингу стану здоров'я пацієнтів, кишенькових персональних комп'ютерів та інших пристроїв бездротового зв'язку [12].

Сам термін MobileHealth було запропоновано провідним експертом у галузі мобільної медицини Р. Істепаніяном у 2003 році, який розробив концепцію нового рівня еволюції mHealth та запропонував термін 4GHealth – послуги mHealth на основі мереж 4G/LTE. У 2005 році лондонським університетом за участі індійських вчених було розроблено першу систему mHealth у світі, яка дозволила здійснювати моніторинг стану здоров'я пацієнтів і передавати дані з мобільного телефону до клініки у будь-якому місці світу [236].

Досліджуючи вже сформований ринок mHealth, спеціалісти компанії J'son&Partners Consulting дійшли до висновку, що це ринок сервісів та продуктів, які використовують мобільні технології для спрощення та прискорення процесу надання медичних послуг та зменшення витрат на процес їх надання, оптимізацію роботи з медичною інформацією [266].

Безперечним є те, що система мобільної медицини дозволяє підвищити якість надання медичних послуг при одночасному зниженні витрат у галузі охорони здоров'я. Так, за 2017 рік, за даними аналітичної компанії SNSResearch, через використання mHealth було скорочено витрати на охорону здоров'я на 260 млрд. дол. США у системах охорони здоров'я по всьому світу [186].

Сьогодні ринок mHealth розвивається за двома напрямками – Med (remote monitoring) – розробка програм та обладнання для здійснення віддаленого моніторингу стану пацієнта та Fit (smart-wellness) – розробка систем та пристроїв, призначених для контролю за дотриманням здорового способу життя (wellness), і фітнес-трекерів (fitness). Кожен з них включає як розробку, виробництво і продаж на світових ринках приладів моніторингу стану

здоров'я пацієнтів (приладів для лікарів ЛПЗ – ЕКГ, моніторингу параметрів організму та приладів для пацієнтів – фітнес-трекери, глюкометри тощо), так і розробку і впровадження у медичну практику мобільних додатків mHealth (телемедицини, адміністрування, управління робочими процесами, діагностика, призначення та прийому ліків тощо).

На сьогодні на світовому ринку mHealth пропонується широкий вибір систем моніторингу роботи серця, тиску, глюкози, роботи мозку, сну тощо; багатопараметричних систем моніторингу; систем дистанційної зв'язку із ікарем; сенсорів різних життєвих показників; діагностичних систем і систем швидкого аналізу (крови, слини, сечі, дихання тощо); систем для догляду за літніми хворими, хронічними хворими та дітьми; програм для контролю здоров'я, вживання ліків, планування лікування, навчальних системи та інше.

Мобільна охорона здоров'я, передусім, передбачає використання основних інструментів мобільного телефону – голосового зв'язку і служби коротких повідомлень (sms), а також більш складні функціональні засоби зв'язку, такі як система пакетного радіозв'язку загального використання (GPRS), мобільні системи зв'язку 3-го та 4-го покоління (3G та 4G), глобальну навігаційну супутникову систему (GPS) та технології Bluetooth [101].

Сегментація світового ринку mHealth за видами послуг у 2016 році представлена на рис. 3.1.

Як можна побачити, майже третину ринку (29%) займають системи охорони здоров'я, 19% – послуги з профілактики захворювань, 15% – послуги, що розширюють можливості медичних працівників, і тільки 6% – послуги з лікування, тобто безперечною є спрямованість функціонування ринку, перш за все, на попередження захворювань, оздоровлення населення світу. Слід додати, що це сприятиме переформатуванню всієї галузі охорони здоров'я у світовому масштабі в саме цьому напрямі. Про це свідчить і стрімкий розвиток ринку продуктів для здорового способу життя (wellness, fitness). Так, відповідно до звіту Consumer Electronics Association Park Associates, у 2018 році його обсяг складає близько 8 млрд дол. США із середньорічними темпами зростання – 15%

та розміром прибутку лише від продажу приладів для моніторингу – 70 млн дол. США [261].

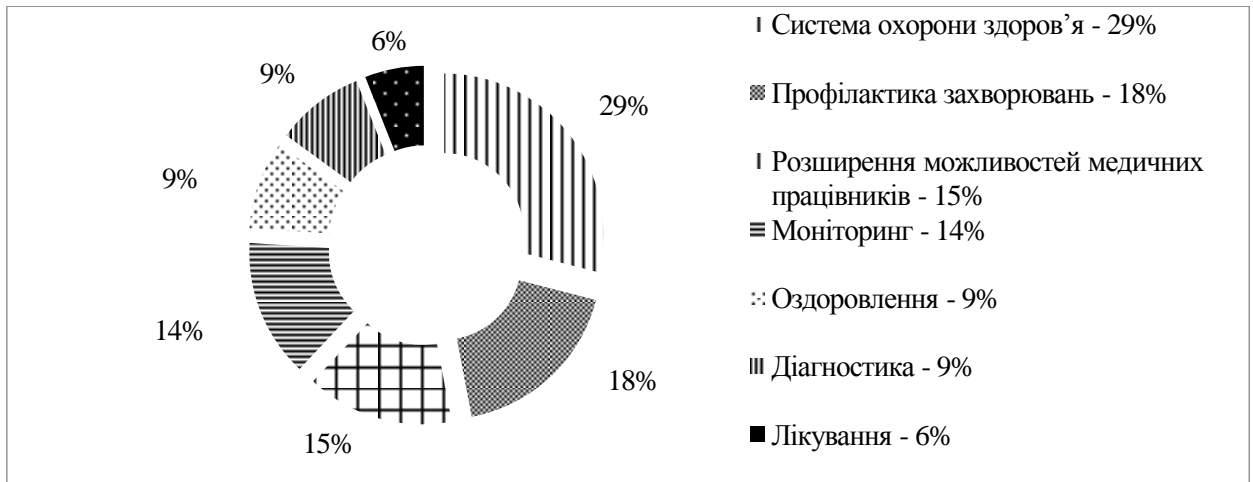


Рис. 3.1. Сегментація світового ринку mHealth за видами послуг*

* Складено автором за матеріалами [101].

Стрімкий розвиток mHealth відбувається завдяки появі нових пристроїв, датчиків, додатків, телемедицини та дистанційного моніторингу, передачі даних пацієнтів, електронних карт та рецептів, контролю сну і вагітності тощо. Наразі на ринку мобільної медицини існують проекти, що вже впроваджені й ефективно функціонують у цих напрямках, такі як «Care Innovations» – дистанційна система для моніторингу стану здоров'я пацієнтів із хронічними захворюваннями, «Soarian Clinical» – дистанційна система для моніторингу стану здоров'я кардіологічних хворих, що носять кардіостимулятори, «SugarSenz» – система для моніторингу стану здоров'я пацієнтів, хворих на цукровий діабет, «hWear» – система датчиків для здійснення електрокардіографічного дослідження [101].

Що ж стосується світового ринку mHealth в регіональному розрізі, його найбільшим сегментом за підсумками 2017 року була Північна Америка з часткою в 32,1%, за нею йдуть Європа, Азіатсько-Тихоокеанський регіон, Латинська Америка, Близький Схід і Африка. Основними гравцями ринку mHealth є такі компанії, як «Medtronic, Inc.» (США), «Apple, Inc.» (США),

«Sanofi» (Франція), «Mobisante, Inc.» (США), «AirStrip Technologies, Inc.» (США), «AliveCor, Inc.» (США) [260].

Відповідно до дослідження Глобальної обсерваторії з електронної охорони здоров'я ВООЗ спільно із 114 державами, було визначено основні аспекти мобільної охорони здоров'я, а саме: впровадження ініціатив, типи ініціатив, статус оцінки, а також перешкоди на шляху реалізації ініціатив. Дослідженням було охоплено чотирнадцять категорій служб мобільної охорони здоров'я: медичні інформаційно-довідкові служби, безкоштовні екстрені телефонні служби, ліквідації надзвичайних випадків і катастроф, мобільну телемедицину, служби нагадування про прийом до лікаря, мобілізації суспільства і збереження здоров'я, дотримання режиму лікування, мобільні медичні карти, доступу до інформації, контролю за станом хворих, медичного обстеження і збору даних, нагляду за станом здоров'я хворих, підвищення інформативності суспільства в галузі охорони здоров'я, а також системи забезпечення прийняття рішень.

За результатами досліджень, у більшості країн, що реалізують ініціативи у галузі мобільної охорони здоров'я 83% з 114 держав реалізують щонайменше одну ініціативу у галузі мобільної медицини. Це свідчить про масову суспільну підтримку. В більшості держав-членів реалізуються чотири або більше типів програм в області мобільного охорони здоров'я. Найбільшого розповсюдження набули наступні ініціативи в галузі мобільної охорони здоров'я: медично-інформаційні служби (59%), безкоштовні екстрені телефонні служби (55%), ліквідації надзвичайних подій і катастроф (54%) і мобільна телемедицина (49%) [248]. За винятком вищезазначених ініціатив, інші програми та ініціативи є неофіційними або ж знаходяться на стадії апробації (рис. 3.2).

Глобальні тенденції впровадження ініціатив на світовому ринку mHealth досить складно виявити через те, що у регіонах світу існує різний рівень доступу до мобільного зв'язку та Інтернету. Попри це, медичні інформаційно-довідкові служби є однією з двох найбільш широко розповсюджених ініціатив на світовому ринку mHealth. Причому, держави із низьким рівнем доходів є

найбільш активними саме у формуванні медичних інформаційно-довідкових служб з часткою впровадження – 68%, в той час як країни з високим рівнем доходів впроваджують нові напрямки мобільної медицини з часткою впровадження – 61%.

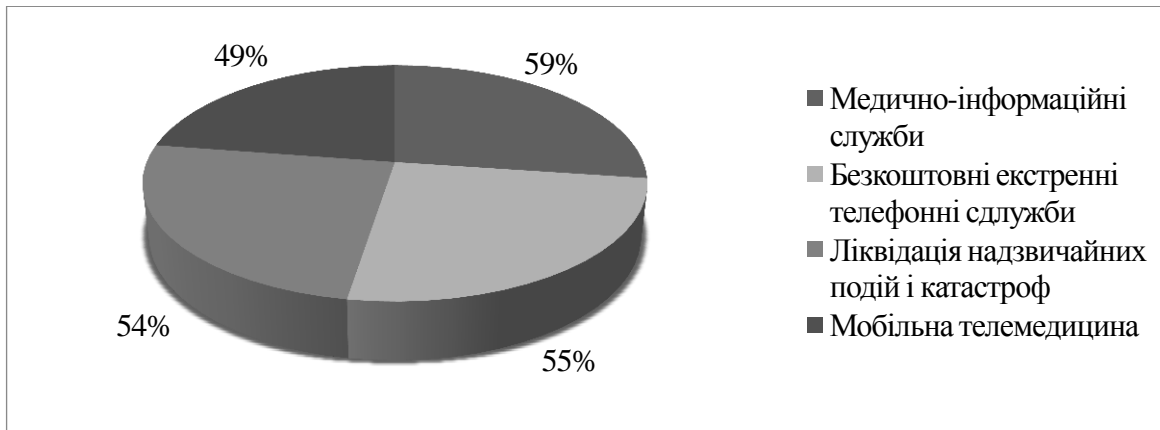


Рис. 3.2. Найбільш поширені ініціативи на світовому ринку mHealth*

*Складено автором за матеріалами [248].

Окрім інформаційно-довідкових служб, повсюди діють безкоштовні телефонні служби (за виключенням Африканського регіону, де вони зустрічаються вкрай рідко). Використання приладів мобільного зв'язку під час надзвичайних ситуацій відзначено з часткою впровадження в середньому по світу – 48%. Африканський регіон та країни Східного Середземномор'я демонструють значно нижчі показники, що є наслідком наявності незадовільної інфраструктури, що не дозволяє оперативно та ефективно реагувати на екстрені виклики (відсутність асфальтованих доріг та диспетчерських систем). Впровадження інформаційно-довідкових служб сьогодні є найбільш поширеним у світі видом ініціатив на світовому ринку mHealth із середньосвітовим рівнем охоплення 60% і рівнем охоплення в Африканському регіоні – 40% [185].

Використання мобільної медицини у надзвичайних ситуаціях також є частиною впровадження ініціатив у цю галузь із середньосвітовим рівнем охоплення 50%. При цьому, регіони Північної Америки та Південно-Східної

Азії демонструють рівень впровадження вище середнього – до 70%, в той час як рівень впровадження у регіонах Африки та Східного Середземномор'я не перевищує 40% [206].

Згідно із класифікацією Світового банку, країни із високим рівнем доходів реалізують більшу кількість ініціатив у галузі мобільної охорони здоров'я. В той час, як у країнах із меншим рівнем доходів відсоток впровадження зазначених ініціатив значно менший і дорівнює 50% у всіх категоріях ініціатив у галузі мобільної медицини. Медичні інформаційно-довідкові служби або служби медичної допомоги мають широке розповсюдження у країнах усіх груп доходів разом із ініціативами з мобільної телемедицини. Зазначені три типи ініціатив у галузі мобільної охорони здоров'я сьогодні є дуже актуальними і мають потенціал до зростання та сталого розвитку, широко застосовуються у всіх регіонах світу, а доступ до них має переважна більшість населення країн.

На рис. 3.3. наведено частку впровадження ініціатив у галузі мобільної медицини в середньому у світі у 2017 році.

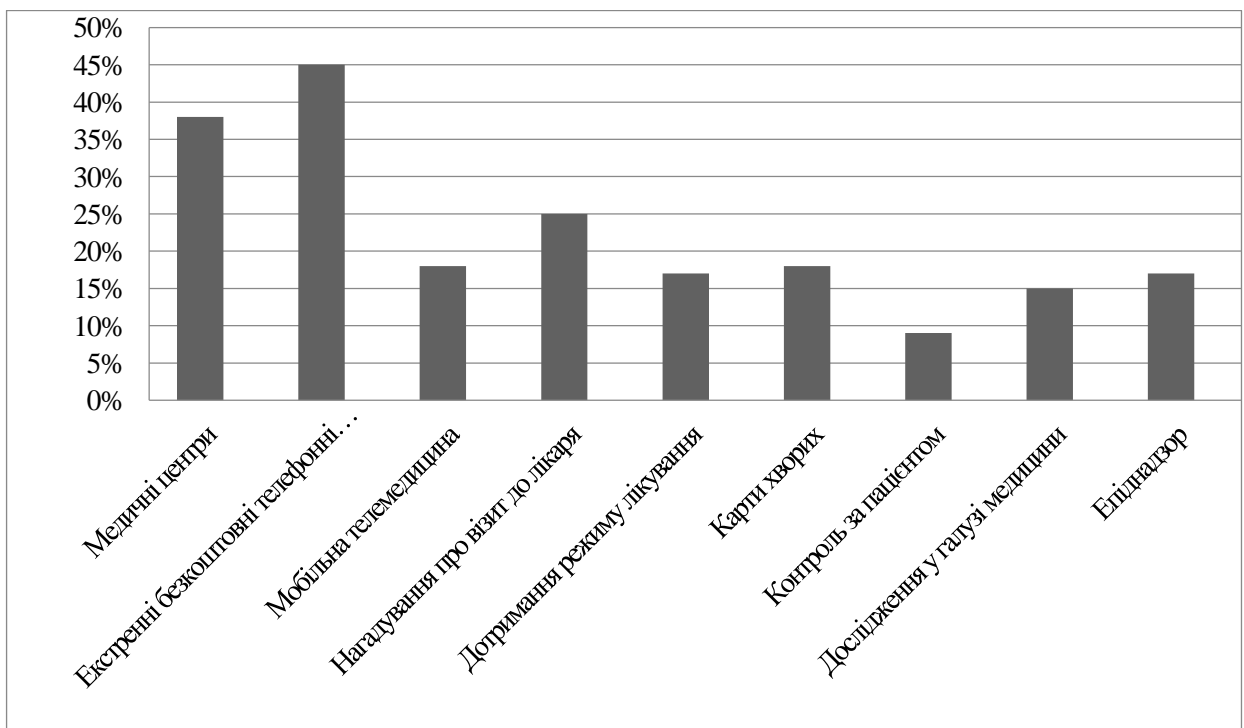


Рис. 3.3. Частка впровадження ініціатив у галузі мобільної медицини у світі у 2017 році*

*Складено автором за матеріалами [185, 206].

Ініціативи з досліджень у галузі охорони здоров'я та епіднадзору є актуальними для країн з низьким рівнем доходів, а у країнах з середнім та високим рівнем доходів зустрічаються вкрай рідко, що обумовлена тим, що країни з низьким рівнем доходів не мають ефективного механізму для здійснення епіднадзору, там поширені інфекційні захворювання різного генезу і не завжди дотримуються санітарних норм.

Використання мобільного зв'язку для нагадування про візит до лікаря набуло у 2017 році більшого розповсюдження у країнах з високим рівнем доходів – 71% при середньосвітовому рівні – 25%. Із появою нагадувань для пацієнтів можливим стає скорочення розміру збитків у разі неявки пацієнта до лікаря. Наприклад, у Великій Британії та Ірландії такі збитки становлять приблизно 790 млн фунтів стерлінгів на рік [220].

Показники використання технологій мобільного зв'язку для ведення історії захворювання пацієнтів є досить високими у розвинених країнах – більш ніж 60%, у порівнянні із 20% в решті країн. Така ситуація є результатом різного рівня розвитку електронної медицини – у розвинених країнах широко застосовується електронне ведення медично-санітарної документації, що обумовлено розвитком відповідної інфраструктури. Впровадження сучасних телекомунікаційних технологій у медицину є вкрай важливим, однак, як зазначають науковці, витрати на інфраструктуру для створення безкоштовної екстреної телефонної служби у країнах з низьким і нижче середньо рівнем доходів, є надзвичайно високими [248]. Реалізація ініціативи передбачає витрати на встановлення і обслуговування безкоштовного номеру, а також витрати на персонал і управління інформаційними потоками.

Сьогодні використання мобільних пристроїв має суспільне значення, тому що мобільні телефони стають новим каналом зв'язку для укріплення суспільного здоров'я і сприяють мобілізації суспільства. Мобілізація суспільства визначається як використання текстових повідомлень з метою укріплення здоров'я та профілактики захворювань. Мобілізація суспільства активно використовується для підвищення активності з питань імунізації,

обстеження та консультування населення із ВІЛ. Найвищий рівень впровадження зазначених ініціатив з мобілізації суспільства та збереження здоров'я спостерігається у Північно-Американському регіоні, а також у регіонах Східного Середземномор'я та Південно-Східної Азії. У країнах із високим рівнем доходів спостерігається найвищий рівень ініціатив з мобілізації суспільства – 55%, а 32% з них є затвердженими ініціативами на рівні держави. Ініціативи з мобілізації суспільства та збереження здоров'я мають широке коло питань, переважна їх кількість безпосередньо пов'язана із загальними питаннями охорони здоров'я, але є й специфічні питання суспільної охорони здоров'я, такі як вірус грипу А (H1N1), ВІЛ/СНІД, імунізація і вакцинація, репродуктивне здоров'я, хронічні захворювання.

Таким чином, використання мобільних пристроїв сприяє інформованості населення у галузі збереження власного здоров'я, профілактики та лікування різних захворювань. Для поширення інформації широко застосовують інформаційні продукти, які несуть у собі базові знання щодо базових питань збереження здоров'я та питання, що стосуються ВІЛ/СНІДу [168].

Ще одним із напрямків мобільної охорони здоров'я у світі є мобільна телемедицина. Найвищий рівень використання ресурсів мобільної телемедицини, за оцінками експертів, спостерігається у Американському (75%), Європейському (64%) регіоні та регіоні Південно-Східної Азії (62%). Країни із високим рівнем доходів демонструють найвищі показники у галузі мобільної телемедицини – 64%. Переважна більшість ініціатив у галузі мобільної телемедицини – це консультації між медичними працівниками за допомогою голосового та sms-зв'язку, передача даних про стан здоров'я пацієнта за допомогою мобільних пристроїв, телефонні медичні консультації для пацієнтів із хронічними захворюваннями.

Подальший розвиток і впровадження мобільних технологій у галузі охорони здоров'я відбувається, передусім, у найбільш розвинених країнах світу. Наприклад, у 2017 році доходи від впровадження мобільних технологій у медицині США та Китаю склали 5,9 та 2,5 млрд. дол. США, відповідно [208].

Світовий ринок mHealth має високий потенціал розвитку: за підрахунками експертів, загальний обсяг світового ринку у 2016 році склав 20,1 млрд дол. США з середньорічними темпами зростання – 32% [170]. Експерти прогнозують подальше зростання світового ринку mHealth до 2022 року з темпами зростання 32,5% на рік і збільшенням його обсягу до 102,4 млрд дол. США (рис. 3.4).

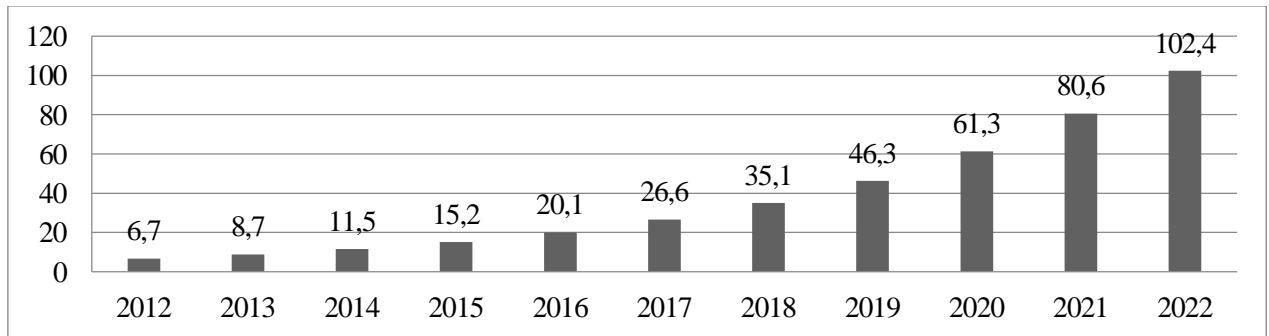


Рис. 3.4. Динаміка обсягів світового ринку mHealth до 2022 року (прогноз), млрд дол. США*

*Складено автором за матеріалами [170, 173].

Причому, у структурі ринку мобільної медицини за джерелами отриманих доходів послуги mHealth (мобільні додатки) складатимуть 74%, mHealth-обладнання – 23%, а телемедицина (Online консультації) – тільки 3% (рис. 3.5).

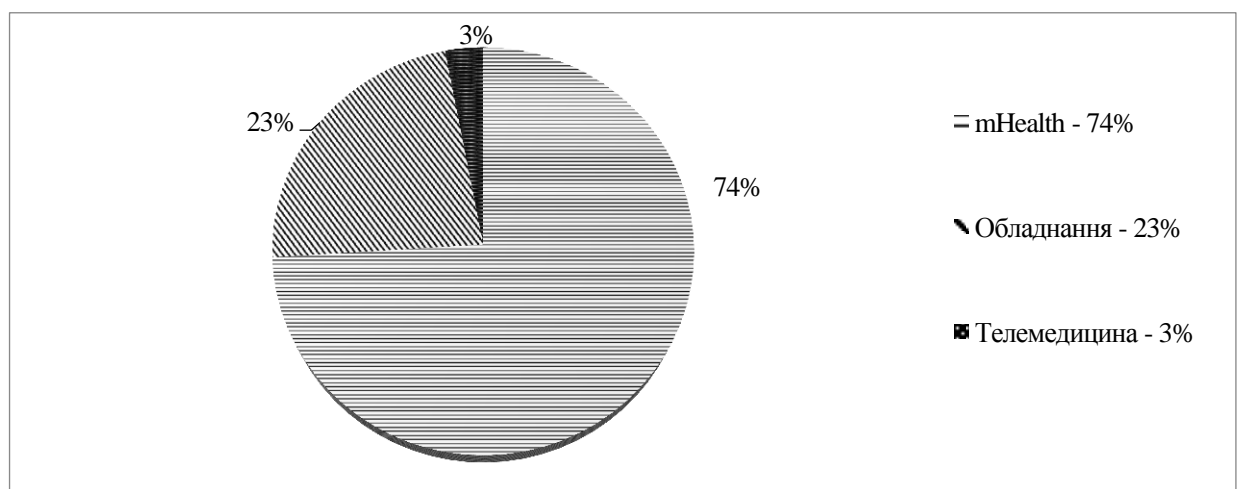


Рис. 3.5. Структура ринку мобільної медицини за джерелами отриманих доходів до 2022 року (прогноз)*

*Складено автором за матеріалами [101, 170, 255].

Експерти прогнозують, що найбільшим ринком mHealth до 2022 року стане Європа – 38% світового ринку, ринок Північної Америки – 27% та Азійсько-Тихоокеанський регіон – 26% [256]. У 2019 році, за прогнозами вчених BCC Research, очікується збільшення обсягу ринку мобільних медичних технологій та приладів до 18,8 млрд дол. США (у порівнянні з 3,2 млрд дол. США у 2014 році), що дозволить більшій кількості користувачів проводити моніторинг стану свого організму [170].

Впровадження мобільних технологій у галузь медицини швидко розвивається по всьому світі завдяки появі все нових технологій та створення нових можливостей для взаємодії лікаря і пацієнта. Перевагами такої взаємодії, з боку пацієнта, є спрощення процесу отримання медичної допомоги, для лікаря – зменшення навантаження від рутинних операцій, за рахунок чого збільшується час для діагностики та лікування. Мобільні технології в медицині спрощують отримання об'єктивних даних і прискорюють процес прийняття рішення щодо способу лікування, зменшують відстань між лікарем та пацієнтом, сприяють більш ефективному та оперативному спілкуванню медичних працівників. На тлі поступового старіння населення в усіх розвинених країнах світу та недостатньої, при цьому, чисельності лікарів первинної ланки автоматизований дистанційний моніторинг та консультування, самостійний нагляд за хворими за допомогою мобільних технологій стають вкрай необхідними.

Важливими чинниками розвитку галузі може стати популяризація mHealth за допомогою операторів мобільних мереж, що дає змогу забезпечити масове підключення, створити можливості користування мобільними медичними додатками за рахунок попередньої інсталяції на мобільні пристрої, а також доступність високошвидкісного зв'язку, що відкриває нові можливості для складних додатків mHealth, таких як дистанційне відео-консультування, моніторинг розробок нових лікарських засобів і моніторинг мереж їх постачання. Підвищення попиту на розумні гаджети серед споживачів і коефіцієнта використання мобільних пристроїв та медичних додатків для

мобільної медицини при лікування хронічних захворювань, а також розвиток 3G і 4G мереж сприятиме безперервного доступу до медичних послуг і подальшому розвитку саме пацієнто-орієнтованої системи охорони здоров'я.

За даними компанії «Markets and Markets», продовжить домінувати на ринку mHealth сегмент медичних приладів з можливістю підключення до мобільних додатків. Підвищення рівня поширеності артеріальної гіпертензії в поєднанні зі зростаючим попитом на прилади для моніторингу основних показників життєдіяльності, як прогнозують, будуть стимулювати зростання ринку мобільного охорони здоров'я в найближчі роки. За прогнозами компанії «Markets and Markets», сукупний середньорічний приріст сегмента приладів для вимірювання рівня глюкози в крові складе 26,1% у 2015-2020 рр. Зростання даного сегмента ринку mHealth, як очікується, буде обумовлено підвищенням поширеності цукрового діабету і, відповідно, необхідністю придбання приладів, контролюючих рівень глюкози в крові, серед пацієнтів з даною патологією [221].

Таким чином, сьогодні позитивний вплив мобільних технологій відчувають практично все населення планети, проте, у галузі медицини впровадження мобільних технологій відбувається повільніше, ніж в інших сферах. Це пов'язано із відсутністю конкретних інструментів з впровадження мобільної медицини, розробки міжнародної системи оцінки програм у цій галузі, відсутністю загальних стандартів та бази наукових досліджень. Єдиним джерелом інформації з питань мобільної охорони здоров'я на теперішній час є ВООЗ, яка акумулює результати досліджень й стимулює реалізацію ініціатив у різних регіонах світу. Не вирішеним залишається питання захисту персональної інформації пацієнта – відсутня законодавча база і мобільна політика безпеки, стратегія її впровадження. Крім того, важливим аспектом подальшого впровадження ініціатив мобільної медицини є інформованість урядів і міністерств охорони здоров'я щодо стратегії даних ініціатив, створення стандартизованих систем й усунення розрізненості інформації.

Перешкодами на шляху впровадження ініціатив, особливо в країнах, що розвиваються, є недооснащеність лікувальних закладів, нерозвинена інфраструктура, низький рівень покриття мобільними мережами, відсутність доступу населення до мобільних пристроїв та технологій. У деяких регіонах існують інші соціально-економічні фактори, що гальмують процес впровадження мобільних технологій, що пов'язано як із відсутністю відповідної інфраструктури, так із рівнем платоспроможності та мобілізації населення.

У 2018 році, за дослідженням Frost&Sullivan, глобальна індустрія телемедицини демонструвала стабільні темпи зростання, а обсяг світового ринку mHealth збільшився до 1,85 трлн дол. США, що на 9% більше попереднього року [235]. При цьому, експерти прогнозують наступні тренди, що матимуть місце на світовому ринку медичних послуг у найближчому майбутньому:

- подальший розвиток та впровадження інформаційних технологій та медичних інновацій;
- створення основної платформи для зберігання даних у сфері охорони здоров'я, інтеграції нових підходів у наданні медичних послуг та моделей догляду за пацієнтами;
- кооперація галузі охорони здоров'я з ІТ-галуззю у напрямку використання технологій та бізнес-моделей для здійснення пацієнтоорієнтованого підходу у медичній практиці;
- впровадження практики використання пристроїв mHealth для діагностики та моніторингу захворювань;
- роботизація медичної галузі (роботехніка для хірургії та ін.) для компенсації нестачі медичних працівників (до 2025 року 80% хірургічних операцій будуть виконуватися з роботами);
- впровадження концепції «розумна лікарня» у межах концепції «розумне місто» в країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону, зокрема, до 2019 року планується відкриття приблизно 3200 «розумних» лікарняних ліжок у Республіці Корея, Австралії, Сінгапурі та Малайзії;

- збільшення кіберзагроз у галузі охорони здоров'я (майже у 2 рази порівняно з попередніми роками);
- активний розвиток та впровадження wellness програм завдяки приватним страховим компаніям, наприклад «Vitality and Prudential» у Південній Азії, «Discovery» в Африці, «United Health Group» та «Oscar» у США;
- збільшення ролі штучного інтелекту у діагностиці, завдяки якому підвищиться ефективність медичної візуалізації шляхом автоматизації процесів, підвищення продуктивності робочого процесу та підвищення точності діагностики;
- впровадження технології blockchain у медичній галузі, що дозволить створити єдиний реєстр пацієнтів та єдину базу даних з високим рівнем безпеки, стабільної роботи та можливістю віддаленого доступу [235].

Таким чином, активний розвиток телекомунікаційних технологій сьогодні впливає практично на усі галузі суспільного життя і в тому числі на охорону здоров'я, де з'являється практично нова галузь медицини – мобільна охорона здоров'я/медицина (mHealth), що дає змогу пацієнтам отримати широкий доступ до медичних послуг, здійснювати профілактику, моніторинг та лікування захворювань у режимі реального часу. Розвиток цієї галузі сприятиме впровадженню нових стандартів надання медичної допомоги, збільшенню її обсягу і якості та за рахунок цього підвищенню якості та тривалості життя населення.

3.2. Оцінка ефективності національної системи охорони здоров'я України в глобальних умовах розвитку

Розвиток національної економіки України та її інтеграція у міжнародний економічний простір обумовлюють подальший розвиток її національної системи охорони здоров'я, бо здоров'я є інтегральним показником успішного розвитку суспільства, невід'ємним правом людини в всіх країнах світу, обов'язковою складовою благополуччя, глобальним суспільним благом.

Основну функціональну роль у його збереженні відіграє саме національна система охорони здоров'я, від ефективності якої залежить стан трудових ресурсів країни, її економічний та інтелектуальний потенціал.

На сьогодні, на жаль, стан розвитку системи охорони здоров'я України у порівнянні з розвиненими країнами характеризується високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності, у першу чергу, від неінфекційних захворювань, таких як онкологічні, серцево-судинні та церебро-васкулярні захворювання, хвороби обміну речовин тощо. Слід зазначити, що більшість населення України мають вагомі фактори ризику щодо виникнення хронічних захворювань, у зв'язку із шкідливими звичками, нездоровим харчуванням, недостатньою фізичною активністю, забрудненням навколишнього середовища тощо.

Обсяг українського ринку медичних послуг за підсумками 2017 року склав 80 млрд грн., що на 20% перевищує аналогічний показник у попередньому році [58].

Сучасний ринок медичних послуг в Україні представлено мережею профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних закладів та установ державної та приватної форми власності. За даними служби статистики, на 2018 рік в Україні функціонує понад 2,3 тис. лікарняних та 11 тис. амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я [127].

Відповідно до ст. 19 Основ законодавства України «Про охорону здоров'я», визначено перелік медичних послуг, що надаються за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) медична допомога; третинна (високоспеціалізована) медична допомога; паліативна допомога [107].

Характеристику рівнів надання медичної допомоги в Україні наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Характеристика рівнів надання медичної допомоги в Україні*

Рівні	Характеристика рівнів	Відповідні медичні заклади
Екстренна допомога	Проведення екстрених організаційних, діагностичних і лікувальних заходів на догоспітальному етапі пацієнтам, що знаходяться у невідкладних станах	- центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; - станції швидкої медичної допомоги
I РІВЕНЬ Центри первинної медико-санітарної допомоги	Проведення профілактичних заходів, консультація, діагностика та лікування захворювань, травм, патологічних та нагляд фізіологічних станів, надання невідкладної медичної допомоги, організація консультацій вузьких спеціалістів, госпіталізація до стаціонару тощо	- амбулаторії загальної практики сімейної медицини; - фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи); - міські поліклінічні заклади; - медичні кабінети
II РІВЕНЬ Спеціалізована медична допомога	Консультавання, діагностика, лікування, реабілітація захворювань, травм, патологічних та фізіологічних станів з високим рівнем інтенсивності	- центральні районні та міські лікарні; - поліклініки; - міські лікарні; - спеціалізовані медичні заклади; - консультативно-діагностичні центри
III РІВЕНЬ Високо-спеціалізована медична допомога	Консультавання, діагностика, лікування, реабілітація захворювань, травм, патологічних та фізіологічних станів із використанням високотехнологічного обладнання або процедур високої складності	- багатопрофільні лікарні; - обласні клінічні лікарні; - вузькоспеціалізовані центри і лікарні.
Паліативна допомога	Медична допомога невиліковним хворим, що потребують паліативної допомоги	- центри надання паліативної допомоги; - хоспіси

* Складено автором за матеріалами [66, 83, 147].

Перший рівень – первинна медична допомога передбачає нагляд або консультацію лікаря загальної практики сімейної медицини, діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, патологічних та фізіологічних станів, профілактичні заходи, а також направлення пацієнта, який потребує медичної допомоги вузьких спеціалістів для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Надання вторинної медичної допомоги забезпечується в умовах стаціонарів багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, лікарень планового, відновлюваного лікування, а також у вузькоспеціалізованих медичних закладах,

в амбулаторних умовах консультативно-діагностичних підрозділів лікарень і консультативно-діагностичних центрів.

Третій рівень надання медичної допомоги представлений високоспеціалізованою медичною допомогою із застосуванням високотехнологічного обладнання і високоспеціалізованих медичних процедур високої складності у регіональних обласних лікарнях та медичних центрах. Цей вид медичної допомоги може надаватися як багатопрофільними високоспеціалізованими, так і вузькоспеціалізованими медичними закладами в амбулаторних і стаціонарних умовах, як у плановому, так і в ургентному порядку.

Екстрена медична допомога, яка передбачає забезпечення надання діагностичних і лікувальних заходів пацієнтам з невідкладними станами на догоспітальному або ранньому госпітальному етапах, надається центрами екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, які мають мережу відділень, станцій та підстанцій бригад швидкої медичної допомоги.

Паліативної допомоги в Україні потребують понад 600 тис. невиліковних хворих – це онкохворі, літні люди, хворі на ВІЛ/СНІД, цукровий діабет, туберкульоз та інші термінальні хвороби, але забезпечується вони лише для незначної частки пацієнтів. Так, за стандартами ВООЗ необхідним мінімумом є 100 ліжок для паліативних хворих на 1 млн населення, а, за експертними даними ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги», на початок 2018 р. в Україні функціонувало лише 7 хоспісів, 2 центри надання паліативної допомоги (м. Івано-Франківськ, м. Харків) а також понад 60 спеціалізованих паліативних відділень із сукупною кількістю близько 1500 ліжок для обслуговування паліативних хворих при мінімальній потребі у 4000 стаціонарних ліжок. Крім того, сьогодні паліативні і хоспісні відділення лікувально-профілактичних закладів вкрай обмежені в ресурсах і не мають можливості забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим медичним обладнанням та засобами медичного призначення [38].

Динаміка кількісних показників розвитку сфери охорони здоров'я в Україні представлена на рис. 3.6 - 3.8.

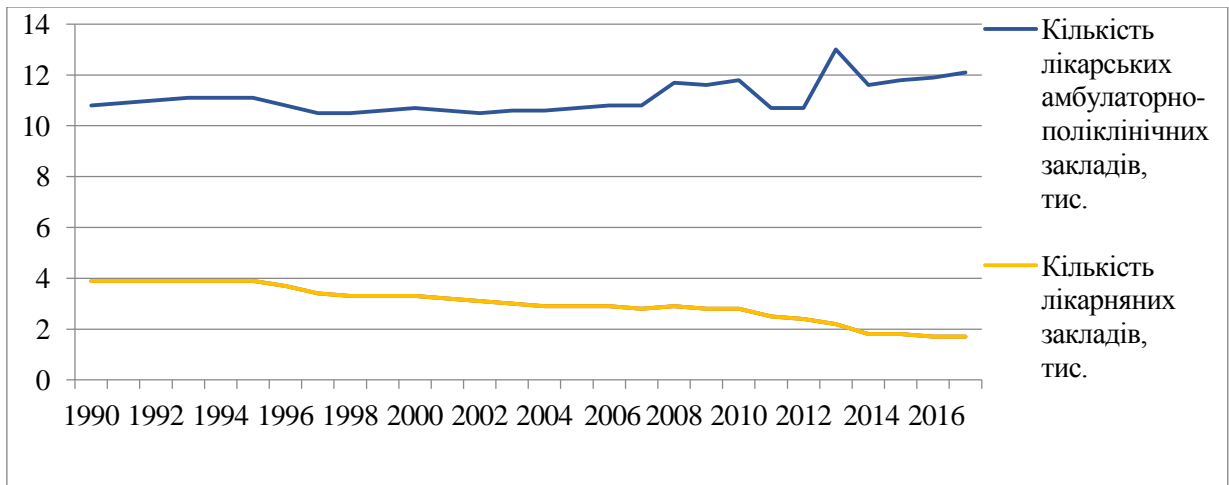


Рис. 3.6. Динаміка кількості лікарняних закладів та лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів в Україні, тис.*

*Складено автором за даними [42].

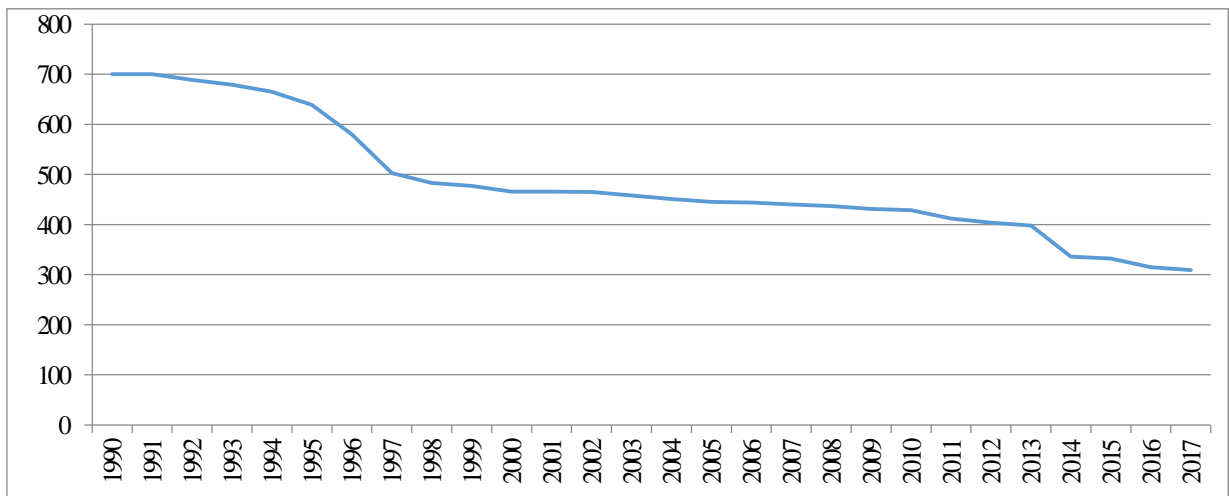


Рис. 3.7. Динаміка кількості лікарняних ліжок в Україні, тис.*

*Складено автором за даними [42].

Як можна бачити з наведених даних, протягом 1990-2017 рр. в Україні поступово зростала лише кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, а кількість лікарняних закладів, лікарняних ліжок, а також лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу невпинно зменшувалася.

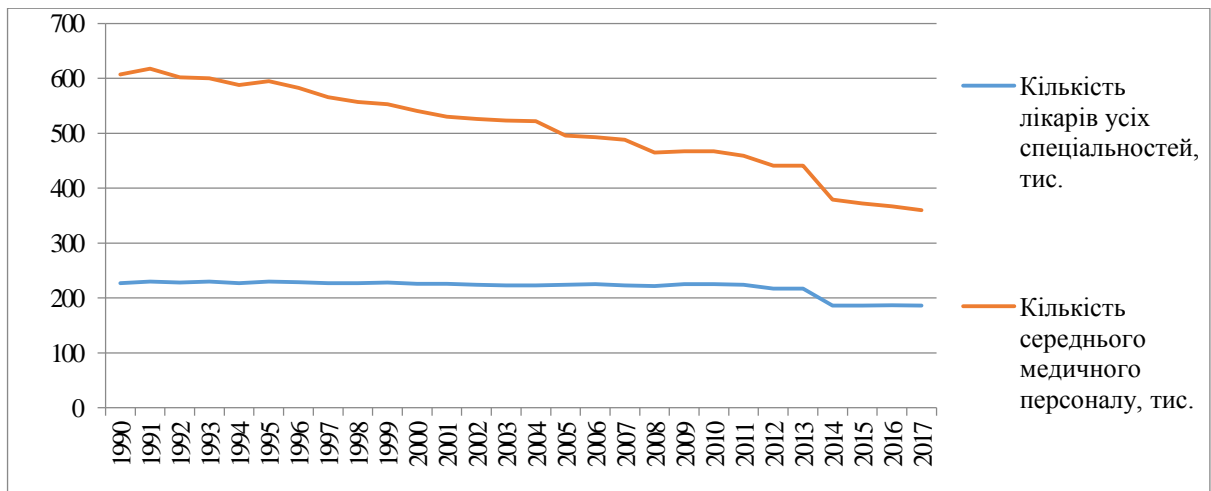


Рис. 3.8. Динаміка кількості лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу в Україні, тис.*

*Складено автором за даними [42].

За оцінками експертів, державним сектором (відомчими закладами охорони здоров'я, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я) представляється до 70% медичних послуг в Україні. Частка приватного сектору (приватні лікарські кабінети, медичні, діагностичні та багатопрофільні центри, лабораторії тощо) в українській системі охорони здоров'я складає приблизно 30% [97].

Ринок приватних медичних послуг в Україні зі щорічним обсягом понад 1,5 млрд дол. США має перспективи щодо подальшого розвитку, враховуючи, що показник рентабельності діяльності приватних медичних закладів досить високий і стабільно зростає. Так, за оцінками експертів, середня рентабельність приватного медичного центру або клініки в Україні складає 20–22%, а інвестиції у приватну медицину окупаються протягом 3–7 років [137]. Темпи приросту обсягів ринку платних медичних послуг в Україні представлено на рис. 3.9. Як бачимо, у 2009 році темпи зростання ринку були на рівні 49,2%, але після економічного спаду динаміка ринку медичних послуг в Україні знизилася до 14,7% [125].

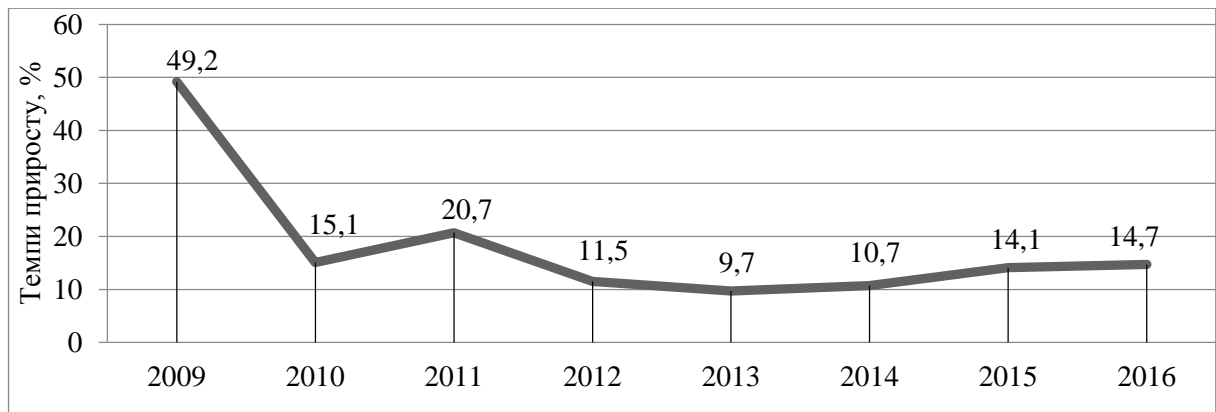


Рис. 3.9. Темпи приросту обсягів ринку платних медичних послуг в Україні, %*

* Складено автором за матеріалами [97, 125].

На приватному ринку медичних послуг найбільшим попитом користуються стоматологічні, діагностичні, гінекологічні, хірургічні медичні послуги та лабораторна діагностика (рис. 3.10). З'являються й такі нові напрямки, як онкологічні, кардіологічні, послуги швидкої медичної допомоги.

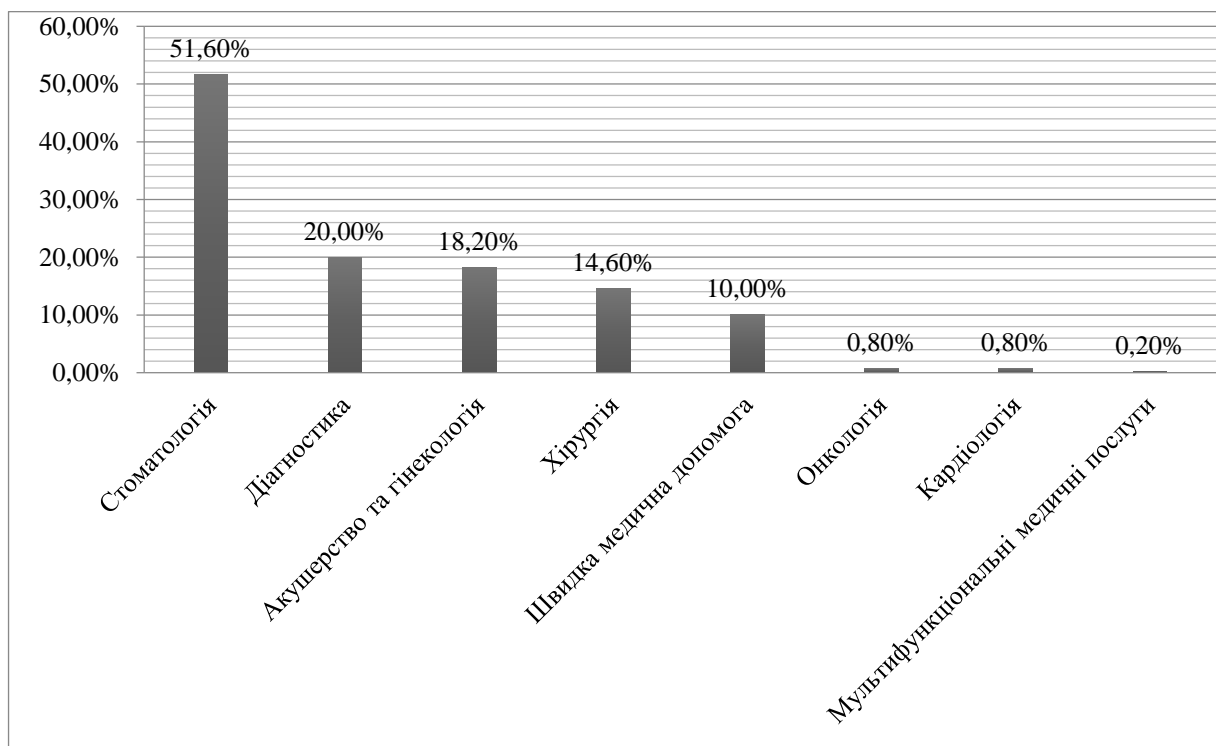


Рис. 3.10. Структура попиту на приватному ринку медичних послуг України*

* Складено автором за матеріалами [97, 125].

Найменш розвиненим в Україні є сегмент ринку приватних медичних послуг, який передбачає приватні багатопрофільні медичні центри з повним спектром надання медичних послуг. (рис. 3.11) [125].

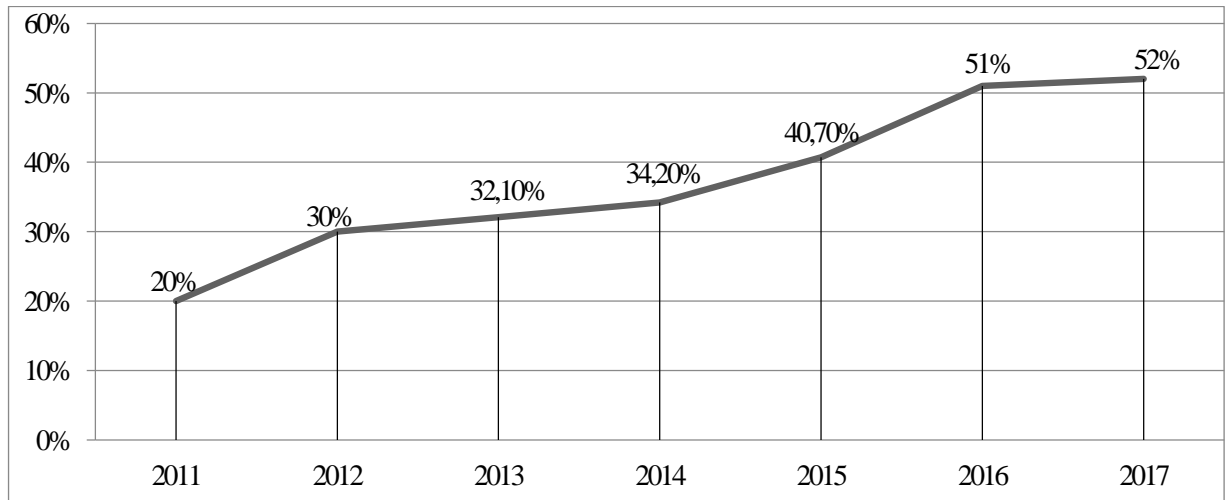


Рис. 3.11. Динаміка ринку платних медичних послуг за кількістю платників *

* Складено автором за матеріалами [97, 125].

Безумовно, одним з ключових чинників, що впливають на недостатній розвиток ринку медичних послуг в Україні, є незадовільний стан її економіки. Валовий внутрішній продукт в Україні у 2017 році склав 368,784 млрд дол. США, а на душу населення – 2,640 дол. США, що є значно меншим ніж показники окремих країн ЄС, що є сусідніми з Україною (рис. 3.12) [97, 125].

Саме цим, на нашу думку, пояснюється недостатній рівень фінансування галузі охорони здоров'я України. Згідно з рейтинговими показниками ВООЗ, за рівнем витрат на охорону здоров'я у 2018 р. Україна займала 59 місце серед 190 країн світу [16]. Нажаль ця галузь не є пріоритетом державної політики в Україні, про що свідчить частка державних витрат на охорону здоров'я від ВВП. Якщо протягом 2008-2013 рр. цей показник коливався від 3,1 до 3,8%, то в 2017 році рівень загальних витрат на охорону здоров'я знизився до 2,0%, а станом на 01.08.2018 року цей показник був ще нижчим – 1,36% від ВВП (рис. 3.13) [43].

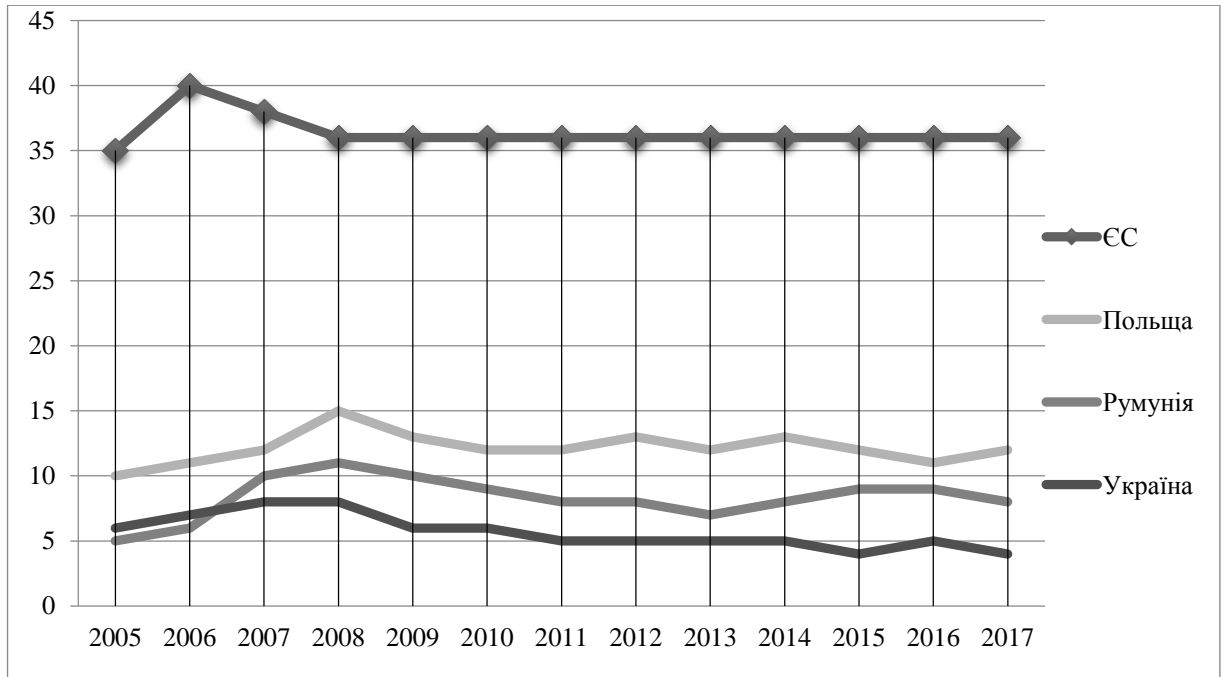


Рис. 3.12. ВВП на душу населення у деяких європейських країнах та Україні, дол. США*

*Складено автором за даними [43].

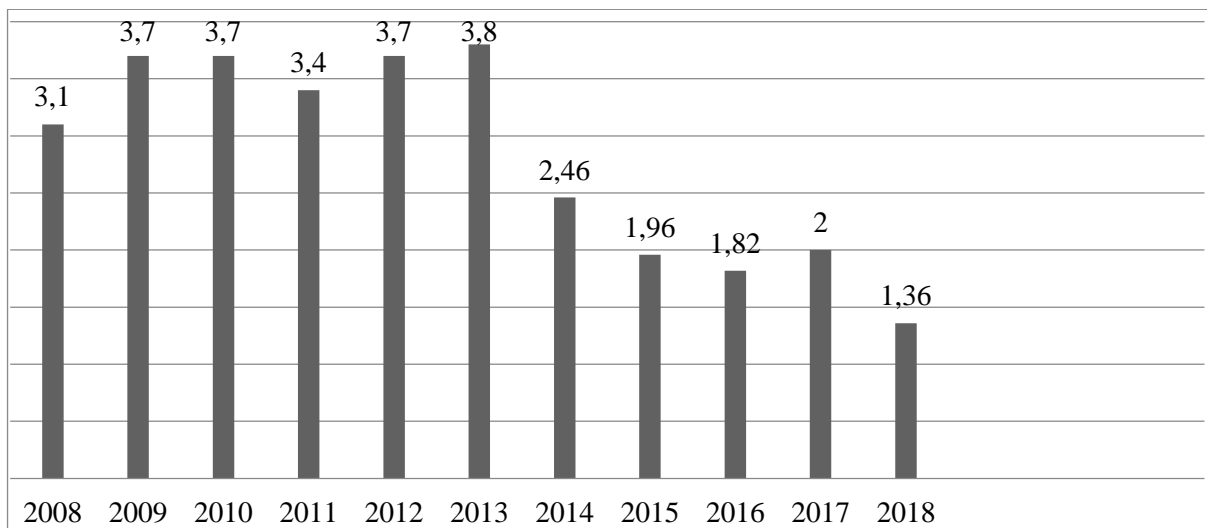


Рис. 3.13. Динаміка частки державних витрат на охорону здоров'я від ВВП, %*

* Складено автором за матеріалами [43].

У той же час у країнах ЄС цей показник є значно вищим (рис. 3.14).

Зазначимо, що за рекомендаціями ВООЗ, загальні витрати країн світу на охорону здоров'я мають дорівнювати не менше ніж 5% [252].

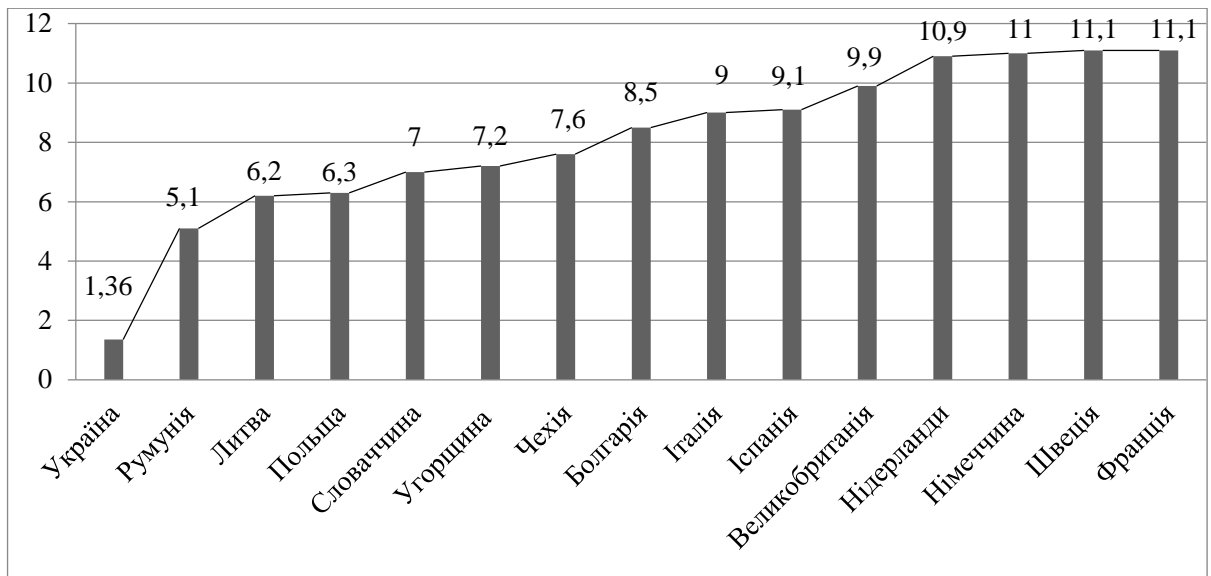


Рис. 3.14. Частка витрат на охорону здоров'я від ВВП у деяких європейських країнах та в Україні станом на серпень 2018, %*

* Складено автором за матеріалами [252].

Динаміка витрат на охорону здоров'я на душу населення має аналогічну тенденцію: 2012 р. – 299,3 дол. США, 2014 р. – 203,0 дол. США, 2016 р. – 202,0 дол. США (рис. 3.15).

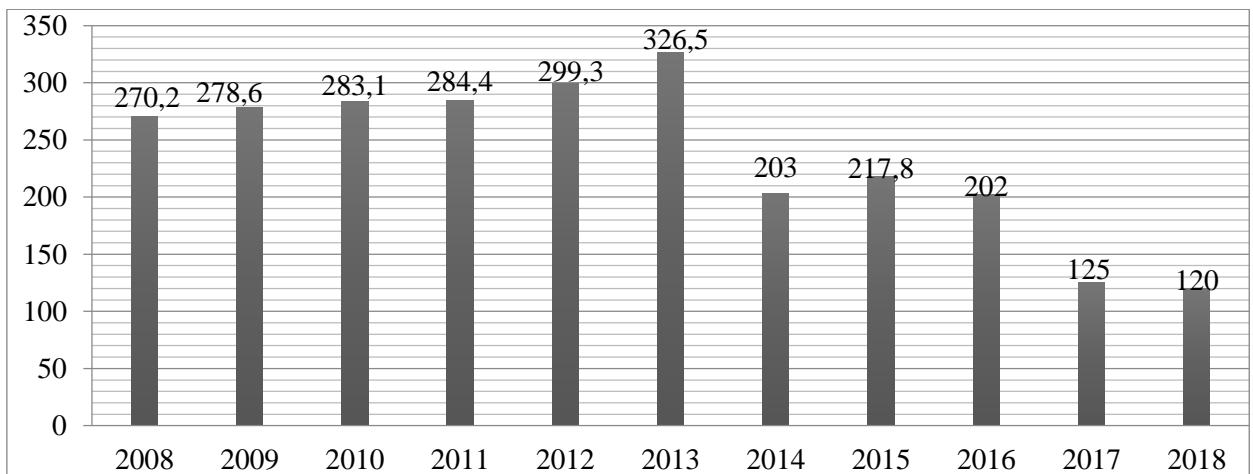


Рис. 3.15. Динаміка частки державних витрат на охорону здоров'я на душу населення, %*

* Складено автором за матеріалами [43].

Рівень витрат на охорону здоров'я на душу населення в Україні також є значно нижчим ніж у європейських країнах (рис. 3.16).

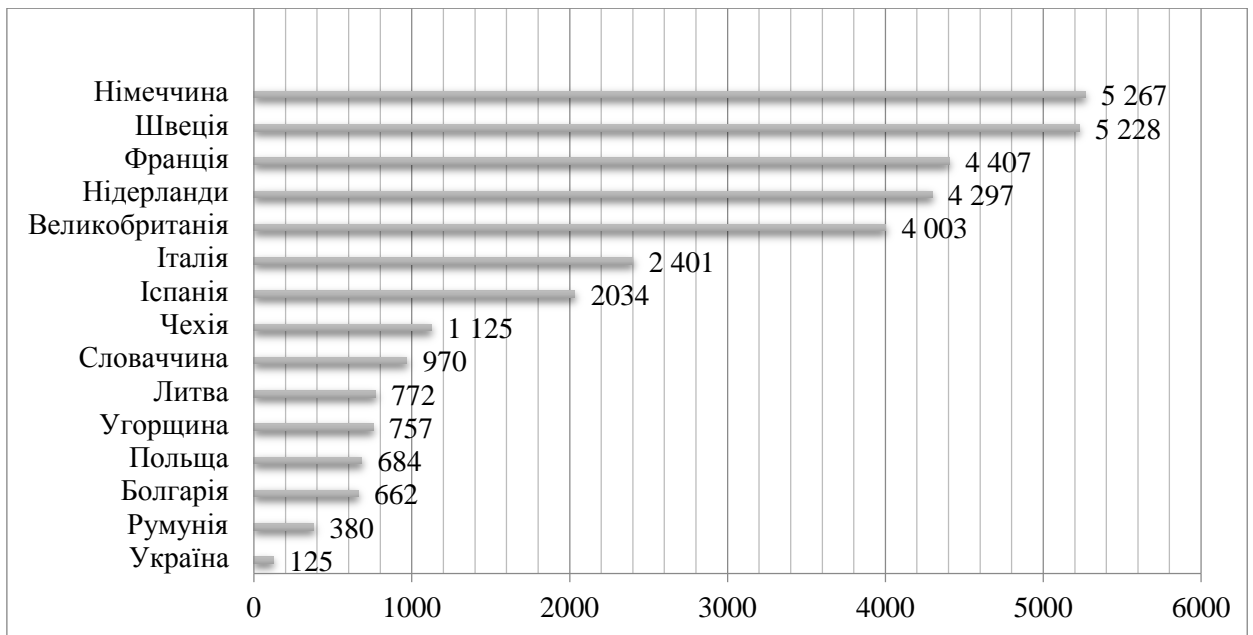


Рис. 3.16. Частка витрат на охорону здоров'я від ВВП у деяких європейських країнах та в Україні станом на серпень 2017, %*

* Складено автором за матеріалами [100].

Взагалі, витрати з державного бюджету покривають лише 57% загальної вартості медичних послуг, що надаються, а 40% складають кошти пацієнтів і лише 3% – витрати приватних компаній (рис. 3.17).

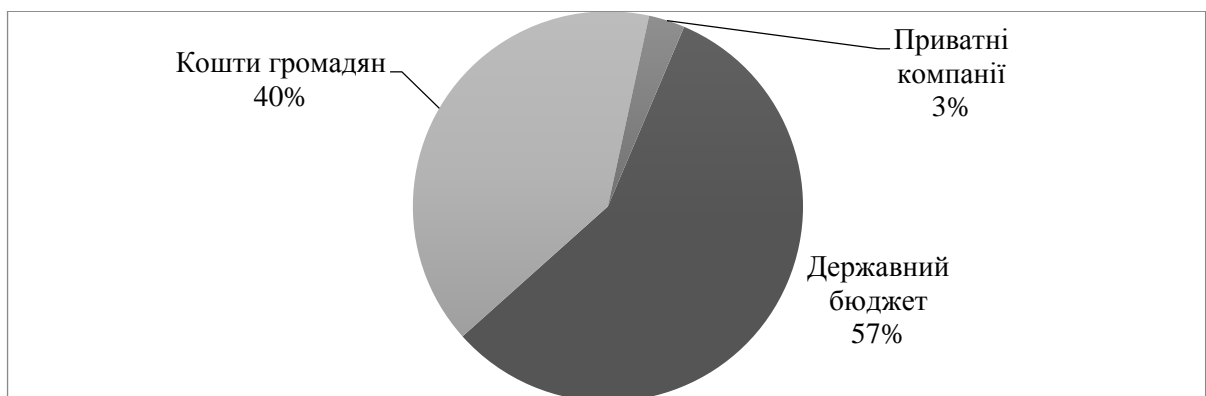


Рис. 3.17. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні за джерелами фінансування, %*

* Складено автором за матеріалами [43].

При цьому, витрати закладів охорони здоров'я скеровуються переважно на захищені статті – заробітну плату та капітальні видатки – 71-74% від загального

обсягу витрат, щорічні витрати державних установ на ліки становлять лише 5-6%, тому решту 94-95% ліків населення, навіть у державних закладах охорони здоров'я, закупає для лікування за особисті кошти [58].

Витрати на охорону здоров'я в приватних медичних закладах України, які відшкодовуються переважно пацієнтами, складають близько 46 млрд грн на рік (42,3% від загальних видатків на охорону здоров'я або 3,2% ВВП), що є досить високим показником у порівнянні з країнами Східної Європи та країнами ЄС (рис. 3.18).

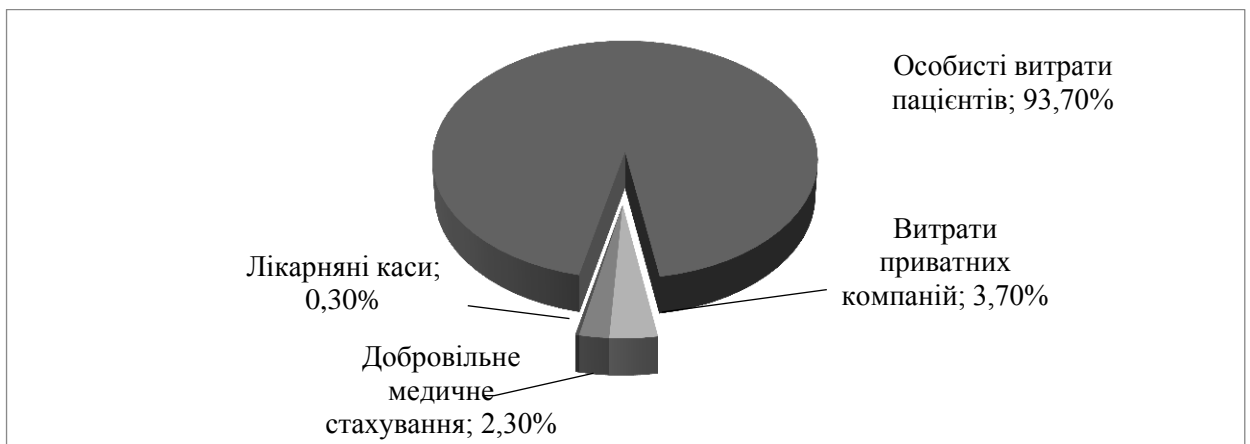


Рис. 3.18. Структура приватних витрат на охорону здоров'я за джерелами в Україні, %*

* Складено автором за матеріалами [43].

Слід зазначити, що, відповідно до соціологічного опитування, у 2017 році, структура витрат населення на медичні послуги в цілому складається переважно з медичних послуг в умовах стаціонару – 60% (рис. 3.19) [62].

Таким чином, в цілому український ринок медичних послуг характеризується великою ємністю та потенціалом для подальшого розвитку. Особливо це стосується приватного його сегменту, представленого мережею профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних закладів та організацій з висококваліфікованими фахівцями у галузі стоматології, гінекології, репродуктології, ортопедії, офтальмології, що надають якісні медичні послуги з відносно низкою їх вартістю, порівняно з іншими країнами світу.

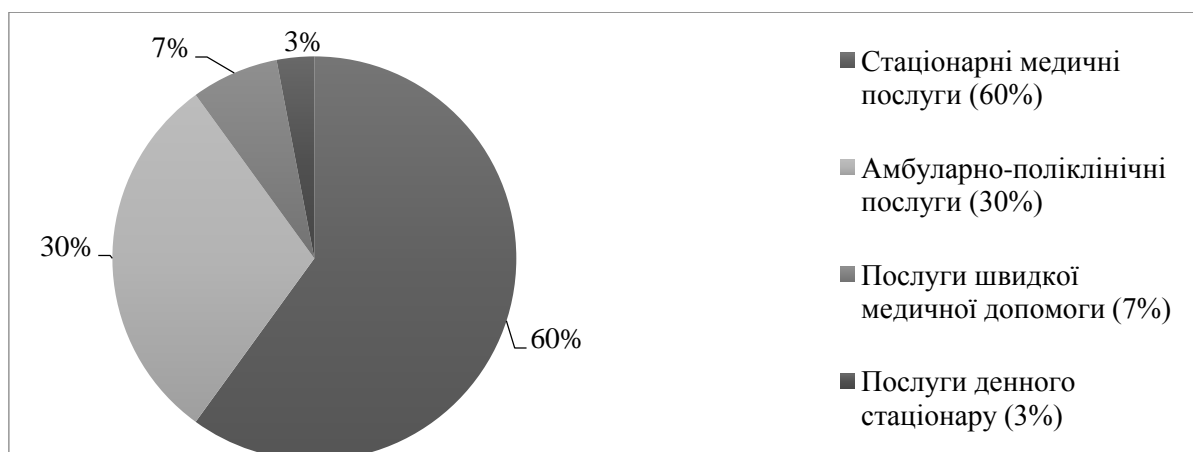


Рис. 3.19. Структура витрат населення України на медичні послуги за призначенням*

* Складено автором за матеріалами [97].

Саме через ці причини, а також через вигідне територіальне розташування та спрощений візовий режим він є привабливим для медичного туризму. Навпаки, державний сегмент українського ринку медичних послуг характеризується низьким рівнем фінансування, значним зносом медичного обладнання, дефіцитом коштів для модернізації, наявністю тіньового сектору, а через це низькими якістю та доступністю медичних послуг для основної частки населення країни. Про неефективність діяльності системи охорони здоров'я в Україні свідчать показники якості та очікуваної тривалості життя, які є найнижчими в Європі.

Як відомо, важливим показником розвитку економічних систем та рівня розвитку медичної галузі є індекс розвитку людського потенціалу (ІРЛП), основний показник світових рейтингів, що характеризує якість життя. За ІРЛП у 2018 році Україна займала 88 місце серед 189 держав світу (поміж Еквадором та Перу) з очікуваною тривалістю життя – 72,1 року. Найвищі показники тривалості життя в Норвегії – 82,3 року. Тривалість життя 80 років і вище – в 23 країнах світу, у межах 75-80 років – у 29 країнах [255].

Очікувана тривалість життя при народженні є одним з вагомих індикаторів стану здоров'я та ефективності системи охорони здоров'я і доступності

медичних послуг в країні. За період з 1990 року очікувана тривалість життя при народженні в європейському регіоні й світі зростає. Цільові орієнтири політики «Здоров'я-2020» передбачають безперервне зростання очікуваної тривалості життя із щорічним зростанням на 0,26 щороку. Саме такий темп зростання мав місце в середньому по країнам ЄС протягом 2006-2010 рр., порівняно з попереднім періодом (1990-2005 рр.), коли темпи зростання тривалості життя не перевищували 0,09 щороку. За даними звіту ВООЗ, у 2010 році середня тривалість життя при народженні в європейському регіоні складала 76,6 роки, у 2011 р. – 76,8 років, у 2015 р. – 77,0 років [246].

У країнах світу різниця між найбільш високим і низьким світовим значенням тривалості життя у 1990-2000 рр. складала у середньому 16 років, а у 2009 і 2010 рр. – зменшилася до 14 років. Середньосвітові показники тривалості життя чоловіків та жінок мають аналогічну динаміку. У той же час жінки живуть у середньому на 8 років довше [246].

В окремих країнах світу середня очікувана тривалість життя при народженні є вище середньосвітової, а у віці 65 років – нижче середньосвітової. Останніми роками цей показник збільшився з 15,7 років у 1993 році до 18 років протягом 2011-2015 рр. (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Середня очікувана тривалість життя чоловіків і жінок при народженні та у віці 65 років*

	Середня очікувана тривалість життя при народженні		Середня очікувана тривалість життя у віці 65 років	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Ізраїль	80,4	84,1	19,4	21,7
Швейцарія	80,4	85,0	19,2	22,7
Ісландія	79,9	83,9	18,7	21,1
Іспанія	79,4	85,5	18,8	22,9
Німеччина	78,1	83,4	18,3	21,3
Білорусь	64,8	76,6	11,8	16,9
Казахстан	63,7	73,5	11,9	15,6
Латвія	69,9	79,0	13,7	18,6
Литва	68,0	79,0	13,6	18,5
Україна	66,2	76,2	12,8	16,8
Росія	63,1	75,0	12,0	16,6
Туркменістан	62,5	69,8	12,4	14,9

* Складено автором за матеріалами [246, 252].

Для дослідження взаємозв'язку витрат на охорону здоров'я з тривалістю життя населення в Україні нами було проведено регресійний аналіз з використанням таких показників, як загальні державні витрати на охорону здоров'я від ВВП, державні витрати на охорону здоров'я на душу населення та частка приватних витрат на охорону здоров'я від загальних витрат:

Call:

```
lm(formula = DF$`Lifeexpectancy` ~ DF$`Costs % GDP` + DF$`Costspercapita`
+
DF$`Privateexpenses %`, data = DF)
```

Residuals:

```
Min 1Q Median 3Q Max
-5.6318 -1.8637 -0.1559 1.2995 5.1425
```

Coefficients:

```
Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept) 73.107558 1.941086 37.663 < 2e-16 ***
DF$`Costs % GDP` 0.480272 0.181964 2.639 0.011107 *
DF$`Costspercapita` 0.001144 0.000280 4.087 0.000162 ***
DF$`Privateexpenses %` -0.072660 0.031837 -2.282 0.026855 *
```

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 2.606 on 49 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.6911, Adjusted R-squared: 0.6722

F-statistic: 36.54 on 3 and 49 DF, p-value: 1.505e-12

За отриманими результатами можна зазначити, що модель є адекватна, нульова гіпотеза відхиляється. Коефіцієнти регресії мають високий рівень значущості – 0,69, тобто очікувана тривалість життя у середньому на 69% пояснюється зазначеними чинниками. Отже, для збільшення середньої тривалості життя в Україні лише на один рік потрібно в середньому збільшити частку загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на 0,48%. Причому ці заходи можуть надати ефект з деяким часовим запізненням

Таким чином, проведений аналіз дозволяє зробити висновок щодо необхідності й невідкладності підвищення рівня фінансування системи

охорони здоров'я в Україні якомога скоріше задля вирішення проблеми підвищення очікуваної тривалості життя при народженні.

Важливою проблемою, що впливає на розвиток ринку медичних послуг в Україні, є недоліки самої системи охорони здоров'я, яка представляє собою часто фрагментарний набір медичних установ і закладів охорони здоров'я на національному рівні, які не забезпечують ефективної медичної допомоги і не впливають позитивно на показники здоров'я населення.

Крім недофінансування системи охорони здоров'я в Україні існують ще й проблеми неефективного розподілу коштів, виделених з державного бюджету на цю сферу. Так, розподіл фінансів, як правило, здійснюється відповідно до нормативів, враховуючи кількість ліжок, лікарів, причому ці кошти, що виділяються закладам охорони здоров'я, неможливо витратити на інші статті витрат, крім чітко визначених. Тому керівники вимушені завищувати витрати на інфраструктуру, штучно збільшувати перебування на ліжку для отримання більшого фінансування. Саме тому, навіть з урахуванням їхнього скорочення, кількість державних лікарень і лікарняних ліжок в Україні перевищує їхню кількість у країнах ЄС, країнах СНД і в сусідній Молдові (рис. 3.20).

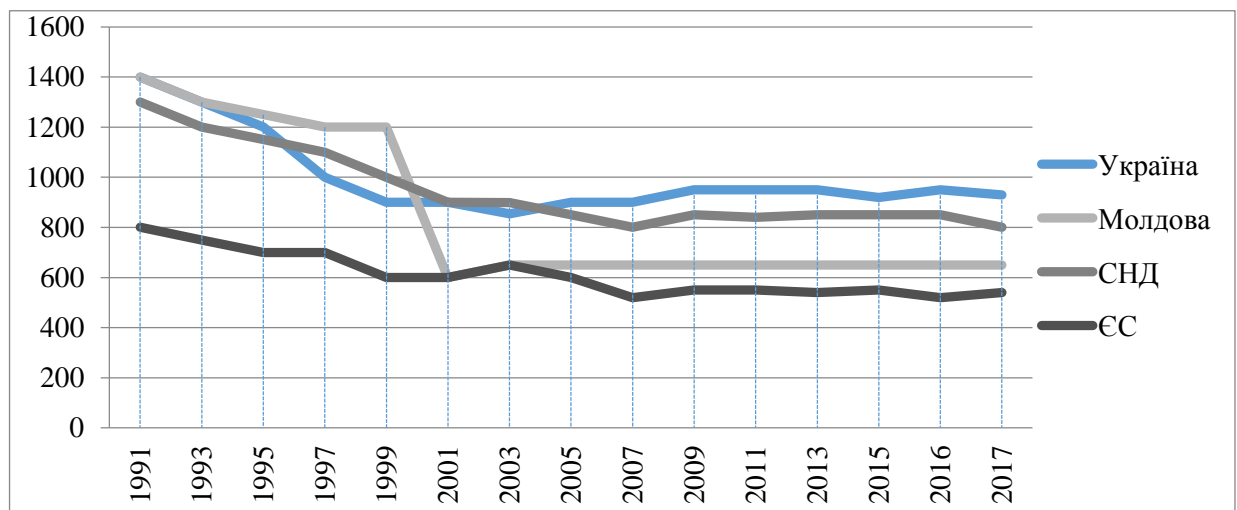


Рис. 3.20. Кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення в країнах ЄС, СНД, Молдові та Україні, 1991-2017 рр., од. *

* Складено автором за матеріалами [43, 162].

В Україні функціонує більш ніж 1700 лікарень, понад 300 тис. лікарняних ліжок і понад 10400 поліклінічних медичних закладів із численною кількістю вузькопрофільних фахівців – офтальмологів, урологів, ортопедів, кардіологів тощо, що перевищує аналогічні показники інших країн (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Показники надання медичної допомоги у лікувальних закладах деяких країн ЄС та України*

	Україна	Польща	Німеччина	Франція	Велика Британія
Кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення, од.	743	491	611	407	409
Кількість госпіталізацій на 100 тис. населення, од.	20 200	16 149	24 907	15 353	12 335
Загальна тривалість лікування у стаціонарі, днів	11,2	6,9	9,0	5,5	6,8

* Складено автором за матеріалами [43, 162].

Як бачимо, показники свідчать, що, незважаючи на велику кількість лікарняних ліжок, рівень їх використання залишається досить високим – 91,2%, що значно вище аніж у європейському регіоні, де середній показник – 78,9%. Тривалість лікування на лікарняному ліжку в Україні складає більше, ніж 11 днів, тоді як в країнах ЄС – у середньому 7 днів. Високий рівень використання лікарняних ліжок та тривале перебування у стаціонарі свідчать про неефективність функціонування лікарень в Україні [83].

Нажаль, на сьогодні в Україні не проводиться об'єктивна оцінка ефективності роботи медичної галузі та моніторинг якості медичних послуг, що надаються. Існують лише статистичні кількісні показники, які часто не характеризують ефективність функціонування галузі та якість послуг.

Тому для порівняльного аналізу чинників, що впливають на ефективність функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України, застосуємо метод DEA (аналізу оболонки даних – *Data Envelopment Analysis, DEA*).

В якості факторних показників будемо розглядати наступні показники медичних послуг(додатки Д, Л, М, З):

- частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП;
- частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення;
- частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я;
- кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення.

В якості результуючого показника взято показник «середня тривалість життя» у країнах світу. Обробка даних проводилася в середовищі RStudio з використанням бібліотек *dplyr* та *benchmarking*, які дозволяють розв'язати поставлену задачу. Для порівняння країн використано методику бенчмаркінгу, який часто використовується для міжорганізаційних та міжкраїнових порівнянь.

Для оцінки ефективності медичних підприємств за допомогою методу DEA визначено такі умовні показники: X – входи (показники медичних послуг) об'єкта; Y – виходи об'єкта (очікувана тривалість життя); EFF – ефективність за Фарелем (X, Y) досліджуваного об'єкта; $SLACK$ – це логічний вектор, в якому певний компонент (наприклад, витрати) для об'єкта є істинним при змінному ефекті від масштабу і прирівнюється до 1, то для відповідного об'єкта є позитивним, але при постійному ефекті масштабу ефективність наближена до 0. Такі випадки називаються слабкими місцями об'єкта, на які під час аналізу необхідно звертати увагу [47]; VRS (variable returns to scale) – змінний ефект масштабу; CRS (constant returns to scale) – постійний ефект масштабу; $LAMBDA$ – множина аналогів для кожного об'єкта (див. формули 1.5-1.7).

Оцінювання методом DEA дало можливість використати статистичні методи масштабування даних країн, в яких граничні коефіцієнти заміщення презентують спостереження, а також отримати оцінку похибок.

На основі емпіричних даних про частку загальних витрат на охорону здоров'я (загальні витрати на охорону здоров'я від ВВП) та очікувану тривалість життя побудована межа ефективності охорони здоров'я (технологічна крива), за допомогою якої проводиться оцінка результатів кожної з країн (рис. 3.21).

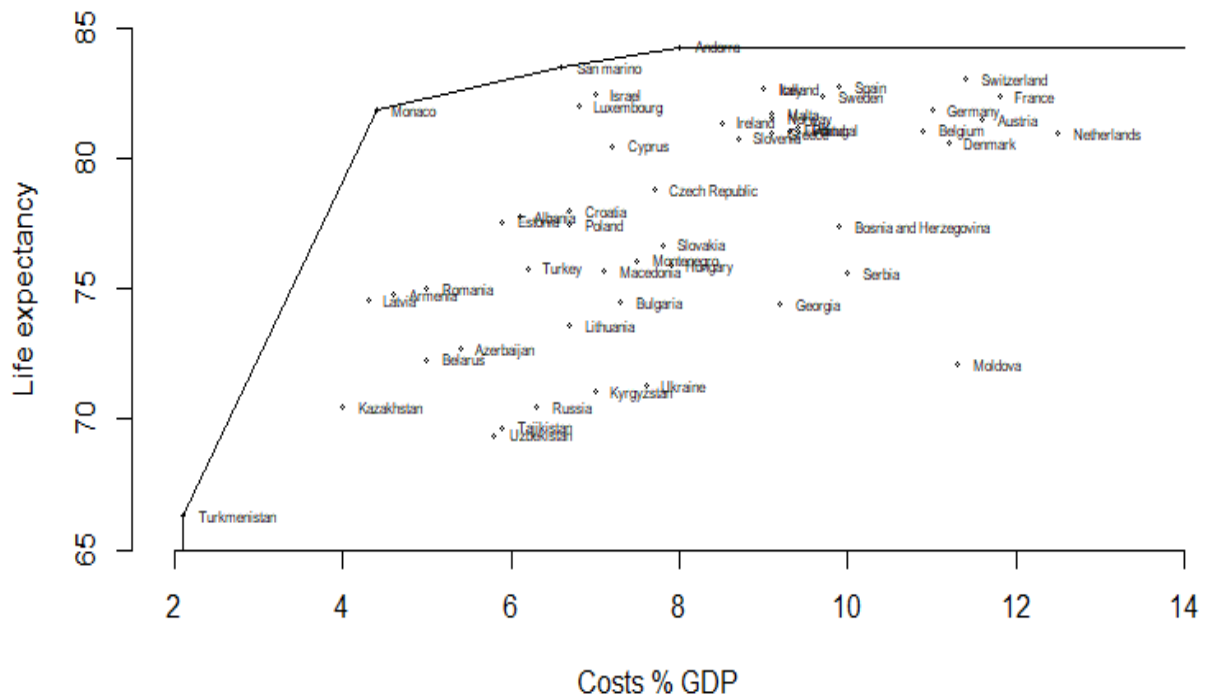


Рис. 3.21. Крива ефективності охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП для країн світу та України*

* Розраховано автором.

Розрахунки свідчать, що серед 53 досліджених країн спостерігається значна неоднорідність оцінок ефективності, як за умовою сталого (CRS), так і змінного (VRS) ефекту (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Значення ефективності охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП для країн світу та України*

Значення ефективності, інтервал	Кількість країн	Відносна кількість країн, %
[0,2; 0,3)	1	1,9
[0,3; 0,4)	8	15,1
[0,4; 0,5)	19	35,8
[0,5; 0,6)	11	20,8
[0,6; 0,7)	7	13,2
[0,7; 0,8)	3	5,7
[0,8; 0,9)	0	0
[0,9; 1)	0	0
1	4	7,5

*Розраховано автором.

Як бачимо, є всього 4 країни з ефективністю 1, що розташовані на рис. 3.21 на кривій ефективності (Андорра, Сан-Марино, Монако та Туркменістан), 3 країни з ефективністю від 0,7 до 0,8 та 7 країн з ефективністю від 0,6 до 0,7. Зауважимо, що ефективність заходів з охорони здоров'я в Україні на основі частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП становить 0,42. Отже, існує надзвичайно великий потенціал для покращення ефективності цієї категорії заходів з медичних послуг значної кількості країн, в тому числі, й України.

Аналогічно проведемо аналіз ефективності частки витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення країн світу й України (рис. 3.22).

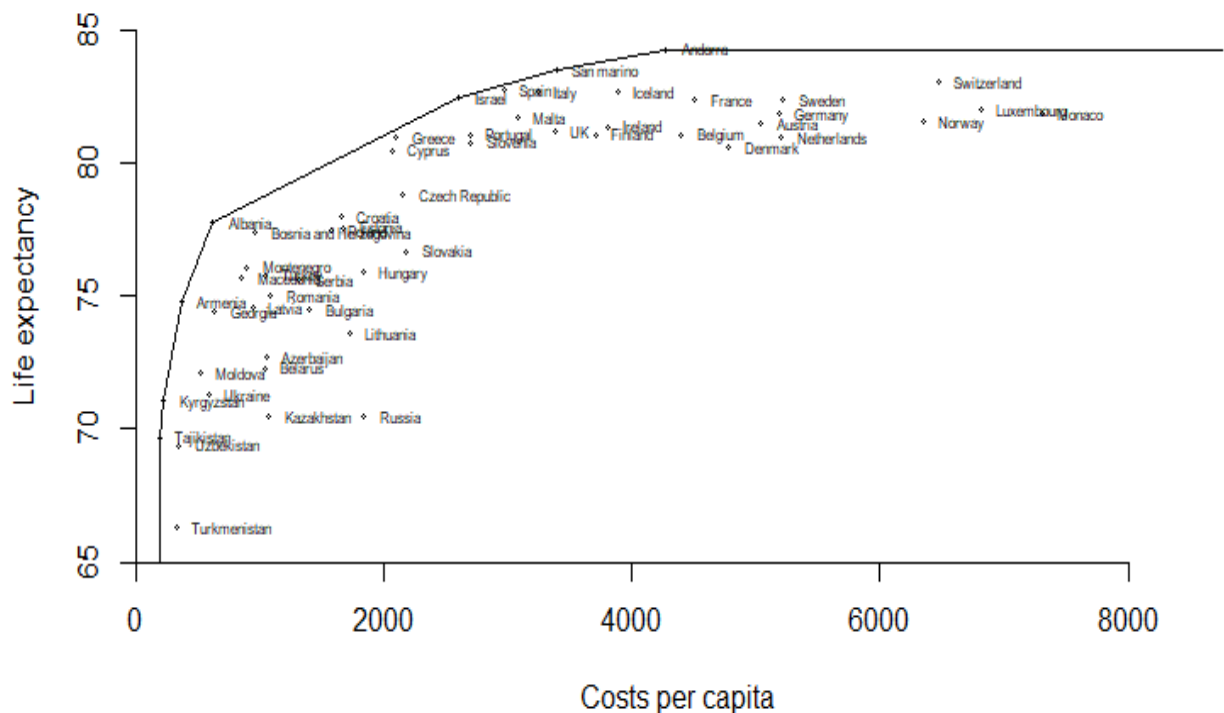


Рис. 3.22. Крива ефективності охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення для країн світу та України*

* Розраховано автором.

Серед 53 досліджуваних країн спостерігається значна неоднорідність оцінок ефективності як за умовою сталого (CRS), так і змінного (VRS) ефекту. Мінімальна ефективність – 0,11, максимальна ефективність – 1, середня ефективність – 0,546. Результати розрахунків наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Значення ефективності охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення для країн світу та України *

Значення ефективності, інтервал	Кількість країн	Відносна кількість країн, %
[0,1; 0,2)	3	5,7
[0,2; 0,3)	5	9,4
[0,3; 0,4)	11	20,8
[0,4; 0,5)	9	17,0
[0,5; 0,6)	8	15,1
[0,6; 0,7)	3	5,7
[0,7; 0,8)	3	5,7
[0,8; 0,9)	2	3,8
[0,9; 1)	2	3,8
1	7	13,2

* Розраховано автором.

За показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення 7 країн із ефективністю 1 (Андорра, Сан-Марино, Ізраїль, Албанія, Армєнія, Киргизстан та Туркменістан), що розташовані на рис. 3.22 на кривій ефективності, 4 країни з ефективністю від 0,8 до 1 та 6 країн з ефективністю від 0,6 до 0,8. Зауважимо, що ефективність заходів з охорони здоров'я за часткою загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення України становить 0,38, що говорить про дуже низьку ефективність цих заходів з охорони здоров'я за цим показником .

Проведемо аналіз ефективності частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я (рис. 3.23).

Мінімальна ефективність медичних послуг за показником приватних витрат – 0,07, максимальна ефективність – 1, середня ефективність – 0,297. Результати розрахунків наведено в табл. 3.6.

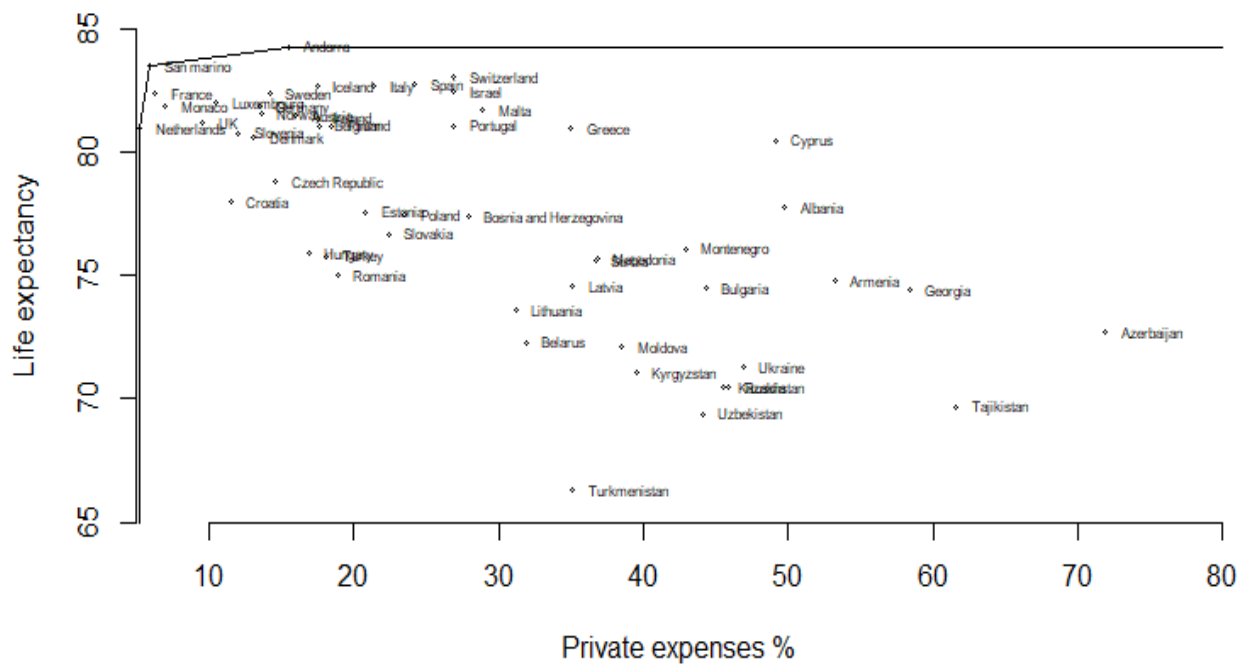


Рис. 3.23. Крива ефективності медичних послуг за показником частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я для країн світу та України*

* Розраховано автором.

Таблиця 3.6

Значення ефективності охорони здоров'я за показником частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я для країн світу та України, %*

Значення ефективності (інтервал)	Кількість країн	Відносна кількість країн (%)
[0; 0,1)	4	7,5
[0,1; 0,2)	20	37,7
[0,2; 0,3)	11	20,8
[0,3; 0,4)	8	15,1
[0,4; 0,5)	3	5,7
[0,5; 0,6)	2	3,8
[0,6; 0,7)	0	0
[0,7; 0,8)	1	1,9
[0,8; 0,9)	1	1,9
[0,9; 1)	0	0
1	3	5,7

* Розраховано автором.

За показником частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я є 3 країни із ефективністю 1 (Андора, Сан-Маріно та Нідерланди), що розташовані на рис. 3.23 на кривій ефективності, 2 країни з ефективністю від 0,7 до 0,9 та 2 країни з ефективністю від 0,5 до 0,6. Зауважимо, що ефективність визначених заходів з охорони здоров'я України за показником частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я становить 0,11, що говорить про дуже низьку ефективність цих заходів.

Аналогічно проведемо аналіз ефективності медичних заходів на основі забезпечення лікарняними ліжками (їхня кількість на 100 тис. населення) (рис. 3.24).

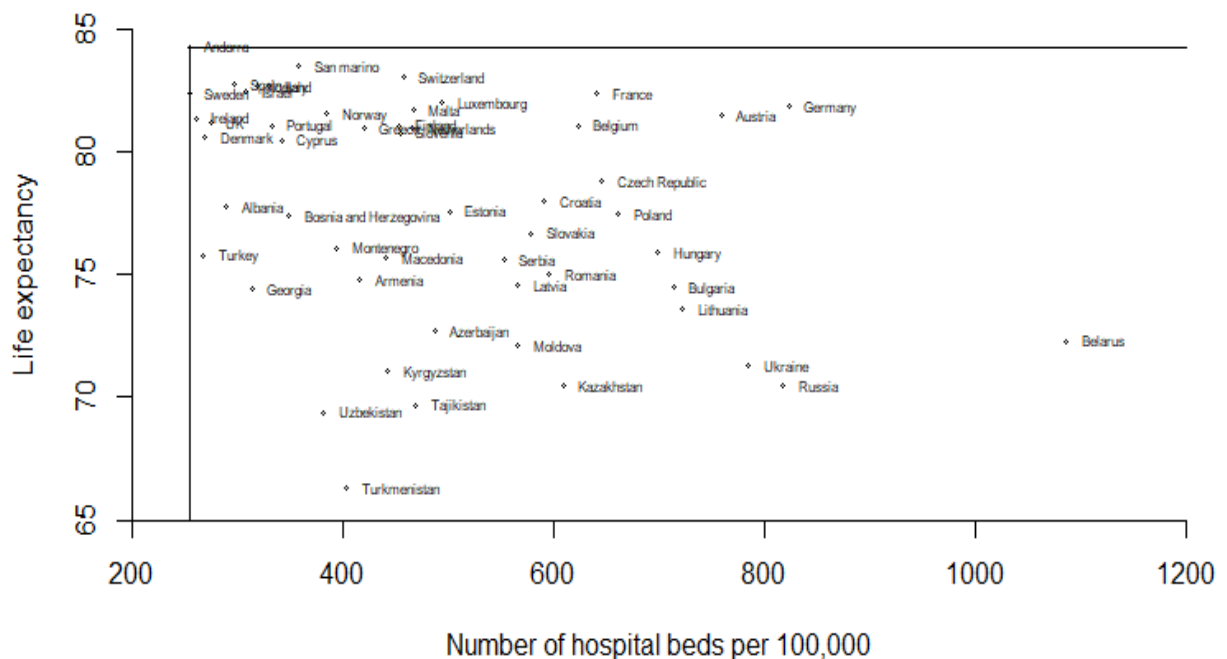


Рис. 3.24. Крива ефективності медичних послуг за показником кількості лікарняних ліжок на 100 тис. населення для країн світу та України *

* Розраховано автором.

Середня ефективність рівня медичних послуг за показником кількості лікарняних ліжок на 100 тис. населення дорівнює 0,541, максимальна ефективність – 1, середня ефективність – 0,116.

Результати розрахунків наведено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Значення ефективності медичних послуг за показником кількості лікарняних ліжок на 100 тис. населення для країн світу та України*

Значення ефективності (інтервал)	Кількість країн	Відносна кількість країн (%)
[0,1; 0,2)	1	1,9
[0,2; 0,3)	4	7,5
[0,3; 0,4)	14	26,4
[0,4; 0,5)	6	11,3
[0,5; 0,6)	11	20,8
[0,6; 0,7)	2	3,8
[0,7; 0,8)	6	11,3
[0,8; 0,9)	5	9,4
[0,9; 1)	3	5,7
1	1	1,9

* Розраховано автором.

За показником кількості лікарняних ліжок на 100 тис. населення є 1 країна з ефективністю 1, що розташована на рис. 3.24 на кривій ефективності, 3 країни з ефективністю від 0,9 до 1, 5 країн з ефективністю від 0,8 до 0,9 та 6 країн з ефективністю від 0,7 до 0,8. Ефективність охорони здоров'я України за показником кількості лікарняних ліжок становить 0,27, що свідчить про найнижчу ефективність.

Таким чином, за результатами розрахунків можна скласти список країн з максимальною ефективністю функціонування систем охорони здоров'я за різними показниками (табл. 3.8).

Результати проведеного аналізу дозволяють дійти висновку, що за всіма дослідженими показниками (часткою загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП, часткою загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення, часткою приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я та кількістю лікарняних ліжок на 100 тис. населення) найбільш ефективними є системи охорони здоров'я в Андоррі, Монако та Сан Маріно. Серед лідерів також можна виділити системи охорони здоров'я Швейцарії, Ізраїлю, Іспанії, Франції, Ісландії та Люксембургу.

Таблиця 3.8

Країни світу з максимальною ефективністю функціонування систем
охорони здоров'я за різними показниками*

Показник	Країни
Частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП	Андорра Сан Маріно Монако Туркменістан Швейцарія Ізраїль Іспанія Франція Ісландія Люксембург
Частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення	Андорра Сан Маріно Монако Туркменістан Швейцарія Ізраїль Іспанія Франція Ісландія
Частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я	Андорра Сан Маріно Нідерланди Швейцарія Ізраїль Люксембург
Кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення	Андорра Сан Маріно Швейцарія Ізраїль Ісландія

* Розраховано автором.

При цьому, результати дослідження довели, що досягнення найвищої ефективності не обов'язково спричинені найбільшими у світі частками загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП або іншими абсолютними показниками, що характеризують розвиток національного ринку медичних послуг. Деякі країни використовують національні особливості, зокрема, незначні переваги, які дають відносно малий і вузькоспеціалізований обсяг внутрішнього ринку медичних послуг, активне використання сучасних медичних технологій, у тому числі за

рахунок інвестування у розвиток медичної інфраструктури, поширення форм медичного страхування та інші чинники.

Щодо України, результати проведеного дослідження свідчать, що рівень ефективності української національної системи охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП є нижчим за середньосвітовий (0,42), а за показниками частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення (0,38), частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я (0,11), а також кількістю лікарняних ліжок є одним із найнижчих у світі (0,27). Отже, існує надзвичайно великий потенціал для покращення ефективності національної системи охорони здоров'я України на основі реформування галузі в напрямку, передусім, зміни принципів фінансування, впровадження сучасних медичних технологій, інвестування у розвиток медичної інфраструктури тощо.

3.3. Стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та механізм його інтеграції до світового

Визначення та обґрунтування пріоритетних напрямів розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового є вагомим важелем підвищення міжнародної конкурентоспроможності національного ринку медичних послуг.

Слід відмітити, що подальший розвиток та ефективна інтеграція ринку медичних послуг України до світового передбачають, перш за все, реформування системи охорони здоров'я з метою підвищення доступності, якості та ефективності надання медичних послуг населенню на основі інституційних перетворень у системі державного управління та фінансування галузі, створення сприятливих умов для ефективного поєднання державних та приватних джерел оплати медичної допомоги та інших її напрямів.

Крім того, згідно із дослідженням «The future of healthcare in Europe», існує п'ять можливих сценаріїв розвитку європейських систем охорони

здоров'я до 2030 року: активний розвиток медичних технологій; домінування профілактичної медицини над лікуванням захворювань; фокусування системи охорони здоров'я на наданні медичної допомоги соціальнонезахищеним верствам населення; приватизація галузі охорони здоров'я; утворення загальноєвропейської системи охорони здоров'я. В умовах активної реалізації процесу євроінтеграції України кожен з представлених сценаріїв розвитку подій стане викликом для України і має бути врахованим при визначенні стратегії розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Тому реформування української системи охорони здоров'я з наголосом на її модернізацію та підвищення її організаційного, технологічного та професійного рівнів видається невідкладною [256].

На наш погляд, найбільш важливими завданнями державної політики у сфері охорони здоров'я є:

- підвищення ролі профілактики захворювань і формування здорового способу життя;
- розвиток та поширення доступності сучасних медичних технологій;
- поліпшення державного фінансування галузі;
- згладжування нерівності в доступності медичної допомоги для різних груп населення;
- розширення можливостей громадян впливати на систему охорони здоров'я;
- подолання структурних диспропорцій у системі надання медичної допомоги;
- створення конкурентного ринку медичних послуг і розширення можливостей вибору медичної організації та лікаря;
- посилення професійної та економічної мотивації медичних працівників до підвищення якості та ефективності медичної допомоги;
- посилення позитивного впливу медичного страхування на показники діяльності охорони здоров'я;

- розвиток державно-приватного партнерства у вирішенні проблем охорони здоров'я;
- формування більш солідарних форм приватного фінансування охорони здоров'я тощо.

На законодавчому рівні в Україні у 2015 році було прийнята законодавчому рівні «Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»», що визначає мету, вектори руху, дорожню карту, першочергові пріоритети та індикатори належних оборонних, соціально-економічних, організаційних, політико-правових умов становлення та розвитку України. Метою Стратегії, у тому числі, є впровадження в Україні європейських стандартів життя [97].

Одним із напрямків Стратегії-2020, що поєднує у собі 60 новацій, є реформування системи охорони здоров'я. Головним документом програми реформування є «Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр.», відповідно до якої метою державної політики у сфері охорони здоров'я є «кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинених європейських держав». Головними напрямками реформ мають стати «підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я», а орієнтиром – програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [97].

Медична реформа передбачає створення нового органу виконавчої влади у вигляді Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що здійснюватиме функції оплати, контролю та вибору медичних послуг, заключатиме договори із медичними закладами приватної або державної форми власності на медичне обслуговування населення у межах гарантованого державою пакета медичних послуг.

Медична реформа передбачає впровадження у медицину принципу «гроші ходять за пацієнтом», коли держава фінансуватиме надання медичної допомоги населенню, а не «утримання» койко-місць. Сімейний лікар за кожного пацієнта, який підписав договір з ним, отримуватиме 210 грн на рік, а держава виділятиме 370 грн на пацієнта на рік, незалежно від кількості його візитів до лікаря [97].

Передбачається впровадження «державного гарантованого пакету» – визначеного обсягу медичних послуг і лікарських засобів, які держава зобов'язується сплачувати за встановленими тарифами, при цьому, 100% покриття вартості медичних послуг і лікарських засобів держава гарантує у випадках: отримання пацієнтом екстреної медичної допомоги; при отриманні пацієнтом первинної медичної допомоги у сімейного лікаря; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку із вагітністю та пологами у рамках «безкоштовного» пакету медичних послуг [58].

Впровадження державних фінансових гарантій відбуватиметься у декілька етапів, починаючи з січня 2018 року на первинному рівні і до 2020 року на інших рівнях. Ще одним етапом реформування галузі є впровадження тарифу спільної оплати, що вводиться у випадку часткового покриття державою витрат на медичну допомогу, коли оплата медичних послуг здійснюватиметься частково за рахунок пацієнтів та за рахунок інших джерел, наприклад соціального медичного страхового полісу, добровільного медичного полісу, коштів місцевих бюджетів [97].

Після впровадження медичної реформи пацієнти отримають можливість обирати сімейного лікаря, який надаватиме первинну медичну допомогу, а вторинну спеціалізовану медичну допомогу надаватимуть багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, що входитимуть до складу кожного із знов утворених госпітальних округів. Таким чином, за прогнозами Міністерства охорони здоров'я, незважаючи на те, що децентралізація та створення

госпітальних округів призведе до скорочення кількості медичних закладів, медична допомога стане більш доступною та якісною, з'явиться можливість підвищити заробітну плату медичного персоналу.

Пілотний проект реформи, який вже працює у чотирьох регіонах країни, свідчить про те, що її реалізація гальмується низкою невирішених питань, починаючи з недостатньої кількості сімейних лікарів і закінчуючи непередбаченими в реформі фінансування медичних закладів, закупівлі медичного обладнання, ремонту приміщень тощо.

Тому проведений аналіз ефективності національної системи охорони здоров'я України з урахуванням перспективних напрямів її реформування, на наш погляд, дає можливість визначити стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового, що включають наступні:

1. Забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей (оснащення, стан приміщень, рівень кваліфікації медичних працівників), оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання на основі світових досягнень для надання якісних медичних послуг.

Комплексна стратегія розвитку галузі охорони здоров'я передбачає разом із зростанням витрат використання та ефективного впровадження поєднання медичних та немедичних заходів боротьби із захворюваннями, спрямованих на попередження та зменшення захворюваності і смертності населення. Важливим напрямком діяльності медичної галузі в цьому напрямі є просвітницька робота щодо здорового способу життя, запобігання інфекційних захворювань, шкідливих звичок, збереження репродуктивного і загального стану здоров'я. Саме тому у медичній галузі необхідно провести структурні зрушення для оптимізації співвідношення стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, забезпечити якісну роботу амбулаторного підрозділу, координацію і взаємодію закладів первинного, вторинного і третинного рівнів, провести реорганізацію стаціонарної

допомоги медичної допомоги зі створенням спеціалізованих відділень, лікарень, які мають відповідне медичне оснащення для надання медичних послуг у відповідності до вимог протоколів і стандартів світового рівня. Вирішенню цієї проблеми буде ефективно сприяти створення консультативно-діагностичних центрів і організація їх тісної взаємодії з лікувально-профілактичними закладами з метою підвищення доступності, якості та ефективності догоспітальної лікувально-діагностичної допомоги.

Покращення матеріально-технічної бази та інфраструктури медичних закладів, підвищення якості медичної допомоги та її доступності для населення має бути основною метою державної політики в галузі охорони здоров'я України.

На сьогодні в Україні основні фонди державних та муніципальних закладів охорони здоров'язастаріли і, за оцінками експертів, 70-80% медичного обладнання є зношеними. Переважна частина медичної техніки експлуатується понад 20-25 років, що у 2-3 рази перевищує технічні терміни використання. Щорічне оновлення медичного обладнання в державних закладах охорони здоров'я не перевищує 1%, на той час як доцільним було б кожного року оновлювати не менш ніж 10% медичної техніки [43].

Частка медичного обладнання вітчизняного виробництва складає близько 30-35%. На теперішній час медична промисловість в країні має можливість забезпечити лише 13-15% всього спектру медичної техніки, що складає близько 20% існуючої потреби галузі. Розробкою і виробництвом медичної техніки в Україні займається понад 250 підприємств різних форм власності. Вітчизняні виробники виготовляють апарати штучної вентиляції легенів, наркозно-дихальну апаратуру, слухові апарати, апарати для проведення різних рентгенологічних обстежень, електрокардіографічну техніку, ультразвукове медичне обладнання, медичне низькотемпературне обладнання, медичні меблі, медичне обладнання та засоби медичного призначення для травматології, ортопедії, і для пацієнтів із обмеженими можливостями. Крім того, підприємства виготовляють хірургічні,

стоматологічні інструменти, стерилізаційне, електродіагностичне обладнання, кольпоскопи, електростимулятори [136].

Однак асортимент медичної техніки, що виготовляється на українських підприємствах є достатньо обмеженим, тому є потреба у закупівлі високовартісного високотехнологічного імпортного медичного обладнання. Обмеженість державного і місцевого фінансування медичної галузі і необхідність закупівлі значної кількості найменувань сучасної імпортної медичної техніки вкрай негативно впливають і на якість медичних послуг. Враховуючи необхідність заміни переважної частини діагностичного та лікувального медичного обладнання, це питання потребує особливої уваги і вжиття ефективних заходів щодо визначення можливих шляхів його вирішення.

2. Акредитація медичних закладів з урахуванням вимог міжнародних стандартів, забезпечення незалежного контролю якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я всіх форм власності й підпорядкування.

Зростаючий інтерес закладів охорони здоров'я до сучасних вимог міжнародної акредитації обумовлений попитом населення на якісні медичні послуги, глобалізацією медичних технологій. У більшості розвинених країн світу громадяни пред'являють все більші вимоги до якості медичних послуг і стандартів роботи лікарень, у тому числі при отриманні за кордоном медичної допомоги, адекватної їхнім очікуванням щодо якості та ціни.

Акредитацію закладів охорони здоров'я стали проводити у державах світу ще на початку ХХ століття. Сучасні схеми акредитації спрямовані не тільки на оцінку якості медичних послуг, а на пошук шляхів її підвищення. Вони структуровані таким чином, щоб надати об'єктивні показники для зовнішнього незалежного оцінювання якості послуг, а також з'ясувати, як менеджмент даної установи регулює це питання. Ідеальна схема управління якістю в кожному медичному закладі повинна провести пацієнта всіма етапами отримання ним медичної допомоги, починаючи від спостереження здорового пацієнта лікарем на ділянці, через амбулаторне та стаціонарне лікування хворих до лікарського спостереження після виписки з лікарні. У

центри такої схеми – перелік професійних стандартів, які систематично і всебічно оцінюють діяльність лікарні, і передбачають не тільки безпосередній контакт співробітників лікарні з пацієнтами, а також підготовку і навчання персоналу, розподіл службових повноважень, принципи управління клінікою, аудит напряму допомоги, дослідницьку діяльність, етичні стандарти тощо. Тому спеціалізовані акредитаційні організації оцінюють рівень медичної допомоги в установах на підставі певних переліків стандартів, що включають стандарти управлінської діяльності та організації процесів її вдосконалення, загальні й медичні етичні стандарти, що діють в медичних закладах, стандарти якості та оцінку професіоналізму персоналу, включаючи рівень освіти і професійної підготовки, організацію документообігу та профілактику та аналіз реєстрації інфекційних ускладнень і боротьба з їх виникненням [181].

Загально визнаними міжнародними системами акредитації у світі є Trent Accreditation Scheme (Велика Британія, Європа, Гонконг, Філіппіни, Мальта), Joint Commission International (США), Australian Council for Healthcare Standards International (Австралія), Canadian Council on Health Services Regulation (Канада), які діють під егідою Міжнародного товариства щодо якості в охороні здоров'я (The International Society for Quality in Healthcare) – незалежної організації, членами якої є понад 70 країн, у тому числі й Україна. Існують так само й інші міжнародні організації, наприклад «The Society for International Healthcare Accreditation» [181].

Важливим інструментом досягнення конкурентних переваг вітчизняних закладів охорони здоров'я є впровадження системи менеджменту якості на базі міжнародних стандартів ISO 9000, і атестація за участі міжнародних асоціацій (Trent Accreditation Scheme, The Society for International Health Care Accreditation). Існує практика використання міжнародних категорій рейтингів за системою ІНСА, що дозволяє іноземним пацієнтам та їх страховим компаніям обрати постачальників медичних послуг (табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Міжнародні категорії рейтингів за системою ІНСА*

Категорія міжнародного рейтингу	Рейтинг	Кількість іноземних пацієнтів
Госпіталі	International Hospital Rating	>1 000
	Distinguished International Hospital Rating	>5 000
	Outstanding International Hospital Rating	>10 000
	Premier Leading International Hospital Rating	> 15 000
	World Leading International Hospital Rating	>20 000
Клініки	International Clinic Rating	>1 000
	Distinguished International Clinic Rating	>5 000
	Outstanding International Clinic Rating	>10 000
	Premier International Clinic Rating	> 15 000
	World Leading International Clinic Rating	>20 000
Хірургічні послуги	International Surgery Excellence Rating	300-499
	International Five-Star Surgery Rating	500-999
	International Center of Excellence Rating	>1000
Акушерські послуги	Maternity Care Excellence Rating	300-499
	Five-Star Maternity Care Rating	500-999
	Maternity Care Center of Excellence	>1000
Послуги з трансплантації	International Transplant Surgery Rating	>50
	Five-Star Transplant Surgery Rating	>100
	World Leading Transplant Surgery Rating	>150

* Складено автором за матеріалами [181].

Важливим аспектом проведення акредитації за участі міжнародних експертів є те, що акредитаційний сертифікат, виданий авторитетною міжнародною організацією, значно підвищує конкурентоспроможність медичного закладу на національному й світовому ринках медичних послуг. Це ефективний важіль залучення пацієнтів у зв'язку із актуалізацією лікування за кордоном для громадян різних держав.

3. Ефективне впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, сучасних наукових розробок щодо профілактики та лікування захворювань та інших медичних досліджень у клінічну практику.

Найважливішим пріоритетом розвитку українського ринку медичних послуг та його ефективної інтеграції до світового є формування стратегії з реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я, спрямованої на

розробку інноваційної продукції, сучасних технологій та компетенцій. На наш погляд, необхідними кроками в цьому напрямку мають стати:

- поширення сектору медичних досліджень і досягнення відповідного рівня наукових розробок, які б відповідали світовому рівню та сприяли інтеграції української медичної науки у глобальне наукове співтовариство;
- розвиток фундаментальних та прикладних досліджень, наукового кадрового потенціалу;
- впровадження системи експертизи перспективних і пріоритетних напрямків наукових досліджень, визначення якості й необхідності наукових досліджень для розвитку медичної науки та впровадження їх у практику;
- підвищення ефективності управління в системі медичної науки, створення і поширення сучасної медичної інфраструктури;
- вдосконалення економічного механізму мотивації наукових співробітників тощо.

Формування наукової медичної галузі, здатної проводити наукові проривні фундаментальні й прикладні дослідження, актуальні як для українського ринку медицини, так і для світового ринку медичних послуг, є важливим елементом інтеграції України у світовий ринок. Цьому ж сприяє стимулювання міждисциплінарної і міжгалузевої кооперації, визнання профілактичного напрямку ключовим у медичній галузі.

Високотехнологічними трендами у сучасній світовій медицині є персоналізація, генетика та біопротезування. Персоналізація є найбільш актуальним напрямком, що поєднує у собі збір, аналіз та використання інформації щодо кожного пацієнта з урахуванням його власних особливостей, генетичного коду, наявності захворювань. Наукові дослідження останніх десятиліть у галузі генетики, геноміки, транскриптоміки, молекулярної біології, генної та білкової інженерії також формують нові підходи до діагностики та лікування, фармацевтики і фармакотерапії й до охорони здоров'я в цілому. Інший перспективний напрямок – біопротезування. Дедалі більшого поширення набувають

виращування і тривимірний біодрук тканин і органів з ауто- і алогенних клітин людини (біопротези), а також розробка і впровадження складних кіберпротезів. Велику роль у регенеративній медицині грають 3D-біопринтери. Поступово тривимірний друк використовується і в напрямку нейрохірургії. В першу чергу це стосується можливості виготовлення титанових імплантатів для хірургічної імплантації.

Сегмент ІТ у медицині передбачає проектування й реалізацію пристроїв і сервісів з моніторингу та корекції стану здоров'я людини. Важливим напрямком у цій галузі є розробка медичних інформаційних систем, що автоматизують діяльність медичних організацій, автоматизація робочих місць лікарів і підключення їх до єдиних регіональних інформаційних систем. У світі впровадження телемедичних пристроїв стримується великою кількістю зацікавлених сторін, з якими комерційним компаніям доводиться погоджувати свої дії. В Україні ж ключові питання охорони здоров'я, як правило, сконцентровані в руках держави.

Досвід провідних країн світу дозволяє визначити основні напрями реалізації цього стратегічного пріоритету розвитку системи охорони здоров'я України:

- концентрація ресурсів на пріоритетних напрямках медицини;
- інтеграція дослідних і освітніх процесів, підвищення вимог до якості робіт, персоналізація грантів;
- розширення міжнародної експертизи та міжнародного співробітництва;
- розширення наукової конкуренції, пріоритетний розвиток біомедичних досліджень як технологічної бази розвитку сучасної медичної науки й охорони здоров'я;
- міждисциплінарний характер наукової кооперації, створення єдиного поля біомедицини з розвитком міжвідомчої координації;

– розвиток механізмів трансляційної медицини, спрямованої на створення єдиного інноваційного ланцюжка «ідея–лабораторія–виробництво–клініка».

Важливим аспектом сучасного розвитку наукових розробок у світі є створення наукових платформ, що є комплексом методологічних, експертних, інформаційних інструментів. Їхня діяльність сприяє розповсюдженню знань у визначеній галузі, розробці стратегій та пріоритетів для проведення досліджень і мобілізації громадських та приватних джерел фінансування для досягнення конкретних результатів; аналізу й оцінюванню ринкового потенціалу технологій, що впроваджуються; комплексному управлінню, координації й зворотньому зв'язку при рішенні окремих завдань.

Актуальним напрямком інноваційного розвитку охорони здоров'я, на наш погляд, є саме створення наукових платформ, які дозволять істотно просунути вітчизняну медичну науку, поставивши її на якісно інший, інноваційний шлях, з урахуванням світового вектора розвитку медичної науки. До її пріоритетних напрямків можна віднести: профілактичну медицину, кардіологію, неврологію, психіатрію, ендокринологію, імунологію, онкологію, мікробіологію, репродуктологію, педіатрію, регенеративну медицину, інвазивні технології, фармакологію. Реалізація платформ дозволить сконцентрувати фінансові та організаційні зусилля на дослідженнях, які забезпечують максимальний ефект сьогодні й у подальшій перспективі.

4. Розвиток кадрового потенціалу, підвищення вимог щодо якості підготовки медичних працівників та їх відповідальності за якість наданих медичних послуг.

Кваліфікація медичного персоналу є важливим показником роботи будь-якої системи охорони здоров'я, що впливає на соціально-економічні показники і на конкурентоспроможність системи в цілому. Статистичні дані різних країн світу підтверджують, що якість підготовки лікарів, їх достатня кількість для повного охоплення населення медичним профілактичним наглядом сприяє отриманню позитивних результатів щодо попередження і своєчасного

лікування захворювань, тоді як скорочення штатів медичних працівників та низький рівень їх підготовки веде до негативних наслідків [107].

Зазначимо, що найважливіші проблеми національного ринку медичних послуг в аспекті кадрової політики співпадають з аналогічними глобальними проблемами, що існують дотепер, це: недостатня кількість медичних працівників як в Україні, так і у світі; нерівномірний розподіл медичних працівників за регіонами (концентрація медичного персоналу у містах і дефіцит їх у сільських, віддалених і важкодоступних районах); невідповідність підготовки і практичних навичків медичних працівників сучасним потребам; мобільність і міграція медичних працівників, що часто негативно впливає на доступність медичних послуг; недоліки у менеджменті й оперативному вирішенні кадрових питань тощо.

Відповідно з Декларацією Глобального альянсу з трудових ресурсів охорони здоров'я, Керівництвом з моніторингу та оцінки якості трудових ресурсів у системі охорони здоров'я, стратегічними напрямками розвитку світових, а значить, і національних, трудових ресурсів охорони здоров'я є створення погодженого національного і глобального менеджменту для вирішення існуючих кадрових проблем у медичній галузі; підвищення рівня освіти і підготовки медичних працівників; збереження ефективного і гнучкого розподілу кадрових ресурсів у медичній галузі; управління процесами міграції на світовому ринку трудових ресурсів охорони здоров'я; розвиток програм міжнародного обміну досвідом серед медичних працівників з метою інформування науковців та клініцистів про досягнення у медичній галузі; забезпечення додаткових та більш ефективних інвестицій у кадрові ресурси [187].

5. Розвиток медичного туризму, у тому числі розробка й використання маркетингових програм щодо можливості отримання медичних послуг.

Медичний туризм в Україні також має бути пріоритетним напрямком розвитку ринку медичних послуг. Для цього є реальні підстави: наявність висококваліфікованих медичних кадрів, природно-кліматичних, лікувально-

реабілітаційних можливостей у поєднанні з конкурентоспроможними на міжнародному ринку цінами на медичні послуги. Україна має значні переваги в цьому ціновому сегменті у порівнянні з такими країнами, як Німеччина, США, Ізраїль, Туреччина, але наразі, на жаль, діапазон медичних послуг, матеріальна база, імідж та сервіс вітчизняних медичних закладів значно відстають від конкурентів [137].

Для ефективної реалізації заходів щодо розвитку медичного туризму першочерговим, з нашої точки зору, є забезпечення якості медичних послуг, що надаються, за умови збереження конкурентної ціни, що можливо через забезпечення підготовки висококваліфікованих медичних спеціалістів у національних медичних закладах освіти. Державні та приватні медичні заклади в Україні мають можливість запропонувати клієнтам сектору медичного туризму сучасні технології, високоспеціалізоване лікування, комплексну реабілітацію та догляд за цілком конкурентними цінами.

Щорічно Україну відвідує 50 тис. медичних туристів, загальний обсяг витрат на медичні послуги яких складає близько 125 млн дол. США, майже чверть з них цікавлять оздоровчі послуги у санаторіях та SPA-центрах, 18% отримують послуги в галузі стоматології та офтальмології, така ж їх частка звертається до центрів-клінік репродуктивної медицини, пластичної хірургії, кардіохірургії. Популярні у всіх країнах світу унікальні технології лікування стовбуровими клітинами є можливість отримати в Інституті клітинної терапії та Міжнародному центрі біотехнологій «Біостем», клініці «EmCell», медичні послуги в яких у декілька разів дешевші, ніж у країнах Європи та світу [17].

Розвиток медичного туризму вимагає активних та рішучих дій у галузі реклами та маркетингу медичних послуг. Важливу роль у інформуванні гравців ринку медичних послуг має проведення міжнародних конференцій і виставок у галузі медичного туризму. При створенні пропозицій для іноземних пацієнтів на українському ринку медичних послуг необхідно враховувати їх потреби, орієнтуватися на існуючий попит на медичні послуги на світовому ринку і, таким чином, формувати пакет медичних

послуг із національними конкурентними перевагами. Залучення іноземних пацієнтів до України неможливо без розвитку ефективних сучасних маркетингових інструментів, у тому числі й на ринках інших країн.

Слід зазначити, що відсутність розвиненої інфраструктури затримує розвиток даного напрямку розвитку медичних послуг в Україні. Утворення єдиної інфраструктури (готелі, пансіонати, заклади харчування, транспорт) навколо медичних закладів у поєднанні з використанням лікувальних можливостей природно-кліматичних умов і доступних цін на медичні послуги є дієвим механізмом розвитку медичного туризму і залучення пацієнтів з інших регіонів. Надзвичайно важливим є залучення інвестицій для створення необхідної інфраструктури, забезпечення реальних гарантій безпеки медичних туристів і якості медичних послуг, послуг з догляду та обслуговування. Крім того, одночасно необхідно реформувати сектор санаторно-курортного і реабілітаційного лікування, який є невід'ємною складовою єдиної системи забезпечення населення медичними послугами [115].

В Україні функціонує близько 3110 санаторно-курортних закладів, які не спроможні особисто залучати пацієнтів при достатньо високому попиті на професійні послуги санаторного лікування [43]. Така ситуація обумовлена, у першу чергу, тим, що учасники ринку санаторно-курортних послуг в Україні ще не готові до формування єдиного ефективного національного ринку послуг санаторно-курортного лікування і не усвідомлюють специфіку та структуру даного сектору медичних послуг в умовах міжнародної конкуренції. Причиною такої ситуації є недостатність спеціальних знань і навичок з ведення експортної діяльності, відсутність інформації щодо зовнішніх ринків та можливих ділових партнерів. З метою подолання інформаційних бар'єрів ефективним було би створення єдиного інформаційного простору, як головного загальнодоступного інформаційного ресурсу зовнішньоекономічної діяльності, зі спеціалізованими сервісами для учасників ринку санаторно-курортних послуг.

6. Розвиток франчайзингу в системі охорони здоров'я.

Франчайзинг виступає ефективним механізмом мережевого розвитку, сприяє впровадженню інновацій, передових бізнес-процесів і стандартів, забезпечує можливості трансферу технологій та вдосконалення підприємницької культури. Наразі він переважає в сфері послуг, переважно в роздрібній торгівлі та громадському харчуванні, а в сфері охорони здоров'я, незважаючи на соціальну значущість і перспективність розвитку галузі, є недостатньо розвиненим напрямком.

На сьогодні теоретичні та методичні підходи до формування системи франчайзингу у діяльності підприємств належною мірою не враховують специфіку сфери послуг, а по відношенню до медичної галузі та медичних організацій практично відсутні. На наш погляд, саме невідповідність дослідницької бази механізму реалізації системи франчайзингу практичним потребам виступає однією з причин майже відсутності пропозицій медичних франшиз в Україні. У свою чергу, потенційні франшизоотримувачі стикаються з проблемою оцінки якості діючих систем франчайзингу в системі охорони здоров'я, що тягне за собою низький попит на медичні франшизи.

На сьогодні кількість франшиз на ринку медичних послуг досить мала – приблизно 2% від загального обсягу українського ринку франчайзингу. В той же час іноземні франшизи на ринку взагалі відсутні, що є наслідком впливу певних чинників, а саме: «стандарти» – для забезпечення високої якості медичних послуг при міжнародному франчайзингу їх надання має здійснюватися відповідно до стандартів країни франчайзера; «освіта» – наявність відмінностей у наданні вищої медичної освіти викликає необхідність тривалого навчання та перепідготовки медичного персоналу; «мовний бар'єр» – низький рівень володіння іноземною мовою в українських медичних працівників; «економічні ризики» – високі ризики для репутації іноземної компанії, пов'язані з економіко-політичною нестабільністю та невизначеністю правового забезпечення здійснення економічної діяльності [10].

І все ж, завдяки тому, що франчайзер у процесі розвитку і просування бізнесу, впровадження медичних ноу-хау, сучасних технологій, товарів та стандартів послуг створив бренд, що став відомим, франшиза медичного центру в Україні дозволяє запропонувати клієнтам послуги світового рівня, використовувати сучасне обладнання і технології, перевірені на практиці без додаткових витрат на їх просування на ринку, забезпечити стандарти медичних послуг, розроблені відомими світовими медичними компаніями, що, безумовно, сприятиме розвитку та підвищенню міжнародної конкурентоспроможності українського ринку медичних послуг.

Таким чином, на наш погляд, стратегічними пріоритетами розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового є наступні:

- забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей (оснащення, стан приміщень, рівень кваліфікації медичних працівників), оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання на основі світових досягнень для надання якісних медичних послуг;
- акредитація медичних закладів з урахуванням вимог міжнародних стандартів, забезпечення незалежного контролю якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я всіх форм власності й підпорядкування;
- ефективне впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, сучасних наукових розробок щодо профілактики та лікування захворювань та інших медичних досліджень у клінічну практику;
- розвиток кадрового потенціалу, підвищення вимог щодо якості підготовки медичних працівників та їх відповідальності за якість наданих медичних послуг, розвиток програм міжнародного обміну досвідом серед медичних працівників з метою інформування науковців та клініцистів про досягнення у медичній галузі;
- розвиток медичного туризму, у тому числі розробка й використання маркетингових програм щодо можливості отримання медичних послуг;
- розвиток франчайзингу в системі охорони здоров'я.

Реалізація стратегічних пріоритетів розвитку національного ринку медичних послуг потребує визначення складових інтеграційного процесу залучення до світового ринку медичних послуг, якими, на нашу думку, є низка заходів та фінансових важелів.

Запропонований автором механізм інтеграції національного ринку медичних послуг України до світового наведено на рис. 3.25.

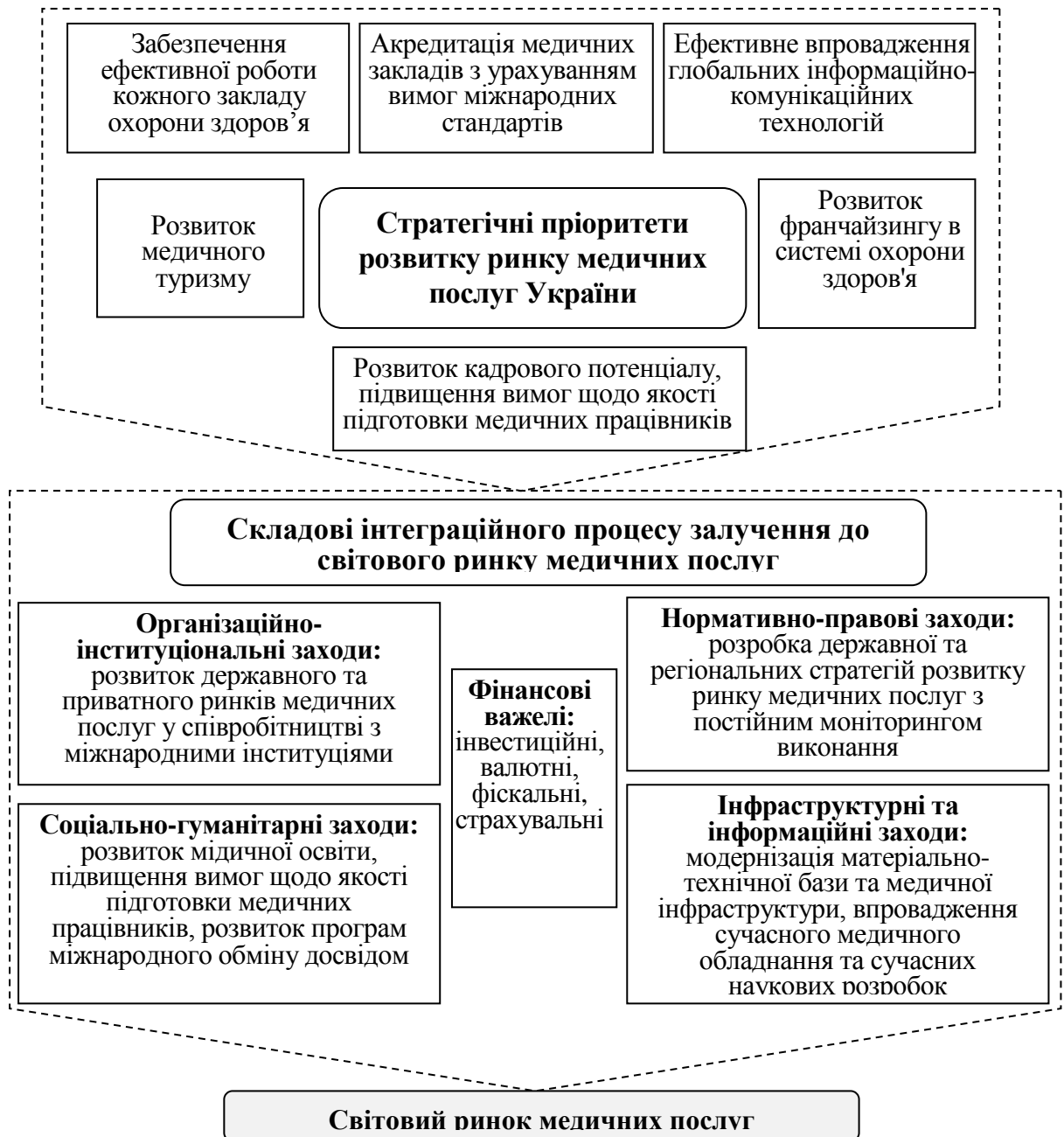


Рис. 3.25. Механізм інтеграції національного ринку медичних послуг України до світового*

* Розроблено автором.

Серед організаційно-інституціональних заходів передбачається всебічний розвиток державного та приватного ринків медичних послуг у співробітництві з міжнародними інституціями, у тому числі й у напрямку розвитку медичного туризму. Причому, на наш погляд, саме вже існуючий і щоденно зростаючий в Україні ринок приватних медичних послуг може бути регулятором і стимулятором зазначених технічних і організаційних інновацій, у тому числі й у державному сегменті національної системи охорони здоров'я України.

Нормативно-правові заходи спрямовані на створення передумов документального супроводження інтеграційного процесу і включають розробку державної та регіональних стратегій розвитку ринку медичних послуг з постійним моніторингом виконання.

Інфраструктурні та інформаційні заходи здійснюються в напрямі модернізації матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури національного ринку медичних послуг, впровадження сучасного медичного обладнання та сучасних наукових розробок.

Соціально-гуманітарні заходи спрямовані на розвиток медичної освіти, підвищення вимог щодо якості підготовки медичних працівників, розвиток програм міжнародного обміну досвідом тощо.

Щодо фінансових важелів, то, передусім, мова йде про поліпшення державного фінансування галузі у поєднанні з розвитком солідарних форм приватного фінансування охорони здоров'я, поширенням державно-приватного партнерства та посиленням позитивного впливу медичного страхування на показники діяльності охорони здоров'я.

Таким чином, дослідження особливостей розвитку національної системи охорони здоров'я України та порівняльне оцінювання ефективності функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України надало змогу запропонувати стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та на їх основі механізм його інтеграції до світового, реалізація якого сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та її доступності для населення,

розвитку та підвищенню міжнародної конкурентоспроможності українського ринку медичних послуг.

Висновки до третього розділу

1. Визначено, що сучасний медичний прогрес пов'язується з розвитком все більш складних і дорожчих технологій, впровадженням високотехнологічних втручань, технологізація надає найглибший вплив на медицину, як на систему організації охорони здоров'я, взаємини лікаря з пацієнтом, так і на лікарське мислення в цілому, медичну освіту, політику наукових досліджень в цій сфері тощо. Доведено, що мобільна охорона здоров'я/медицина (mHealth) дає змогу пацієнтам отримати широкий доступ до медичних послуг, здійснювати профілактику, моніторинг та лікування захворювань у режимі реального часу, а розвиток цієї галузі сприятиме впровадженню нових стандартів надання медичної допомоги, збільшенню її обсягу і якості та, за рахунок цього, підвищенню якості та тривалості життя населення.

2. На основі проведеного аналізу процесу інформатизації світового ринку медичних послуг встановлено, що розвиток мобільних технологій у галузі медицини відбувається повільніше, ніж в інших сферах. Це пов'язано з відсутністю конкретних інструментів з впровадження мобільної медицини, розробки міжнародної системи оцінки програм у цій галузі, загальних стандартів та бази наукових досліджень. Не вирішеними також залишаються питання захисту персональної інформації пацієнта, а також, особливо в країнах, що розвиваються, проблема відсутності необхідної інфраструктури та низького рівня доступу населення до мобільних пристроїв та технологій.

3. Дослідження особливостей розвитку національної системи охорони здоров'я України довело, що в цілому український ринок медичних послуг характеризується великою ємністю та потенціалом для подальшого розвитку. Особливо це стосується приватного його сегменту, представленого мережею профілактичних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних закладів та

організацій з висококваліфікованими фахівцями, що надають якісні медичні послуги з відносно низкою їх вартістю, порівняно з іншими країнами світу. Саме через ці причини, а також через вигідне територіальне розташування та спрощений візовий режим він є привабливим для медичного туризму. Навпаки, державний сегмент українського ринку медичних послуг характеризується низьким рівнем фінансування, значним зносом медичного обладнання, дефіцитом коштів для модернізації, наявністю тіньового сектору, а через це низькими якістю та доступністю медичних послуг для основної частки населення країни.

4. За результатами проведеного регресійного аналізу взаємозв'язку витрат на охорону здоров'я в Україні з тривалістю життя з використанням таких показників, як загальні державні витрати на охорону здоров'я від ВВП, державні витрати на охорону здоров'я на душу населення та частка приватних витрат на охорону здоров'я від загальних витрат було визначено, що для збільшення середньої тривалості життя в Україні лише на один рік потрібно в середньому збільшити частку загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на 0,48%. Причому ці заходи можуть надати ефект з деяким часовим запізненням.

5. За допомогою методу DEA у роботі проведено оцінювання ефективності функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України за такими параметрами, як частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП; частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення; частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я; кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення. Результати аналізу дозволяють дійти висновку, що за всіма дослідженими показниками найбільш ефективними є системи охорони здоров'я у Андоррі та Сан Маріно, що пояснюється наявністю в них таких національних переваг, як відносно малий і вузькоспеціалізований обсяг внутрішнього ринку медичних послуг, активне використання сучасних медичних технологій, у тому числі за

рахунок інвестування у розвиток медичної інфраструктури, поширення форм медичного страхування тощо.

Щодо України, результати проведеного дослідження свідчать, що рівень ефективності української національної системи охорони здоров'я за показником частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП є нижчим за середньосвітовий (0,42), а за показниками частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення (0,38), частки приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я (0,11), а також кількістю лікарняних ліжок є одним із найнижчих у світі (0,27). Зроблено висновок, що Україна має великий потенціал для покращення ефективності національної системи охорони здоров'я на основі реформування галузі за такими напрямками, як зміна принципів фінансування, впровадження сучасних медичних технологій, інвестування у розвиток медичної інфраструктури тощо.

6. На основі оцінювання ефективності національної системи охорони здоров'я України з урахуванням напрямів її реформування, обґрунтовано стратегічні пріоритети розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового: забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей (оснащення, стан приміщень, рівень кваліфікації медичних працівників), оновлення їх матеріально-технічної бази та медичної інфраструктури, впровадження сучасного медичного обладнання на основі світових досягнень для надання якісних медичних послуг; акредитація медичних закладів з урахуванням вимог міжнародних стандартів, забезпечення незалежного контролю якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я всіх форм власності й підпорядкування; ефективне впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, сучасних наукових розробок щодо профілактики та лікування захворювань та інших медичних досліджень у клінічну практику; розвиток кадрового потенціалу, підвищення вимог щодо якості підготовки медичних працівників та їх відповідальності за якість наданих медичних послуг; розвиток медичного туризму, у тому числі розробка й використання маркетингових програм щодо

можливості отримання медичних послуг; розвиток франчайзингу в системі охорони здоров'я.

Розроблено механізм інтеграції національного ринку медичних послуг до світового, який на основі обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку українського ринку медичних послуг передбачає визначення складових інтеграційного процесу його залучення до світового, якими є низка заходів (організаційно-інституціональних, нормативно-правових, соціально-гуманітарних, а також інфраструктурних та інформаційних) та фінансових важелів.

Основні результати розділу висвітлено в наукових працях автора: [22, 27, 35, 199, 200, 202].

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження вирішено важливе наукове завдання – поглиблення теоретико-методичних засад дослідження сучасних тенденцій і перспектив розвитку світового ринку медичних послуг, а також обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку українського ринку медичних послуг та його ефективної інтеграції до світового.

Для досягнення заявленої мети були вирішені дослідні завдання та отримані такі висновки:

1. Теоретичне узагальнення існуючих підходів до розуміння сутності та специфіки ринку медичних послуг дозволило обґрунтувати його структуру за такими критеріями, як економічне призначення, конкурентні структури, характер власності на засоби виробництва, географічна ознака, ступінь легальності, ступінь оплати, рівень надання послуг, спеціалізація, вікова ознака, характер контакту з пацієнтом. Проведений аналіз дав змогу уточнити поняття «світовий ринок медичних послуг», який пропонується трактувати як сегмент світового ринку послуг, особливу сферу міжнародного товарного обміну, що характеризується стійкими, систематичними операціями з обміну медичними послугами, включаючи медичні технології, вироби медичної техніки, методи організації медичної діяльності, фармакологічні засоби, лікарський вплив, заходи з профілактики захворювань та інші дії, спрямовані на якісну зміну показників здоров'я людини, а також стандартизується, регламентується і регулюється спеціальними органами на різних рівнях.

2. Ідентифіковано глобалізаційні детермінуючі тенденції розвитку світового ринку медичних послуг, до яких автором віднесено функціонування міжнародних організацій, що регулюють ринок; діяльність міждержавних, суспільних (неурядових) організацій, благодійних фондів для надання медичної допомоги у світі; лібералізацію торгівлі медичними послугами; монополізацію світового фармацевтичного ринку з боку ТНК; утворення медичних кластерів; розвиток сучасних методів лікування, медичних технологій та обладнання;

використання міжнародних стандартів надання медичної допомоги; створення умов для розвитку медичного туризму; інтернаціоналізацію медичної освіти; міжнародну міграцію медичних фахівців. Доведено, що окреслені тенденції в процесі їхнього синергетичного взаємовпливу розповсюджуються з різними наслідками для країн світу в залежності від рівня розвитку їх національних ринків.

3. У роботі запропоновано методичний підхід до дослідження сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг, логічна структура якого спирається на комплексне використання загальних та спеціальних методів дослідження і передбачає використання новітніх підходів до аналізу суперечностей глобалізаційних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг та обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового.

4. З урахуванням взаємозалежності структурних елементів світового ринку медичних послуг доведено, що до глобалізаційних чинників, під впливом яких відбуваються подальший розвиток та структурні зрушення на світовому ринку медичних послуг, відносяться: демографічні (старіння населення, поширення хронічних та інфекційних захворювань, зміни у споживчих настроях пацієнтів, їх інформованість у питаннях медичних послуг), фінансові (принципи державного регулювання галузі, проведення медичних реформ, розповсюдження нової бізнес-моделі функціонування ринку, заснованої на державно-приватному партнерстві), оперативні (поширення медичного туризму, розвиток медичної інфраструктури, підвищення загального рівня кваліфікації медичних працівників), регулятивні (проблеми доступності медичної допомоги, оцінювання обсягу та якості медичної допомоги, удосконалення в сфері медичного менеджменту та адміністрування, боротьба із зловживаннями та корупцією в системі охорони здоров'я, проблеми безпеки пацієнта та кібербезпеки) та інноваційні (розвиток медичних та телекомунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я).

5. На основі аналізу запропонованої ВООЗ класифікації систем охорони здоров'я, з точки зору світового досвіду їхнього практичного функціонування за країнами світу, а також виокремлення їхніх переваг та недоліків, доведено відсутність універсальної моделі організації охорони здоров'я, здатної до реалізації покладених на неї функцій за будь-яких вихідних умов. Визначено, що під впливом ендогенно продукованих унікальних розробок в галузі охорони здоров'я такі показники, як економічний потенціал країни, чисельність населення та обсяги ВВП втрачають свій детермінуючий вплив на якість надання медичної допомоги.

6. Аналіз напрямів міжнародної торгівлі медичними послугами (транскордонні угоди, медичний туризм, комерційна присутність фірм і фізична присутність медичного персоналу за кордоном) з точки зору їхнього змісту, основних країн-учасниць та наслідків лібералізації торгівлі для країн-експортерів та країн-імпортерів довів, що лібералізація торгівлі медичними послугами має як позитивні, так і негативні наслідки. З одного боку, лібералізація є драйвером розвитку світового ринку медичних послуг, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги та рівного доступу населення до неї, з іншого боку, враховуючи різний рівень розвитку національних економік та національних систем охорони здоров'я, лібералізація торгівлі медичними послугами може призвести до негативних наслідків – зменшення доступності різних груп населення до медичних послуг у країнах-експортерах та подальшої стагнації їх національних систем охорони здоров'я.

7. На основі проведеного аналізу процесу інформатизації світового ринку медичних послуг встановлено, що сучасний медичний прогрес пов'язується з розвитком усе складніших і дорожчих технологій, впровадженням високотехнологічних втручань, разом з тим, розвиток мобільних технологій у галузі медицини відбувається повільніше, ніж в інших сферах. Технологізація впливає на медицину як на систему організації охорони здоров'я, взаємин лікаря з пацієнтом, так і на лікарське мислення в цілому, медичну освіту, політику заохочення наукових досліджень у цій сфері тощо.

8. У роботі за допомогою методу DEA проведено порівняльне оцінювання ефективності функціонування систем охорони здоров'я країн світу й України за такими параметрами, як частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП; частка загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення; частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я; кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення, яке довело, що рівень ефективності української національної системи охорони здоров'я за всіма показниками є нижчим за середньосвітовий. Зроблено висновок, що Україна має великий потенціал для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я на основі реформування галузі за такими напрямками, як зміна принципів фінансування, впровадження сучасних медичних технологій, інвестування у розвиток медичної інфраструктури тощо.

9. На основі обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України, а саме забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей, акредитації медичних закладів із дотриманням вимог міжнародних стандартів, ефективного впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, розвитку кадрового потенціалу, медичного туризму, франчайзингу в системі охорони здоров'я тощо розроблено механізм інтеграції національного ринку медичних послуг до світового, який передбачає визначення низки заходів (організаційно-інституціональних, нормативно-правових, соціально-гуманітарних, а також інфраструктурних та інформаційних) та фінансових важелів його реалізації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агафонова М. Ю., Азрилиян А. Н., Дегтярев С.И. Большой экономический словарь : книга. Москва : Правовая культура, 1994. 526 с.
2. Акопян А., Мурашов В., Бочкарев Р. Особенности конкуренции на рынке медицинских услуг и товаров медицинского назначения // Маркетинг. 2001. №4. С. 102.
3. Арбузова М. В. Теоретический аспект качества услуг в сфере гостеприимства [Электронный ресурс] URL : <http://ieml.ru/economproblem/2008/1/u1.html> (дата звернення: 24.02.2018).
4. Артюхіна М., Кратт О. Сутність поняття «медична послуга» з позицій маркетингу // Економічний аналіз. 2012. Вип. 10. Ч. 2. С. 194–196, С. 195.
5. Базилевич В. Д. Економічна теорія: Політекономія: підручник. Київ : Знання, 2007. 296 с.
6. Базилевич В. Д. Современная экономическая теория: в поисках новой парадигмы // Вісник КНУ імені Т. Шевченка. Економіка. 2013. №146. С. 5–7.
7. Бергер П., Хантингтон С. Многоликая глобализация : книга. Москва : Альпина Паблицер, 2004. 379 с.
8. Бернар И., Колли Ж.-К. Толковый экономический и финансовый словарь. Французская, русская, английская, немецкая, испанская термінологія : книга. Москва : Дело, 1994. С. 173–174.
9. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка». Вип. 8 (2). 2014. С. 12–18.
10. Бокс Дж. Анализ временных рядов. Прогноз и управление : книга. Москва : Мир, 1974. Вып. I. 406 с.
11. Буссе Р., Райзберг А. Системы здравоохранения: время перемен. Германия. // Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения : 2004. Т.6. №9. С. 57–90.

12. Варнавский В. Г. Концессии в транспортной инфраструктуре: теория, практика, перспективы : книга. Москва : Дело, 2002. 380 с.
13. Вачевський М. В. Маркетинг у сферах послуг : Навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури , 2004. 232 с.
14. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. К: Ірпінь: ВТФ "Перун", 2001. 1440 с., с. 339
15. ВООЗ Рейтинг країн світу за рівнем витрат на охорону здоров'я Expenditure on Health. [Електронний ресурс]. URL : <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info> (дата звернення 23.12.2017).
16. ВТО: Механизм воздействия национальных экономик. Угрозы и возможности в условиях выхода на международный рынок. [Електронний ресурс]. URL : <https://www.wto.org> (дата звернення 18.10.2017).
17. Выживать. Процветать. Менять. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг.) [Електронний ресурс] URL : <http://www.un.org/ru/sg/strategy/> (дата звернення 05.10.2018).
18. Вялков А. И., Райзберг Б. И., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения : книга. Москва : ГЕОТАР-МЕД., 2002. 600 с.
19. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие для вузов. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 664 с.
20. Габуева Л. А. Анализ организационно-экономических моделей предпринимательской деятельности в здравоохранении и перспективы их развития // Здравоохранение. 2004. №10. С. 10–13.
21. Гапонова Е. О., Воробйов Є. М. Телемедичні технології на світовому ринку медичних послуг // Молодий вчений. 2017. Вип. 7 (47). С. 413–416.
22. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя // East European Scientific Journal. Warsaw, Poland. 2016. Vol. 3, № 2 (6). P. 24–26.
23. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій // Вісн. Харк. нац. ун-

ту ім. В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2018. Вип. 7. С. 21–25.

24. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції функціонування світового ринку медичних послуг // Вісн. Харк. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». 2017. Вип. 6. С. 20–24.

25. Гапонова Е. О., Воробйов Є. М. Глобалізація системи охорони здоров'я // Науковий Вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки». Херсон, 2017. Вип. 25-1. С. 22–25.

26. Гапонова Е. О. Медичний туризм в Ізраїлі: проблеми та перспективи // Матеріали круглого столу «Лікувально – оздоровчий туризм в Азії» (м. Харків, 21 листопада 2012 р.). Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. С. 46–49.

27. Гапонова Е. О. Розробка дорожньої карти загально - ринкового підходу до формування пакету медичних послуг у період реформування економіки України // Збірник тез Міжвузівської конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (м. Харків, 14 січня 2014 р.). Харків : ХНМУ, 2014. С. 351–353.

28. Гапонова Е. О. Особенности взаимодействия между государственным и частным секторами здравоохранения // Тези доповідей учасників Міжнародної науково – теоретичної конференції «Україна і світ: гуманітарно-технічна еліта та соціальний прогрес» (м. Харків, 8 – 9 квітня 2014 р.). Харків : НТУ «ХП», 2014. С. 162–163.

29. Гапонова Е. О. Система здравоохранения ориентированная на пациента // Збірник тез Міжвузівської конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (м. Харків, 20 січня 2015 р.). Харків : ХНМУ, 2015. С. 482–483.

30. Гапонова Е. О. Державна політика Іспанії в системі охорони здоров'я // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання та проблеми розвитку сучасної цивілізації: історичні, соціологічні, політологічні аспекти» (м. Херсон, 17 – 18 квітня 2015 р.). Херсон : ХДУ, 2015. С. 156–158.

31. Гапонова Е. О., Краснопольська С. Ю. Порівняльна характеристика страхової медицини європейських країн // Матеріали наукових конференцій студентів і молодих науковців, проведених кафедрою суспільних наук та Центром медичного краєзнавства у 2015-2016 н.р. «Наукові обрії – 2016». Харків : ХНМУ, 2017. С. 51–52.

32. Гапонова Е. О. Вплив міжнародних організацій на світовий ринок медичних послуг // Збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень» (м. Львів, 7 – 8 липня 2017 р.). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2017. С. 64–68.

33. Гапонова Е. О. Розвиток медичного туризму у світі // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання суспільних наук: наукові дискусії» (м. Київ, 18 – 19 серпня 2017 р.). Київ : Київська наукова суспільнознавча організація, 2017. С. 80–84.

34. Гапонова Е. О. Інституціональне забезпечення інтеграції ринку медичних послуг // Proceedings of XV International scientific conference «Millennium science» (US, Morrisville, 16 February 2018). Morrisville : Lulu Press, 2018. P. 49–51.

35. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі // Вісн. Харк. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2014. № 1144. Вип. 3 (1). С. 94–97.

36. Герасимчук В. Г. Лідерство у світовій економіці: від «G7» до «E7». [Електронний ресурс]. URL : <http://economy.kpi.ua/uk/taxonomy/term/508> (дата звернення 15.10.2018).

37. Глосарій термінів з медико-санітарної допомоги ВООЗ. Європейське регіональне бюро ВООЗ : книга. Копенгаген : Сов. енцикл., 1976. 429 с.

38. ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» [Електронний ресурс]. URL : <http://ligalife.com.ua/208/> (дата звернення 12.02.2019)

39. Голиков А. П., Довгаль О. А. Міжнародні економічні відносини : підручник. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2015. 464 с.
40. Голиков А. П., Черномаз П. А. Международные экономические термины: словарь-справочник : Харьк. нац. ун-т им. В. Н. Каразина. Киев : Центр учеб. лит., 2008. 376 с.
41. Голиков А. П. Економіко-математичне моделювання світогосподарських процесів: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2006. 144 с.
42. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення 12.02.2019).
43. Длугопольський О. В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння // Економічна теорія. 2011. № 3. С. 83–97.
44. Довгаль О. А. Протекціонізм і лібералізм у процесі глобалізації світової економіки: (Питання теорії і методології) : монографія. Харків : Вид-во Народної української академії (НУА), 2004. 319 с.
45. Дорошкевич А. С., Сук О. Є., Смелянцев А. П. Філософія глобальних проблем сучасності : конспект лекцій. Харків : ХНАДУ, 2014. 174 с.
46. Доугерти К. Введение в эконометрику : книга. Москва : ИНФРА-М, 1997. 312 с.
47. Дуброва Т. А. Статистические методы прогнозирования : учебное пособие. Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2003. 205 с.
48. Дубяга В. М. Туризм как фактор развития приграничных территорий // Проблеми розвитку прикордонних територій та їх участь в інтеграційних процесах: матеріали III міжнар. наук.-практ. Луцьк, 2006. С. 199–203.
49. Дэйвид И. Блум. Управление глобальным здравоохранением [Електронний ресурс]. URL : http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/rus/2007/12/pdf/bloom_RUS.pdf. (дата звернення 01.06.2018).

50. Евстратов А. В., Игнатъева В. С. Ретроспективный обзор процессов слияний и поглощений на мировом фармацевтическом рынке // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2017. № 11 (145). С. 24–31.
51. Економічний словник-довідник / за ред. С. В. Мочерного. Київ : Феміна, 1995. 368 с.
52. Економічна енциклопедія: у трьох томах. Т. 3. / за ред. С. В. Мочерного. Київ : Академія, 2002. 952 с.
53. Єріна А. М. Статистика : підручник. Київ : КНЕУ, 2010. 351 с.
54. Заблоцька Р. О. Світовий ринок послуг : Підручник. Київ : Знання України, 2005. 280 с.
55. Закон України «Про захист прав споживачів», ст.1, п.17, ч.1. [Електронний ресурс]. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12> (дата звернення 11.02.2018).
56. Зарубежное медицинское образование [Електронний ресурс]. URL : http://akvobr.ru/zarubezhnoe_medicinsko_education.html (дата звернення 11.11.2018).
57. Зеркало Недели. [Електронний ресурс]. URL : <http://zn.ua/HEALTH/byudzhet-2017-medicina-za-bortom.html> (дата звернення 11.09.2018).
58. Іващенко О. А., Рубцова М. Ю. Вплив інновацій на розвиток ринку послуг в сфері охорони здоров'я: телемедицина в фокусі лібералізації міжнародної торгівлі послугами // Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки», 2017. [Електронний ресурс]. URL : http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3661 (дата звернення 13.02.2019).
59. Іващенко О. А., Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю. Сфера охорони здоров'я в фокусі міжнародної торгівлі і глобальних проблем розвитку: режими надання послуг в сучасних міжнародних економічних відносинах. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6867> (дата звернення 01.09.2018).

60. Ільницька У. Процес інституціоналізації неурядових міжнародних організацій та перспективи розвитку. [Електронний ресурс]. URL : <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/21118/1/21-119-123.pdf> (дата звернення 01.09.2018).
61. Индейкин Е. Н. Телемедицина – настоящее и будущее // Главный врач. 1997. №3. С. 11–15.
62. Инновационные кластеры США [Електронний ресурс]. URL: http://gossmi.ru/page/gos1_243.htm (дата звернення 01.09.2018)].
63. Интернет-портал «Діалог». [Електронний ресурс]. URL : http://dialogs.org.ua/crossroad_full.phpm_id=4727 (дата звернення 28.08.2018).
64. Кальченко Т. В. Глобальна економіка : навчальний посібник. Київ : КНЕУ, 2006. 248 с.
65. Камінська Т. М. Ринок медичних послуг: досвід теоретико-інституційного аналізу : монографія. Харків : Контраст, 2006. 296 с.
66. Камінська Т. М. Основи економічної теорії для студентів-медиків : підручник. Київ : Медицина, 2010. 288 с.
67. Камінська Т. М. Ринок медичних послуг: формування та закономірності розвитку: автореф. дис. Д-ра екон. наук : спец. 08.01.01 «Економічна теорія». Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2006. 29 с.
68. Камінська Т. М., Ключко Т. Ю. Економічні та правові засади функціонування лікарняних кас у медичному страхуванні // Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». 2015. №1 (16). С. 111–121.
69. Карпов В. А., Кучеренко В. Р. Маркетинг: прогнозування кон'юнктури ринку : навчальний посібник. Київ : Знання, 2001. 215 с.
70. Климко Г. Н., Нестеренко В. П., Каніщенко Л. О. Основи економічної теорії: політ економічний аспект : книга. Київ : Вища школа : Знання, 1997. 743 с.
71. Князевич В. М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : посібник. Київ : Знання, 2009. 438 с.

72. Кобзистий М. О. Інституціональні умови реалізації структурних зрушень у трансформаційній економіці // Науково-технічна інформація. 2005. №2. С. 34–38.
73. Ковтун О. І., Куцик П. О. Глобальна економіка : підручник. Львів : видавництво ЛКА, 2014. 704 с.
74. Колодяжна О. І. Прикладна статистика: проблеми теорії та практики // Збірник наукових праць. 2014. Вип.14. С. 83–95.
75. Корепанок О. С. Статистична оцінка внеску періодичних складових часових рядів при прогнозуванні кон'юнктури аграрного ринку в Україні // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. 2007. №786. С. 153–159.
76. Котлер Ф. Основы маркетинга. Москва : Прогресс, 1990. 622 с.
77. Котлер Ф. Армстронг Г., Дж. Сондерс. Основы маркетинга : учебное пособие. Москва : Вильямс, 2000. 944 с.
78. Кравченко В. І. Основы економічної теорії та практики господарювання : словник термінів ринкової економіки. Харків : ХДМУ, 1995. 112 с.
79. Кривцов О. С., Бережний В. М. Теоретичні основи сучасної економіки : навчальний посібник. Харків : Прапор, 1997. 295 с.
80. Куценко В. І., Богуш Л. Г., Комарова О. А. Остафійчук Я. В. Гуманітарна сфера: питання теорії й практики : монографія. Київ : Науковий світ, 2002. 452 с.
81. Куцин М. А., Зенковський В. Ф. Початки перехідної економіки. Т.1. Від плану – до ринку : навчальний посібник. Харків : Прапор, 2000. 584 с.
82. Лавлок К. Маркетинг услуг: персонал, технология, стратегия. Москва : Вильямс, 2005. 1008 с.
83. Лечение будущего [Електронний ресурс]. URL : <https://www.kiz.ru/content/zdorovelechenie-budushchego> (дата звернення 11.11.2018).
84. Лехан В. М., Загородній В. В., Джафарова Д. М. Структурна перебудова системи медичної допомоги як спосіб підвищення ефективності

використання ресурсів охорони здоров'я //Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. 2001. С. 58–79.

85. Макконелл К. Р., Брю С. Л. Экономикс: Принципы, проблемы и политика : учебник для вузов. Москва : Республика, 1992. 400 с.

86. Малахова Н. Г. Маркетинг медицинских услуг : книга. Москва : Книжний мир, 1998. 160 с.

87. Малярець Л. М. Вимірювання ознак об'єктів в економіці: методологія : монографія. Харків : ХНЕУ, 2006. 384 с.

88. Мамалуй О. О., Титаренко О. М. Тест та словник основних категорій з навчальної дисципліни «Основи економічної теорії» : посібник. Харків : Нац. Юрид.акад. ім. Ярослава Мудрого, 2004. 70 с.

89. Маркова В.Д. Маркетинг услуг : книга. Москва : Филин, 1996. 224 с.

90. Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. 2-е изд. Т. 26. Ч. 1. Москва : Политическая литература, 1962. 476 с.

91. Марченко О. С. Консалтингові ресурси національних інноваційних систем. Економіко-теоретичний аналіз: монографія. Харків : Право, 2008. 280 с.

92. Масааки Имаи. Кайдзен. Ключ к успеху японских компаний. Kaizen: Thekey of Japans Competitive Success : книга, Москва : Альпина Паблишер, 2009. 280 с.

93. Медицинский словарь (Oxford). Том 1 (А-М): Пер. с англ. : книга. Москва : Вече, 2001. 592 с.

94. Международные экономические отношения: Теория и политика : книга. Киев : Центр учебной литературы, 2013. 360 с.

95. Мельник Л. Г. Информационная экономика: уч. пособие. Сумы : Университетская книга, 2003. 288 с.

96. Міжнародні економічні відносини : підручник /за ред. А. П. Голікова, О. А. Довгаль. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2015. 464 с.

97. Міжнародний медичний довідник освіти (IMED) [Електронний ресурс]. URL : <http://www.faimer.org/resources/mapping.html> (дата звернення 11.10.2017).

98. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. URL : <http://moz.gov.ua> (дата звернення 23.08.2018).
99. Мировая экономика : учебное пособие для вузов. Москва : Норма, 2002. 280 с.
100. Мобільна охорона здоров'я. Нові горизонти охорони здоров'я через технології мобільного зв'язку[Електронний ресурс]. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87688/1/9789244564257_rus.pdf?ua=1 (дата звернення 22.06.2018).
101. Модели систем здравоохранения мира[Електронний ресурс]. URL : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98311/E74485R.pdf (дата звернення 11.01.2018).
102. Москаленко В. Ф., Гульчій О. П., Таран В. В. Економіка охорони здоров'я : підручник. Вінниця : Нова книга, 2010. 288 с.
103. Мочерный С. В., Симоненко В. К., Секретарюк В. В., Устенко А. А. Основы экономической теории : учебник. Киев : Знання, 2000. 145 с.
104. Новицький В. Є., Бойцун Н. Є. Управління міжнародною економічною діяльністю : навчальний посібник. Інститут світової економіки і міжнародних відносин НАН України, 2010. 615 с.
105. Оболенцева Л. В. Кон'юнктурні дослідження галузевого ринку : підручник. Харків : ХНАМГ, 2010. 249 с.
106. Олефір А., Тіпанов В. Тенденції розвитку міжнародної торгівлі послугами в умовах динамізації конкурентного середовища [Електронний ресурс]. URL : http://ierjournal.com/journals/8-9/2008_8_Olefir_Tipanov.pdf (дата звернення 12.11.2018).
107. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Відом. Верхов. Ради України. 1993. №4. [Електронний ресурс]. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 12.11.2018).
108. Портер М., Тайсберг Э. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат : книга. Киев : Издательство А. Капусты, 2007. 620 с.

109. Про захист економічної конкуренції. Закон України від 11 січня 2001 р. №2210-III. Верховна Рада України. Законодавство України [Електронний ресурс]. URL : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2657-12> (дата звернення 12.04.2018).

110. Пустовійт Р. Ф. Інституціональне середовище підприємництва в трансформацій економіці : книга. Черкаси : Брама-Україна, 2006. С. 353.

111. Проект Закону України про внесення змін до Ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я (реєстр. № 2190 від 13.09.2002) [Електронний ресурс]. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2204-19> (дата звернення 12.10.2018).

112. Радзієвська С. О. Глобальна економіка: конспект лекцій для студентів економічних напрямів підготовки усіх форм навчання : книга. Київ : СІК ГРУП УКРАЇНА, 2015. 344 с.

113. Райзберг Б. А., Лозовский Л. Ш., Стародубцева Э. Б. Современный экономический словарь : словарь. Москва : ИНФРА-М, 1996. 298 с.

114. Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю. Порівняльна та конкурентна переваги в міжнародному бізнесі: теоретико-методологічні підходи до пошуку їхнього синтезу // Міжнародні відносини. Сер. «Економічні науки»: збірник наукових праць, 2016. [Електронний ресурс]. URL : http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3516/318 (дата звернення 11.01.2019).

115. Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю., Іващенко О. А. Проблема комерціалізації медичних послуг й дотримання конкуренції в сфері охорони здоров'я: механізми викривлення ринку та особливості їхньої протидії // Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки», 2018. [Електронний ресурс]. URL : http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3637 (дата звернення 12.02.2018).

116. Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю., Іващенко О. А. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації // Ефективна економіка,

2018 [Електронний ресурс]. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277> (дата звернення 12.02.2018).

117. Резнікова Н. В., Рубцова М. Ю., Іващенко О. А. Про співвідношення понять лікувального і оздоровчого туризму в контексті оцінки потенціалу міжнародного ринку медичних послуг // Ефективна економіка, 2018 [Електронний ресурс]. URL : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6278> (дата звернення 12.02.2018).

118. Реформа системи охорони здоров'я США. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.healthcare.gov/> (дата звернення 11.09.2018).

119. Рикардо Д. Сочинения. Т. 1. Начало политической экономии и налогового обложения : книга. Москва : Госполитиздат, 1955. 360 с.

120. Рожкова Е. В. Медицинские услуги: понятие и особенности // Современные исследования социальных проблем. 2011. №3. С. 39–55, С. 54

121. Румянцев А. П., Коваленко Ю. О. Світовий ринок послуг : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 456 с.

122. Румянцев А. П., Коваленко Ю. О. Організація міжнародної торгівлі послугами : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 109 с.

123. Садовничий В. А. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире : книга. Москва : Экономика, 2012. 296 с.

124. Сайт Міністерства охорони здоров'я США. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.healthcare.gov/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period> (дата звернення 10.02.2018).

125. Семигіна Т.В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : книга. Київ : Києво-Могилянська академія, 2013. 400 с.

126. Сивилькин В. А., Кузнецова В. Е. Статистический анализ структуры социально-экономических процессов и явлений : учебное пособие. Оренбург : ГОУ ВПО ОГУ, 2002. 99 с.

127. Служба статистики України. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення 04.10.2018).

128. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов : книга. Москва : Издательство социально-экономической литературы, 1962. 684 с.

129. Смотров О. І. Договір щодо платного надання медичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 «Цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право». Харків, 2003. 18 с.

130. Співак І. В. Валютний механізм функціонування глобальної економіки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора екон. наук: спец. 08.00.02 «Світове господарство і міжнародні економічні відносини». Київ. КНУ, 2015. 37 с.

131. Стаття 19 Основ законодавства України «Про охорону здоров'я». [Електронний ресурс]. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 10.01.2018).

132. Столяров С. А. Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления : монография. Барнаул : Аз Бука, 2005. 269 с.

133. Столяров Г. С. Соціальна статистика : навчально-методичній посібник для самостійного вивчення дисципліни. Київ : КНЕУ, 2003. 195 с.

134. Столярчук Я. М. Глобальні асиметрії економічного розвитку : книга. Київ : КНЕУ, 2009. 302 с.

135. Сэй Ж.-Б. Трактат по политической экономии. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/16936> (дата звернення: 24.02.2018).

136. Ткаченко Л. В. Маркетинг послуг: підручник. Дніпро : Видавництво ДУЕП, 2002. 192 с.

137. Тлумачний словник економіста : словник. Київ : ЦУЛ, 2009. 264 с.

138. Толстанов О. К., Корж В. П., Мохорєв В. А. Методика розрахунку тарифів на медичні послуги та медичну допомогу в закладах охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.umj.com.ua> (дата звернення 12.10.2018).

139. Українська асоціація медичного туризму. [Електронний ресурс]. URL : <http://uamt.com.ua/UA/deyatelnost-uk/novini/183-rozvitok-medichnogo-turizmu-i-likuvannya-za-kordonom.html> (дата звернення 23.10.2018).
140. Укрепление здоровья учащихся в школах: от информации к действиям [Електронний ресурс] URL : http://www.who.int/school_youth_health/ (дата звернення 10.10.2018).
141. Управление организацией: энциклопедический словарь. Москва : Альпина Паблишер, 2009. 588 с.
142. Управление технологией и инновациями в Японии. Management of Technology and Innovation in Japan : сборник статей / ред. К. Херстатт. Москва : Волтерс Клувер, 2009. 512 с.
143. Федорович Р. Маркетинговий аналіз кон'юнктури ринку // Галицький економічний вісник. 2009. №2. С. 47-52.
144. Філіпенко А. С., Вергун В. А., Бураківський І. В., Сікора В. Д. Економіка зарубіжних країн : підруч. для студ. екон. спец. вищ. закл. освіти. Київ : Либідь, 1998. 416 с.
145. Філіпенко А. С. Глобальні форми економічного розвитку: історія і сучасність : книга. Київ : Знання, 2007. 670 с.
146. Финансирование систем здравоохранения. [Електронний ресурс] URL : http://www.rgwto.com/faqid=51058&topic_id=2971&full_mode=1 (дата звернення 16.04.2018).
147. Фінансовий словник трейдера [Електронний ресурс]. URL : <http://univer.ua/ru/glossary/> (дата звернення 15.04.2018).
148. Хаксевер К., Рендер Р., Рассел Р., Мердик Р. Управление и организация в сфере услуг : книга. СПб. Питер, 2002. 752 с.
149. Шейман И. М. Зарубежный опыт реализации рыночных моделей здравоохранения [Електронний ресурс]. URL : <http://www.zdrav.ru/articles/8137-zarubejnyu-opyt-realizatsii-rynochnyh-modeley-zdravoohraneniya> (дата звернення 15.04.2018).

150. Шейман И. М., Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении : книга. Москва : Издательский дом ГУ ВШЭ, 2008. 317 с.
151. Шевченко Л. С. Основы економічної теорії : підручник. Харків : Право, 2008. 448 с.
152. Шевченко Л. С. Нематеріальна економіка та управління формуванням і використанням інтелектуального капіталу // Вісник НУ «Юрид. акад. України імені Ярослава Мудрого». Серія: Екон. теорія та право. 2013. №3(14). С. 318.
153. Шевченко Л. С., Гриценко О. А., Камінська Т. М. Безпека людського розвитку в правовій, соціальній державі : монографія. Харків : НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого», 2013. 850 с.; с. 202.
154. Щербань В. М. Маркетинг: навч. посібник. Київ : ЦНЛ, 2008. 208 с.
155. Щербаченко Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). 2010. №1(48). С. 168–173, С. 170.
156. Шовкун І. А. Високотехнологічні послуги у зовнішній торгівлі: світовий досвід та українські реалії // Економіка України. 2013. №9. С. 47–72.
157. Шутов М. М. Экономические основы рыночного здравоохранения : книга. Донецк : Лебедь, 2002. 195 с.
158. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с., С. 287.
159. Эванс Дж., Берман Б. Маркетинг : книга. Москва : Альпина Паблишер, 1999. 482 с.
160. Экономикс: Англо-русский словарь-справочник. Москва : Альпина Паблишер, 1994. 485 с.
161. Экономическая энциклопедия : книга. Москва : Экономика, 1999. 696 с.
162. Эрроу К. Дж. Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения. Вехи экономической мысли [Електронний ресурс]. URL : [http:](http://)

// www.seinstitute.ru/Files/veh4-2-8_arrow_p293-338.pdf (дата звернення 11.01.2018).

163. Ян Тинберген. Предложения по поводу международной экономической политики [Электронный ресурс]. URL : http://www.seinstitute.ru/Files/Veh6-29_Tinbergen.pdf (дата звернення 15.06.2018).

164. Adeyi O., Chellaraj G., Goldstein E., Preker A. Health status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse? Health Policy Plan. 1997. P. 132–145.

165. Ambulance Access for All [Электронный ресурс]. URL: http://www.1298.in/about_us.htm (дата звернення 18.01.2018).

166. Anantraman V. Open source handheld-based EMR for paramedics working in rural areas. In: AMIA Annual Symposium Proceedings. Washington DC : AMIA, 2002. P. 12–16.

167. Apollo Hospitals Enterprise Limited [Электронный ресурс]. URL: <http://www.apollohospitals.com/hospitals-in-india/other-locations.html> (дата звернення 14.01.2018).

168. Ari Mwachofian and Assaf F. Al-Assaf, Health Care Market Deviations from the Ideal Market [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210041/> (дата звернення 27.08.2018).

169. Bain J. S. Relation of profit rate to industry concentration: American manufacturing 1936-1940. Quarterly journal of economics. 1951. №65. P. 293–324.

170. BCC Research [Электронный ресурс]. URL : <http://www.bccresearch.com>(дата звернення 10.11.2018).

171. Bloomberg Рейтинг країн світу з ефективності систем охорони здоров'я у 2014 році [Электронный ресурс]. URL : <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306> (дата звернення 21.06.2018).

172. Bostoen K. Methods for health surveys in difficult settings: charting progress, moving forward. Emerging The mesin Epidemiology, 2007. 4 (13). 296 P.

173. Bruce Einhorn Outsourcing the Patients. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.businessweek.com> (дата звернення 11.08.2018).

174. Business-dictionary [Электронный ресурс]. URL : <http://www.businessdictionary.com/definition/services.html> (дата звернення 23.05.2018).
175. Chanda R. Trade in health services. World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health, Geneva. 2010.
176. Chanda R. Trade in health services. Bulletin of the World Health Organization, 2012. №80 (2). P. 158–163.
177. Chen Z. Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial// Journal of Zhejiang University SCIENCE. Bio medicine & Bio technology, 2008. 9 (1). P. 34–38.
178. Clever A., Perkins D. Economics for Health care Management. England, London : Prentice Hall. Financial Times, 1998. P.31.
179. Corker J. Ligne Verte Toll-Free Hotline: using cell phones to increase access to family planning information in the Democratic Republic of Congo. Cases in Public Health Communication & Marketing, 2010, 4. P. 23–37.
180. Coyle D., Meier P. New technologies in emergencies and conflicts: the role of information and social networks. Washington, D.C. and London UK: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership.
181. Davi Sridhar, Chelsey Clinton. Control over global health. Finance & Development, Rel. 51, Vol. 4, 2014. P. 26–30.
182. Deaton A. Health in age of globalization. Brookings Trade Forum, 2004. P. 83–130.
183. Deloitte [Электронный ресурс]. URL : <http://www2.deloitte.com/kz/ru/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017/global-health-care-sector-outlook.html> (дата звернення 15.04.2018).
184. Department of Health and Human services 2017. Justification of Estimates for Appropriations Committees [Электронный ресурс]. URL : <http://www.hrsa.gov/sites/default/files/about/budget/budgetjustification2017.pdf>. (дата звернення 16.01.2018).

185. Diderichsen F., Evans T. Whitehead M. The social basis of disparities in health. In *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York : Oxford University Press, 2001. P. 13–23.

186. Dolan B. MHI startup boasts 150 K-paying-mhealth users. *Mobi health news* [Електронний ресурс]. URL : <http://http:mobilhealthnews.com/6381/mhi-startup-boasts-150K-paying-mhealth-users> (дата звернення 15.01.2018).

187. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988. Vol. 260. P. 1743–1748.

188. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *MMFQ*. 1966. Vol. 44. P. 166–206.

189. Drager N., Filder D. P. *Managing Liberalization on Trade in Services from Health Policy Perspective*. Trade and health notes. Geneva, 2000.

190. DTTL Global Life Science and Health Care (LSHC) Industry Group analysis of The World Health Organization Global Health Expenditure data base [Електронний ресурс]. URL : <http://apps.who.int/nha/database> (дата звернення 12.04.2018).

191. Ellen R. Shaffer, Joseph E. Brenner, MA *Trade and Health: Reformulating Global Governance to Advance Public Health* // Center for Policy Analysis on Trade and Health, 2005.

192. Elsner J. *Singular Spectrum Analysis. A new Tool in Time Series Analysis* / J. Elsner, A. Tsonis. New York, 1996. 163 p.

193. *Essential medicine*. [Електронний ресурс]. URL : <http://www.essentialmedicine.net/imgessential/medicaleducation/inIndia/php> (дата звернення 25.05.2017).

194. Fairhurst K., Sheikh A. Texting appointment reminders to repeated non-attenders in primary care: randomized controlled study. *Quality and Safety in Health Care*, 2008. 17(5). P. 373–376.

195. Gaponova E. O. Indicators of development of medical tourism in the world // *Економіка і фінанси*. 2017. Вип. 12. С. 123–126.

196. Gaponova E. O. Marketing approaches to the health care services market // *Scientific Journal Virtus*. 2017. №15. P. 247–250.

197. Gaponova E. O. Structure and dynamics of the medical services market in transitive economy // *Матеріали Міжнародної наукової Інтернет - конференції, присвяченої 75 - річчю кафедри суспільних наук ХНМУ «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я»* (м. Харків, 4 – 11 листопада 2013 р.). Харків : ХНМУ, 2013. С. 86–87.

198. Gaponova E. O. Generation of medical social renovation // *Збірник тез Міжвузівської конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття»* (м. Харків, 15 – 16 січня 2013 р.). Харків : ХНМУ, 2013. С. 307–309.

199. Gaponova E. O. Peculiarities of voluntary health insurance in Ukraine // *Матеріали II Міжнародної наукової Інтернет - конференції, присвяченої 210 - річчю ХНМУ* (м. Харків, 4 – 11 листопада 2014 р.). Харків : ХНМУ, 2014. С. 49–50.

200. Gaponova E. O. Financing health care in Ukraine // *Матеріали III міжнародної наукової Інтернет – конференції «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я»* (м. Харків, 2 – 9 листопада 2015 р.). Харків : ХНМУ, 2015. С. 79.

201. Gaponova E. O. Social marketing as instrument of health care sphere reformation // *Збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень»* (м. Львів, 3 – 4 липня 2015 р.). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2015. С. 22–24.

202. Gaponova E. O. Strategic priorities of Ukraine in the world market of medical services // *Proceedings of the international scientific-practical conference «Integration of business structures: strategies and technologies»* (Tbilisi, Georgia, 23 February 2018). Georgia : Sul Khan-Saba Orbeliani Teaching University, 2018. P. 4–5.

203. Glasgow R. E., Fisher E. B., Haire-Joshu D., Goldstein M. G. National Institutes of Health Science Agenda: A Public Health Perspective. *AmJ Public Health*, 2007. Vol. 97. №11. P. 1936–1938.

204. Global Wellness Summit [Електронний ресурс]. URL : <http://www.globalwellnesssummit.com> (дата звернення 01.05.2018).
205. Gronroos K. Service management and marketing: A customer relationship management approach Chiehester. Wiley, 2001, 335 p.
206. Hamilton K., Yau J. The Global Tug-of-War for Health Care Workers. Migration Policy Institute [Електронний ресурс]. URL : <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm> (дата звернення 13.09.2018).
207. Health care systems in Transition. European Observatory on health Care Systems. WHO, Regional Office for Europe : Copenhagen, 2000. 100 p.
208. Health care system in USA [Електронний ресурс]. URL : <http://solidarity.org/week-them/life-simple-newjersey/health.html> (дата звернення 09.09.2018).
209. History of Medical Tourism [Електронний ресурс]. URL : <http://www.understanding-medical-tourism.com/history-of-medical-tourism.php> (дата звернення 12.06.2018).
210. Hsien C. Tele-consultation with the mobile camera-phone in digital soft-tissue injury: a feasibility study. Plastic and Reconstructive Surgery, 2014, 114 (7). P. 584–587.
211. Hurling R. et al. Using Internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research, 2011, 9 (2).
212. Independent Market Research on the Global Healthcare Services (HCS) Industry / Frost & Sullivan, 1 June 2012. P. 21.
213. International Monetary Fond [Електронний ресурс]. URL : <http://www.imf.org/external/russian/index.htm> (дата звернення 17.10.2018).
214. Ivatury G., Moore J., Bloch A. A doctor in your pocket: health hotlines in developing countries. Innovations: Technology, Governance, Globalization, 2009, 4(1). P. 119–153.
215. Joint Commission International [Електронний ресурс] URL : <http://www.jointcommissioninternational.org> (дата звернення 19.03.2018).

216. Kaspar C. Wprowadzenie do zarra dzania wturystyce. Warszawa, 1992. S. 7.
217. Kobusingye O. Emergency medical systems in low-and middle-income countries: recommendations for action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005. 83(8). P. 626–631.
218. Labonté R., Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background [Электронный ресурс]. URL : <http://www.globalizationandhealth.com/content/3/1/5> (дата звернення 11.09.2018).
219. Levine Detal. SEXINFO: A sexual health text messaging service for San Francisco youth // *American Journal of Public Health*. 2016. 98 (3). P. 393–395.
220. Life in transition survey. European bank [Электронный ресурс]. URL : [http:// www.ebrd.com/downloads/research/surveys/litsr.pdf](http://www.ebrd.com/downloads/research/surveys/litsr.pdf) (дата звернення 02.02.2018).
221. Li J. Mobile phones and the Internet as quitting smoking aids. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 2009. P. 204–218.
222. Lovelock C. N., Wirtz J. *Services Marketing – People, Technology, Strategy*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ, 2006. 648 p.
223. Lukianenko D. G. Kalchenko T. V. Global management strategies. *International Economic Policy*. 2008. № 8-9. P.5–35. [Электронный ресурс]. URL : [http:// iepjournal.com/journals_eng/8-9/2008_2_LUKIANENKO.pdf](http://iepjournals.com/journals_eng/8-9/2008_2_LUKIANENKO.pdf) (дата звернення 24.07.2018).
224. Mark R. Telemedicine System: The Missing Link between Homes and Hospital. *Mod. Nurs. Home*, 1974. №32. P. 39-42.
225. Measuring the in formation society – the ICT Development Index. Geneva, International Telecommunications Union [Электронный ресурс]. URL : [http:// www.itu.in/ITU-D/ict/publications/idi/2009/Index.html](http://www.itu.in/ITU-D/ict/publications/idi/2009/Index.html) (дата звернення 05.09.2018).
226. Mechael P. N. Exploring health-related uses of mobile phones: an Egyptian case study. *Journal of Public Health&Policy*. London, 2006. 264 p.
227. Medical Tourism Association. [Электронный ресурс]. URL : [http:// www.medicaltourismassociation.com/ru/index.html](http://www.medicaltourismassociation.com/ru/index.html) (дата звернення 20.02.2018).

228. Medical tourism Index. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.medicaltourismindex.com/overview/destination-ranking/> (дата звернення 19.08.2018).

229. Mediciens Sain Frontiers. [Электронный ресурс]. URL : <http://msf.org> (дата звернення 15.04.2018).

230. Milne R. G. Home M., Torsney B. SMS reminders in the UK national health service: an evaluation of its impact on «no-shows» at hospital out-patient clinics. *Health Care Management Review*, 2006. 31(2). P. 130–136.

231. Mittelman M., Hanaway P. Globalization of Healthcare. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833491> (дата звернення 12.08.2018).

232. Montoia Agiliar S., Remer M. Quality of medical services. *Glossary of World organization of health care*, 2000. 107 p.

233. OECD Health Date [Электронный ресурс]. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/4/38980557.pdf> (дата звернення 07.07.2018).

234. Olliver L. Use of short message services to improve malaria chemoprophylaxis compliance after returning from a malaria endemic area. *Malaria Journal*, 2011, P. 236.

235. Oxford Economics. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.oxfordeconomics.com/forecasts-and-models/cities/middle-east-and-african-cities-and-regions/overview> (дата звернення 15.04.2018).

236. Panamedical Consulting. Языковой барьер между врачами и пациентами в США [Электронный ресурс]. URL : <http://www.intmedtourism.com/ru/news/167.html> (дата звернення 01.12.2018).

237. Patients protection and affordable care [Электронный ресурс]. URL : <http://www.democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf> (дата звернення 10.09.2018).

238. Queens University Belfast [Электронный ресурс]. URL : <http://www.qub.ac.uk/telemed/tmed/tmed99.html> (дата звернення 15.06.2018).

239. Reassessing the Impacts of Brain Drain on Developing Countries. By Dhananjayan Sriskandarajah Institute for Public policy Research. [Электронный ресурс]. URL : [http:// www.migrationinformation.org/feature/display.efm](http://www.migrationinformation.org/feature/display.efm) (дата звернення 19.03.2018).

240. Resolution WHA 58.28. eHealth. In: Fifty – eighth World Health Assembly, Geneva. [Электронный ресурс]. URL : [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf) 18 (дата звернення 20.05.2018).

241. Robertson R., Scholte J. A. Encyclopedia of Globalization. N.Y., 2007. Vol. 2. XVII, 845 p.

242. Schmidt S. K. Liberalisierung in Europa. Die Rolle der Europäischen Kommission. Frankfurt, 1998. 403 p.

243. Singelmann J. From Agriculture to Service: The transformation of Industrial Employment. Beverly Hills, 1978. 78 p.

244. Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. [Электронный ресурс]. URL : [http:// www.bago.com.bo/sbcq/index.html](http://www.bago.com.bo/sbcq/index.html) (дата звернення 01.02.2018).

245. STOMP-TELUS' Smoking Cessation Program: helping smokers quit the habit by using their mobile phone. Telus Health Solutions. [Электронный ресурс]. URL : http://telushealth.com/en/solutions/consumer_health/docs/STOMP_Overview.pdf (дата звернення 03.03.2018).

246. Stroermann V. Enabling smart integrated care: recommendations for fostering greater interoperability of personal health systems. Brussels. [Электронный ресурс]. URL : [http:// sph.continuaalliance.org](http://sph.continuaalliance.org) (дата звернення 14.04.2018).

247. Sutton J. Sunk costs and market structure: price competition, advertising, and the evolution of concentration. Cambridge, 1991. 577 p.

248. Telemedicine Information Exchange. [Электронный ресурс]. URL : http://tie.telemed.org/articles.aspx?path=telemed101&article=tmcoming_nb_tie96.xml (дата звернення 29.09.2018).

249. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Denmark, 2015. 182 p.

250. The European Surveillance System (Tessy). Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control. [Электронный ресурс]. URL : http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/Pages/Surveillance_Tessy.aspx (дата звернення 10.11.2018).

251. The Official site of The World Bank. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.worldbank.org> (дата звернення 05.03.2018).

252. The Official site of World Trade Organization, Trade Map: «Trade Statistics for International Business Development». [Электронный ресурс]. URL : <http://www.trademap.org> (дата звернення 19.06.2018).

253. The Single Global Currency Association [Электронный ресурс]. URL : <http://www.singleglobalcurrency.org/index.html> (дата звернення 11.01.2018).

254. The World Bank [Электронный ресурс]. URL : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/> (дата звернення 04.05.2018).

255. The World Health Organization. [Электронный ресурс]. URL : <http://apps.who.int/gho/data/node.country> (дата звернення 15.05.2018).

256. The World Health Organization. [Электронный ресурс]. URL : http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs301/en/index.html (дата звернення 19.07.2018).

257. The World Health Report 2013: research for universal health coverage [Электронный ресурс]. URL : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/17/9789240690868> (дата звернення 01.07.2018).

258. United Nations Organization. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr.pdf> (дата звернення 07.07.2018).

259. United Nations Development Programme. Human Development Indices, 2018. URL:<http://hdr.undp.org/en/2018-update>

260. Vellinga J. International Trade, Health Systems and services: A Health Policy Perspective. Department of Foreign Affairs and International Trade in Trade Policy Research. Canada, 2015, P.137–187.

261. Vital Wave Consulting. mHealth for development: The opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington DC, and Berkshire. [Электронный ресурс]. URL : [http: // vitalwaveconsulting.com/pdf/mHealth.pdf](http://vitalwaveconsulting.com/pdf/mHealth.pdf) (дата звернення 12.08.2018).

262. William T., Karen LeBan, Laura C. Altobelli, Bette Gebrian, Jahangir Hossain, Judy Lewis, Melanie Morrow, Jennifer N. Nielsen, Alfonso Rosales, Marcie Rubardt, David Shanklin and Jennifer Weiss. Institutionalizing community-focused maternal, newborn, and child health strategies to strengthen health systems: A new framework for the Sustainable Development Goal era. [Электронный ресурс]. URL : <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles?query=globalization+of+health+care+system&volume=13&searchType=&tab=keyword> (дата звернення 26.03.2018).

263. Wilson M.E. Travel and the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis.*, 1995. 1(2). P. 39–46.

264. Who are the top 10 pharmaceutical companies in the world? (2018) [Электронный ресурс]. URL: <https://www.proclinical.com/blogs/2018-3/the-top-10-pharmaceutical-companies-in-the-world-2018> (дата звернення 01.09.2017).

265. Woodward D. Drager N. Beaglehole R. Lipson D: Globalization and health: framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001. №79. P. 875–881.

266. Yang C. Use of mobile phones in an emergency reporting system for infectious disease surveillance after the Sichuan Earthquake in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(8). P. 619–623.

267. Zeitaml V., Parasuraman A., Berry L. Problems and Strategies in Services Marketing.// *Journal of Marketing*. 1985. Vol. 49. P.33–46.

ДОДАТКИ

Динаміка очікуваної тривалості життя при народженні за країнами світу,
років*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Австрія	80,72	80,57	80,9	81,3	81,5	81,4	81,79	81,5	81,5
Азербайджан	70,3	70,38	70,45	70,55	71,5	66,3	67,0	72,7	73,0
Албанія	78,9	79,64	77,96	77,41	74,0	74,5	75,18	77,8	78,3
Андорра	82,0	82,34	82,51	82,43	84,2	82,75	82,72	84,3	84,8
Арменія	73,67	73,85	74,23	74,34	74,4	72,4	74,37	74,8	74,6
Беларусь	70,57	70,62	70,52	70,77	72,5	72,8	73,37	72,3	72,7
Бельгія	80,0	80,29	80,3	80,9	81,0	80,79	80,9	81,1	81,0
Болгарія	73,41	73,77	73,8	74,3	74,5	74,96	74,5	74,5	74,5
Боснія і Герцеговина	75,9	76,1	76,0	76,7	76,0	77,0	77,54	77,4	76,7
Великобританія	79,97	80,55	80,8	80,9	81,0	81,16	81,18	81,2	80,7
Греція	80,13	80,34	80,7	80,9	80,9	81,0	81,0	81,0	80,5
Грузія	73,5	73,77	74,7	74,6	74,5	75,36	73,08	74,4	76,2
Данія	78,98	79,2	80,0	80,1	79,5	80,39	80,5	80,6	79,4
Ізраїль	81,24	82,07	82,2	82,3	82,3	82,67	82,7	82,5	82,4
Ірландія	79,98	79,98	80,8	81,0	81,4	81,12	81,3	81,4	80,8
Ісландія	81,74	81,92	83,1	83,1	83,3	83,1	82,9	82,7	83
Іспанія	81,52	81,91	82,3	82,5	82,5	83,22	83,35	82,8	81,7
Італія	81,91	82,07	82,5	83,0	83,1	83,0	82,9	82,7	82,2
Казахстан	67,18	68,67	68,6	68,5	68,25	70,76	71,6	70,5	70,8
Кіпр	81,16	81,57	82,2	82,0	81,2	82,55	81,7	80,5	78,7
Киргизстан	68,52	69,13	69,5	69,0	69,0	70,97	71,0	71,1	70,7
Латвія	72,13	72,81	73,7	73,9	74,1	74,42	74,77	74,6	74,5
Литва	71,82	73,01	73,6	75,0	75,9	74,19	74,79	73,6	74,9
Люксембург	81,54	81,55	81,5	81,7	82,0	82,72	83,03	82,0	82,3
Мальта	79,85	80,5	81,5	81,0	81,0	81,97	82,24	81,7	80,4
Монако	81,0	81,2	81,3	81,5	81,7	81,7	81,8	81,9	89,5
Нідерланди	80,67	81,0	81,2	81,5	81,5	81,58	81,7	81,9	81,3
Німеччина	80,29	80,42	80,6	81,0	81,1	80,71	81,26	81,0	80,7
Норвегія	80,94	81,16	81,3	81,5	81,7	81,93	82,33	81,6	81,8
Польща	75,73	75,91	76,6	77,0	77,5	77,21	77,89	77,5	77,6
Португалія	79,55	79,77	80,1	80,7	80,0	80,97	81,0	81,1	79,3
Республіка Македонія	74,51	74,51	75,1	75,1	75,2	75,4	75,7	75,7	76,2
Республіка Молдова	69,42	69,44	69,1	71,0	71,1	72,0	71,6	72,1	70,7
Російська Федерація	67,99	68,76	69,0	70,0	70,5	70,5	70,5	70,5	70,8
Румунія	73,47	73,61	73,8	73,9	74,0	75,7	75,72	75,0	75,1
Сан-Марино	82,9	83,0	83,0	83,2	83,5	83,5	83,3	83,5	83,3
Сербія	73,98	74,07	74,4	74,6	74,9	75,31	75,42	75,6	75,5
Словаччина	75,05	75,42	75,7	76,0	76,3	76,7	77,07	76,7	77,1
Словенія	79,31	79,46	80,0	80,1	80,0	80,0	80,5	80,8	78,2

Таджикистан	67,7	67,7	67,9	67,9	68,0	68,5	68,6	69,7	67,7
Туркменістан	65,5	65,7	65,9	66,0	66,5	71,2	70,0	66,3	70,1
Туреччина	76,1	76,21	77,0	77,2	74,4	78,9	79,0	75,8	74,8
Угорщина	74,23	74,45	74,8	75,2	75,3	75,81	76,02	75,9	75,9
Узбекистан	67,9	68,0	68,0	68,1	68,5	73,2	73,53	69,4	73,8
Україна	68,07	69,7	70,3	71,1	71,3	71,3	71,44	71,3	71,8
Фінляндія	80,04	80,19	80,3	80,8	81,0	81,24	81,35	81,1	80,9
Франція	81,56	81,76	82,0	81,1	82,3	82,61	82,5	82,4	81,8
Хорватія	76,14	76,43	76,9	77,3	77,4	77,85	78,0	78,0	75,9
Чорногорія	75,5	75,63	74,1	74,0	74,5	75,3	76,0	76,1	76,5
Чехія	77,42	77,5	77,8	78,1	78,2	78,4	79,02	78,8	78,6
Швейцарія	82,45	82,49	82,8	82,8	82,8	83,08	83,09	83,1	82,6
Швеція	81,55	81,61	81,8	81,8	81,9	82,11	82,44	82,4	82,1
Естонія	74,44	75,38	76,0	76,6	76,1	77,43	77,47	77,6	76,7
Європейський регіон	75,95	76,36	76,7	77,13	77,42	77,51	77,55	77,8	77,98
ЄС	79,58	79,85	80,16	80,47	80,51	80,67	80,87	80,9	80,96
СНД	68,87	69,69	69,98	70,75	70,9	71,1	71,2	71,32	71,4

* Складено автором за даними [255].

Динаміка рівня народжуваності за країнами світу, на 1000 населення*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	9,34	9,15	9,42	9,31	9,37	9,36	9,56	9,4
Азербайджан	17,21	17,0	18,29	19,19	18,77	18,34	17,88	17,23
Албанія	11,35	11,65	11,69	11,8	12,23	12,34	12,36	11,32
Андорра	10,27	9,94	9,79	9,72	9,55	8,36	8,24	8,01
Арменія	12,73	13,69	13,77	13,26	14,05	13,83	14,28	14,1
Беларусь	11,14	11,3	11,38	11,52	12,25	12,47	12,51	12,5
Бельгія	11,96	11,79	12,0	11,7	11,51	11,24	11,13	10,85
Болгарія	10,19	10,67	10,02	9,55	9,46	9,16	9,36	9,24
Боснія і Герцеговина	8,89	9,0	8,72	8,28	8,48	7,81	7,86	7,7
Великобританія	12,94	12,79	12,97	12,86	12,76	12,15	12,07	12,05
Греція	10,53	10,45	10,15	9,42	9,05	8,58	8,5	8,5
Грузія	12,9	14,37	14	12,94	12,7	12,9	16,27	16,0
Данія	11,85	11,38	11,44	10,71	10,37	10,05	10,17	10,32
Ізраїль	21,47	21,51	21,8	21,43	21,61	21,16	21,37	21,3
Ірландія	16,98	16,66	16,53	16,18	15,75	15,01	14,64	14,6
Ісландія	15,14	15,75	15,43	14,08	14,13	13,36	13,36	13,36
Іспанія	11,4	10,78	10,56	10,23	9,69	9,11	9,17	9,14
Італія	9,52	9,38	9,21	9,11	8,86	8,36	8,1	8,0
Казахстан	21,65	22,45	22,53	22,51	22,69	22,73	23,09	22,69
Кіпр	11,63	11,82	11,75	11,33	11,76	10,84	10,85	10,8
Киргизстан	24,25	25,17	27,46	27,13	27,63	27,19	27,73	27,44
Латвія	11,21	10,29	9,43	9,14	9,78	10,23	10,91	10,9
Литва	9,86	10,17	9,9	10,0	10,19	10,1	10,36	10,3
Люксембург	11,45	11,33	11,59	10,88	11,35	11,25	10,91	10,78
Мальта	9,8	9,77	9,4	10	9,84	9,52	9,81	9,8
Монако	27,02	26,69	26,69	27,01	27,09	26,64	25,68	25,77
Німеччина	8,31	8,12	8,29	8,1	8,22	8,46	8,83	8,8
Нідерланди	11,23	11,19	11,1	10,79	10,5	10,2	10,39	10,3
Норвегія	12,69	12,8	12,57	12,16	12,01	11,61	11,5	11,33
Польща	10,87	10,95	10,86	10,21	10,15	9,72	9,87	9,8
Португалія	9,91	9,41	9,59	9,17	8,54	7,95	7,92	7,9
Республіка Македонія	11,21	11,55	11,82	11,03	11,41	11,16	11,37	11,31
Республіка Молдова	10,93	11,44	11,36	11,01	11,08	10,64	10,86	10,83
Російська Федерація	10,45	10,18	10,38	11,33	12,07	12,41	12,33	12,57
Румунія	10,32	10,36	9,9	9,19	9,43	9,28	8,77	8,69
Сан-Марино	9,52	9,55	9,1	10,15	9,02	9,88	9,37	8,19
Сербія	9,4	9,6	9,37	9,06	9,34	9,15	9,32	9,31
Словацьчина	10,61	11,3	11,12	11,27	10,27	10,13	10,16	10,15
Словенія	10,67	10,6	10,83	10,59	10,55	10,09	10,07	10,5
Таджикистан	27,86	26,82	31,89	29,06	27,77	25,94	27,79	27,71

Туркменістан	22,84	25,42	28,67	29,96	30,43	30,85	31,7	31,22
Туреччина	17,92	17,54	17,17	16,73	17,12	16,87	16,81	16,79
Угорщина	9,88	9,62	9,03	8,83	9,1	8,96	9,27	9,0
Узбекистан	23,66	23,46	22,23	21,23	20,99	22,47	23,34	23,27
Україна	11,08	11,17	10,89	11,04	11,47	11,13	10,88	10,8
Фінляндія	11,2	11,32	11,37	11,13	10,99	10,69	10,48	10,4
Франція	12,78	12,65	12,75	12,54	12,44	12,25	12,18	12,15
Хорватія	9,87	10,06	9,82	9,36	9,79	9,38	9,34	9,3
Чорногорія	13,13	13,68	11,97	11,64	12,02	12,03	12,11	12,1
Чехія	11,46	11,28	11,14	10,35	10,33	10,16	10,44	10,4
Швейцарія	10,03	10,11	10,26	10,21	10,27	10,23	10,39	10,35
Швеція	11,86	12,02	12,33	11,83	11,89	11,73	11,89	11,72
Естонія	11,99	11,81	11,89	11,06	10,63	10,27	10,31	20,31
Європейський регіон	12,65	12,65	12,65	12,46	12,47	12,31	12,42	12,41
ЄС	10,84	10,7	10,67	10,39	10,27	9,99	10,02	10,07
СНД	14,58	14,9	15,01	15,06	15,15	15,23	15,45	15,5

* Складено автором за даними [255].

Динаміка рівня смертності за країнами світу, на 1000 населення*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	9,02	9,28	9,23	9,12	9,43	9,38	9,16	9,15
Азербайджан	5,58	5,69	6	5,97	5,88	5,71	5,8	5,84
Албанія	4,93	5,27	5,79	5,68	5,79	5,66	5,48	5,35
Андорра	-	-	-	-	-	-	-	-
Арменія	8,48	8,5	8,58	8,56	9,13	-	9,2	-
Беларусь	13,83	13,97	14,45	14,26	14,23	13,24	12,83	12,6
Бельгія	9,69	9,62	9,7	9,48	9,83	9,78	9,6	8,81
Болгарія	14,5	14,25	14,62	14,6	14,96	14,36	14,38	14,4
Боснія і Герцеговина	-	-	-	9,12	-	-	9,4	-
Великобританія	9,44	9,06	9,02	8,79	8,93	8,99	8,99	8,97
Греція	9,61	9,6	9,65	9,83	10,52	10,58	10,47	10,61
Грузія	10,5	10,57	10,71	11,11	10,99	10,82	13,17	13,0
Данія	9,89	9,88	9,75	9,38	9,31	9,28	9,28	9,3
Ізраїль	5,37	5,16	5,17	5,24	5,29	5,15	5,18	5,2
Ірландія	6,39	6,48	6,39	6,22	6,36	6,42	6,5	6,63
Ісландія	6,05	6,34	6,31	6,23	6,21	6,25	6,22	6,27
Іспанія	8,47	8,38	8,29	8,41	8,62	8,38	8,52	8,55
Італія	9,72	9,78	9,67	10,01	10,3	10,4	10,2	10,1
Казахстан	9,74	8,97	8,94	8,71	8,51	8,0	7,63	7,47
Кіпр	6,57	6,38	6,11	6,18	6,37	6,12	6,16	6,18
Киргизстан	7,18	6,67	6,64	6,52	6,45	6,1	6,1	6,1
Латвія	14,25	13,98	14,34	13,86	14,28	14,25	14,14	14,18
Литва	13,71	13,29	13,6	13,55	13,7	14,03	13,73	13,81
Люксембург	7,03	7,09	7,14	7,18	7,01	6,76	6,66	6,56
Мальта	7,92	7,81	7,26	7,85	8,15	7,64	7,65	7,65
Монако	-	-	-	-	-	-	-	-
Німеччина	10,28	10,44	10,5	10,42	10,62	11,08	10,72	10,78
Нідерланди	8,22	8,12	8,19	8,13	8,4	8,41	8,4	8,4
Норвегія	8,75	8,56	8,48	8,34	8,35	8,11	7,85	7,7
Польща	9,95	10,09	9,95	9,87	10,11	10,18	9,91	9,9
Португалія	9,92	9,93	10,05	9,78	10,27	10,22	10,1	10,11
Республіка Македонія	8,31	8,89	8,88	8,83	9,04	9,27	9,29	9,3
Республіка Молдова	11,75	11,82	12,25	11,03	11,11	10,7	11,11	11
Російська Федерація	14,62	14,17	14,2	13,47	13,6	13,58	13,59	13,41
Румунія	11,77	11,98	12,12	11,77	11,99	11,18	11,43	11,3
Сан-Марино	7,32	7,35	7,52	7,57	7,34	7,3	7,18	7,12
Сербія	13,97	14,21	14,16	14,22	14,22	14,0	14,2	14,2
Словаччина	9,83	9,77	9,84	9,8	9,7	9,62	9,48	9,5
Словенія	8,98	9,18	9,08	9,06	9,06	9,07	9,07	9,07
Таджикистан	4,28	4,14	4,23	4,07	3,99	4,18	4,16	4,11
Туркменістан	7,01	7,06	6,53	6,3	6,3	6,33	6,0	5,66

Туреччина	5,11	5,12	5,0	5,06	4,27	4,7	4,73	4,71
Угорщина	12,95	13,01	13,05	12,92	13,05	12,81	12,8	12,8
Узбекистан	5,5	5,31	5,4	5,42	5,32	5,08	4,87	5,37
Україна	16,37	15,41	15,28	14,6	14,6	14,6	14,76	14,76
Фінляндія	9,24	9,35	9,49	9,38	9,56	9,46	9,6	9,7
Франція	8,55	8,58	8,61	8,49	8,79	8,72	8,74	8,71
Хорватія	11,76	11,83	11,79	11,59	12,12	11,84	11,99	12
Чорногорія	9,08	9,29	8,77	8,9	9,2	9,17	9,37	9,3
Чехія	10,06	10,24	10,16	10,18	10,29	10,39	10,04	10,06
Швейцарія	8,01	8,06	8,01	7,85	8,02	8,03	8,02	8,01
Швеція	9,93	9,7	9,65	9,52	9,66	9,43	9,19	9,2
Естонія	12,47	12,06	11,85	11,45	11,64	11,66	11,77	11,8
Європейський регіон	10,24	10,08	10,06	9,86	9,86	9,9	9,8	9,88
ЄС	9,74	9,73	9,72	9,66	9,89	9,89	9,82	9,8
СНД	12,7	12,21	12,2	11,63	11,58	11,58	11,44	11,4

* Складено автором за даними [255].

Динаміка частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП за країнами світу, % *

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	10,6	11,19	11,6	11,3	11,5	11,5	11,6	11,6
Азербайджан	4,37	5,85	5,3	5,0	5,4	5,3	5,4	5,4
Албанія	5,87	5,79	5,5	6,0	6,0	6,1	6,0	6,1
Андорра	6,57	6,76	7,2	7,2	8,3	8,0	8,0	8,0
Арменія	3,8	4,55	4,6	3,7	4,5	4,6	4,6	4,6
Беларусь	5,95	6,09	5,6	4,9	5,0	5,0	5,0	5,0
Бельгія	9,6	10,39	10,5	10,5	10,8	10,8	10,9	10,9
Болгарія	6,61	6,78	7,6	7,3	7,4	7,4	7,3	7,3
Боснія і Герцеговина	8,58	9,64	9,8	9,9	9,9	9,9	9,9	9,9
Великобританія	9,5	9,5	9,6	9,4	9,4	9,4	9,6	9,4
Греція	9,76	9,76	9,4	9,0	9,3	7,4	7,4	9,1
Грузія	8,99	10,19	10,1	9,4	9,2	9,0	9,3	9,2
Данія	10,18	11,47	11,1	10,9	11,2	11,3	11,2	11,2
Ізраїль	7,33	7,46	7,6	7,6	7,5	7,3	7,0	7,0
Ірландія	8,64	9,53	9,3	8,8	8,1	8,1	8,5	8,5
Ісландія	8,8	9,12	9,4	9,2	9,1	9,1	9,0	9,0
Іспанія	8,8	9,52	9,6	9,3	9,6	9,6	9,5	9,9
Італія	8,89	9,41	9,4	9,2	9,2	9,0	9,0	9,0
Казахстан	3,65	4,13	4,3	3,9	4,2	4,2	4,1	4,0
Кіпр	6,89	7,4	7,4	7,4	7,3	7,2	7,2	7,2
Киргизстан	6,07	6,79	6,7	6,2	7,1	7,1	7,0	7,0
Латвія	6,63	6,84	6,5	6,0	6,0	6,0	6,1	4,3
Литва	6,61	7,53	7,1	6,7	6,7	8,7	6,7	6,7
Люксембург	7,34	8,11	7,2	6,7	6,9	6,9	6,8	6,8
Мальта	8,15	8,33	8,5	8,8	9,1	9,0	9,0	9,1
Монако	3,64	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
Німеччина	10,39	11,4	11,6	11,3	11,3	11,1	11,0	11,0
Нідерланди	9,57	10,29	12,1	11,9	12,4	12	11,8	12,5
Норвегія	8,4	9,49	10,0	9,9	9,0	9,0	9,1	9,1
Польща	6,88	7,12	7,0	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7
Португалія	9,9	10,42	10,8	10,2	9,5	10,0	10,2	9,4
Республіка Македонія	6,85	6,74	7,0	6,9	7,1	6,9	7,0	7,1
Республіка Молдова	11,41	12,49	11,7	11,4	11,7	11,4	11,3	11,3
Російська Федерація	6,22	7,44	6,3	6,1	6,3	6,3	6,2	6,3
Румунія	5,33	5,56	6,0	5,6	5,1	5,1	5,0	5,0
Сан-Марино	3,95	4,57	5,3	5,5	6,5	6,5	6,5	6,6
Сербія	10,05	9,9	10,7	10,3	10,5	10,5	10,0	10,0
Словаччина	8,02	9,15	9,0	7,9	7,8	7,8	7,8	7,8
Словенія	8,47	9,38	8,9	8,9	8,8	8,7	8,7	8,7
Таджикистан	5,58	5,93	6,0	5,8	5,8	5,8	6,0	5,9

Туркменістан	1,93	1,88	2,1	2,1	2,0	2,0	2,1	2,1
Туреччина	6,07	6,08	6,8	6,1	6,3	5,4	6,2	6,2
Угорщина	7,33	7,55	8,0	7,9	7,8	7,8	7,9	7,9
Узбекистан	5,92	6,31	5,4	5,6	5,9	5,9	5,7	5,8
Україна	6,63	7,8	7,8	7,3	7,6	7,4	7,6	7,6
Фінляндія	8,35	9,2	9,0	9,0	9,2	9,2	9,3	9,3
Франція	10,57	11,28	11,7	11,6	11,8	11,8	11,7	11,8
Хорватія	7,7	8,18	7,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,7
Чорногорія	6,13	6,07	7,2	7,2	7,6	7,6	7,5	7,5
Чехія	6,82	7,85	7,4	7,5	7,7	7,7	7,7	7,7
Швейцарія	10,29	11,0	10,9	11	11,3	11,4	11,4	11,4
Швеція	9,23	9,94	9,5	9,5	9,6	9,6	9,7	9,7
Естонія	6,06	6,93	6,3	5,8	5,9	5,9	5,8	5,9
Європейський регіон	7,8	8,52	8,26	8,1	8,24	8,28	8,21	8,2
ЄС	8,98	9,67	9,56	9,48	9,51	9,5	9,45	9,4
СНД	5,99	6,97	6,53	6,21	6,6	6,74	6,59	7,0

* Складено автором за даними [255].

Динаміка кількості лікарень за країнами світу, на 100000 населення*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	3,21	3,2	3,21	3,25	3,29	3,28	3,27	3,26
Азербайджан	8,51	8,45	5,7	5,7	5,8	5,87	5,94	5,9
Албанія	1,5	1,5	1,51	1,51	1,52	1,52	1,51	1,51
Андорра	-	2,37	-	-	-	-	-	-
Арменія	4,02	3,92	3,99	3,98	4,2	4,27	4,31	4,3
Беларусь	7,98	6,84	6,96	6,92	6,94	6,82	6,77	6,77
Бельгія	1,95	1,88	1,83	1,77	1,73	1,71	1,67	1,6
Болгарія	4,6	4,64	4,59	4,64	4,64	4,71	4,83	4,8
Боснія і Герцеговина	1,02	1,02	1,01	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
Великобританія	-	-	-	-	-	-	--	-
Греція	2,81	2,77	2,74	2,78	2,72	2,64	2,57	2,5
Грузія	5,93	5,99	6,22	5,46	4,92	5,64	6,98	6,98
Данія	-	-	-	-	-	-	-	-
Ізраїль	1,16	1,14	1,13	1,12	1,09	1,07	1,03	1,04
Ірландія	3,98	2,26	2,22	2,14	2,07	2,07	2,05	2,05
Ісландія	2,82	2,82	2,83	2,51	2,49	2,47	2,44	2,42
Іспанія	1,68	1,68	1,66	1,65	1,62	1,64	1,64	1,64
Італія	2,1	2,06	2,03	1,99	1,94	1,88	1,84	1,84
Казахстан	6,64	6,41	6,11	5,7	5,54	5,4	5,27	5,27
Кіпр	12,39	12,06	11,26	10,6	10,07	9,75	9,85	9,8
Киргизстан	2,76	2,75	2,72	2,56	2,51	2,47	2,43	2,42
Латвія	4,04	3,22	3,19	3,4	3,24	3,23	3,21	3,21
Литва	3,53	3,6	3,65	3,47	3,51	3,35	3,21	3,2
Люксембург	2,66	2,61	2,37	2,51	2,45	2,39	2,16	2,12
Мальта	2,2	1,94	1,93	1,68	1,91	2,13	2,11	2,15
Монако	8,22	8,13	8,57	7,94	8,3	7,99	7,97	7,97
Німеччина	4,05	4,06	4,04	4,01	3,94	3,95	3,87	3,87
Нідерланди	1,11	1,13	1,67	1,55	1,55	1,6	1,2	1,61
Норвегія	-	-	-	-	-	-	-	-
Польща	2,35	2,4	2,51	2,54	2,73	2,85	2,88	2,88
Португалія	2,11	2,11	2,18	2,14	2,18	2,16	2,16	2,16
Республіка Македонія	3,03	3,02	3,11	3,15	3,19	3,18	3,18	3,18
Республіка Молдова	2,3	2,33	2,36	2,42	2,39	2,39	2,45	2,45
Російська Федерація	4,22	4,14	3,99	3,85	3,68	3,5	3,51	3,51
Румунія	2,21	2,48	2,6	2,3	2,35	2,35	2,35	2,35
Сан-Марино	3,12	3,12	3,12	3,12	3,09	3,09	3,17	3,17
Сербія	1,39	1,41	1,41	1,42	1,43	1,44	1,44	1,44

Словаччина	2,55	2,58	2,52	2,59	2,53	2,51	2,47	2,47
Словенія	1,42	1,42	1,42	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41
Таджикистан	5,66	5,68	5,77	5,69	5,63	5,71	5,66	5,66
Туркменістан	2,31	2,31	2,36	2,31	2,29	2,25	2,22	2,22
Туреччина	1,83	1,87	1,91	1,9	1,97	1,99	1,97	1,97
Угорщина	1,75	1,75	1,75	1,73	1,77	1,75	1,76	1,76
Узбекистан	2,9	2,81	2,67	2,55	2,49	2,2	1,96	1,96
Україна	5,51	6,11	6,05	5,43	5,22	4,77	4,19	4,19
Фінляндія	6,02	5,58	5,22	5,1	4,86	4,76	4,72	4,7
Франція	4,48	4,4	4,3	4,24	4,18	5	4,85	4,85
Хорватія	1,8	1,44	1,29	1,32	1,59	1,62	1,53	1,5
Чорногорія	1,79	1,74	1,78	1,77	1,77	1,77	1,77	1,76
Чехія	2,44	2,44	2,42	2,43	2,4	2,41	2,44	2,44
Швейцарія	4,16	4,04	3,83	3,79	3,73	3,62	3,52	3,52
Швеція	-	-	-	-	-	-	-	-
Естонія	4,34	4,27	4,28	4,14	4,23	2,35	2,28	2,28
Європейський регіон	3,4	3,38	3,31	3,21	3,16	3,15	3,09	3,09
ЄС	2,92	2,89	2,89	2,85	2,84	2,95	2,91	2,9
СНД	4,66	4,66	4,45	4,23	4,09	3,89	3,75	3,71

* Складено автором за даними [255].

Динаміка кількості лікарняних ліжок за країнами світу, на 100000 населення*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	769,3	768,08	765,55	767,92	767,73	764,7	758,61	-
Азербайджан	767,45	753,65	505,72	461,9	464,7	468,83	486,96	-
Албанія	300,9	300,87	300,77	298,93	288,28	288,82	288,6	-
Андорра	258,75	367,07	334,1	276,15	265,08	257,87	253,91	-
Арменія	382,12	372,04	373,46	374,36	404,78	405,96	415,22	-
Беларусь	1112,2	1106,7 2	1145	1125,1 2	1126,7 4	1104,5 6	1086,2 5	-
Бельгія	657,42	650,81	647,33	637,58	629,59	625,67	622,8	618,9 5
Болгарія	649,41	659,72	649,48	639,03	661,22	681,64	712,98	-
Боснія і Герцеговина	335,19	332,5	340,09	346,14	350,36	349,94	348,44	-
Великобританія	335,55	329,05	295,28	289,88	280,78	275,78	274,09	-
Греція	477,46	484,85	440,66	439,75	442,63	424,16	419,61	-
Грузія	320,94	309,08	299,34	281,01	252,7	258,51	313,25	-
Данія	357,35	349,6	350,03	313,16	310,08	307,39	269,06	253,2 4
Ізраїль	329,55	319,27	315,85	314,17	310,09	309,19	307,56	314,4 2
Ірландія	492,73	287,33	278,83	262,48	254,98	257,71	260,09	-
Ісландія	390,47	370,87	360,37	329,14	324,59	320,6	317,97	314,0 7
Іспанія	322,27	318,55	315,17	309,25	299,35	296,51	296,93	-
Італія	372,73	362,61	357,09	351,73	342,16	331,17	330,09	-
Казахстан	770,96	761,36	729,18	710,96	700,68	671,77	608,59	-
Кіпр	376,29	373,99	354,48	351,96	346,09	340,86	341,32	-
Киргизстан	501,21	482,51	475,63	469,76	463,86	451,24	441,91	-
Латвія	776,5	673,96	568,28	588	588,5	579,98	565,71	-
Литва	717,83	718,29	716,43	743,4	743,23	728,2	722,15	-
Люксембург	556,83	546,61	536,72	527,83	515,29	505,37	493,6	484,2 1
Мальта	738,83	483,12	452,04	438,13	471,27	480,36	466,52	487,5
Монако	1290,73	1332,5 7	1505,7 1	1646,1 6	1712,9 7	2105,1 2	2113,0 7	-
Німеччина	821,26	824,22	824,97	822,43	818,44	827,77	822,82	-
Нідерланди	465,06	457,08	449,98	447,15	445,45	469,85	465,69	-
Норвегія	463,51	452,29	430,41	419,5	397,26	385,81	384,45	-
Польща	662,13	665,25	660,99	663,99	663,01	663,05	660,98	662,8
Португалія	339,1	337,19	337,14	337,21	340,61	339,27	331,91	-
Республіка Македонія	454,64	447,8	459,07	449,6	439,23	442,79	441,0	-
Республіка Молдова	610,57	615,27	618,21	618,85	622,61	583,38	566,05	-

Російська Федерація	924,04	901,23	875,13	857,13	839,98	817,53	816,78	-
Румунія	657,2	662,33	628,69	613,32	620,66	596,4	595,1	-
Сан-Марино	353,9	353,1	352,9	352,78	348,98	348,73	357,66	-
Сербія	533,73	535,47	538,97	542,75	543,93	549,72	552,39	-
Словаччина	655,67	650,53	641,68	605,05	591,08	580,34	578,52	-
Словенія	470,04	459,72	457,09	462,51	454,66	455,39	453,82	-
Таджикистан	530,12	518,61	507,59	494,54	482,53	477,84	468,89	-
Туркменістан	403,52	402,2	409,88	406,81	397,56	393,43	402,83	-
Туреччина	233,91	239,78	252,03	253,35	266,14	265,64	266,8	-
Угорщина	710,51	714,38	718,18	718,72	700,07	703,73	698,43	-
Узбекистан	467,41	457,82	443,75	432,2	418,91	399,38	381,18	-
Україна	874,51	940,38	938,22	904,87	890,71	879,81	784,08	-
Фінляндія	656,84	625,22	585,38	552,15	529,83	487,22	453,0	-
Франція	711,03	686,21	662,16	655,13	653,1	647,72	640,85	-
Хорватія	547,57	537,49	562,07	568,5	588,84	585,87	590,7	-
Чорногорія	385,18	385,88	398,05	397,69	397,36	388,92	393,37	-
Чехія	718,37	711,12	701,19	683,55	666,21	645,89	645,5	-
Швейцарія	521,1	510,43	496,52	487	480,21	467,73	457,17	-
Швеція	280,51	275,88	272,61	270,56	261,86	259,42	253,74	-
Естонія	563,16	536,97	527,39	535,92	552,58	500,53	500,86	-
Європейський регіон	609,61	603,33	589,01	579,14	572,24	562,85	553,9	-
ЄС	561,25	552,82	540,15	534,81	529,46	524,43	521,62	-
СНД	824,39	819,48	794,06	772,82	758,83	738,86	715,66	-

* Складено автором за даними [256].

Динаміка частки витрат на охорону здоров'я від загальних державних витрат
за країнами світу, % *

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	75,4	75,63	75,23	75,11	75,37	75,16	77,86	-
Азербайджан	18,86	22,89	21,9	21,58	22,56	20,77	20,39	-
Албанія	45,9	48,93	46,42	49,86	48,95	50,15	49,91	-
Андорра	73,47	74,52	78,03	73,49	76,15	84,44	78,03	-
Арменія	46,45	44,22	42,14	52,21	41,85	42,78	42,98	-
Беларусь	65,08	64,02	77,69	70,53	77,19	66,24	66,79	-
Бельгія	77,09	77,39	77,68	76,81	77,67	77,81	77,87	-
Болгарія	58,54	55,35	55,69	54,62	56,29	51,99	54,57	-
Боснія і Герцеговина	67,73	70,57	70,88	71,28	71,23	70,05	71,18	-
Великобританія	81,58	83,21	83,53	83,15	82,91	83,31	83,14	-
Греція	59,94	69,46	67,68	68,39	67,89	65,53	61,66	-
Грузія	19,79	22,27	22,78	18,13	14,12	17,61	20,94	-
Данія	84,66	85,04	85,13	85,3	85,76	85,3	84,76	-
Ізраїль	61,0	61,15	62,69	62,46	62,91	61,54	60,85	-
Ірландія	75,37	72,58	69,64	67,84	67,57	66,59	66,06	-
Ісландія	82,63	82,01	80,36	80,57	80,55	80,73	81,04	-
Іспанія	73,97	75,72	75,07	73,86	71,73	71,49	70,88	-
Італія	76,94	76,99	77,04	75,14	75,34	75,59	75,61	-
Казахстан	62,01	64,12	57,17	56,02	55,81	50,92	54,36	-
Кіпр	41,36	44,74	47,35	46,54	45,86	46,53	45,23	-
Киргизстан	51,53	55,71	55,73	59,89	60,19	58,09	56,13	-
Латвія	62,21	59,51	60,11	63,5	60,55	62,44	63,18	-
Литва	72,4	72,82	70,81	69,12	65,23	65,44	67,87	-
Люксембург	88,48	86,58	85,86	85,28	83,46	83,68	83,93	-
Мальта	63,24	63,01	62,89	67,32	66,58	66,26	69,16	-
Монако	87,7	88,44	88,55	88,37	88,46	88,21	88,55	-
Німеччина	76,03	76,38	76,22	75,99	76,07	76,75	76,99	-
Нідерланди	85,77	86,5	86,69	86,31	86,52	87,07	87,0	-
Норвегія	84,4	84,57	84,7	84,48	84,9	85,24	85,49	-
Польща	71,77	71,58	71,22	70,28	69,17	70,8	70,98	-
Португалія	67,42	68,73	68,71	66,55	64,03	65,24	64,82	-
Республіка Македонія	69,29	66,16	62,82	64,63	65,44	65,44	69,22	-
Республіка Молдова	47,22	48,52	46,53	50,06	46,47	50,04	51,38	-
Російська Федерація	56,55	55,88	54,12	54,18	55,18	52,28	52,2	-
Румунія	81,99	79,0	80,35	79,22	80,27	80,78	80,4	-
Сан-Марино	91,65	91,99	92,64	93,09	93,4	93,5	93,59	-

Сербія	61,98	61,86	61,87	62,12	61,16	59,16	61,88	-
Словаччина	67,76	65,69	68,13	70,93	69,72	72,31	72,51	-
Словенія	74,32	73,83	74,2	73,52	72,63	71,76	71,73	-
Таджикистан	24,56	24,94	26,39	28,59	29,37	30,62	28,83	-
Туркменістан	49,18	61,81	61,57	64,01	64,91	67,24	65,23	-
Туреччина	73,02	80,97	78,61	79,55	79,24	78,48	77,45	-
Угорщина	67,05	65,68	65,19	64,16	63,43	65,17	65,98	-
Узбекистан	42,72	41,48	51,48	50,71	48,17	49,36	53,29	-
Україна	57,66	55,03	56,63	53,4	55,23	54,14	50,8	-
Фінляндія	74,86	74,94	74,5	74,94	75,72	75,46	75,31	-
Франція	77,29	77,54	77,51	77,03	77,16	77,08	78,21	-
Хорватія	84,87	85,69	85,66	80,21	81,61	81,79	81,87	-
Чорногорія	65,08	59,49	60,47	60,46	61,71	57,88	57,16	-
Чехія	82,55	83,74	83,76	84,18	84,02	84,33	84,54	-
Швейцарія	65,16	65,54	64,11	64,22	64,71	66,06	66,0	-
Швеція	81,5	81,5	81,51	84,72	84,35	84,0	84,03	-
Естонія	77,81	75,25	78,85	79,32	80,38	79,28	78,82	-
Європейський регіон	68,2	69,02	68,9	68,42	68,44	67,89	67,94	-
ЄС	76,23	76,72	76,68	76,05	75,79	76,1	76,23	-
СНД	53,43	53,01	53,37	52,79	53,43	51,24	51,14	-

* Складено автором за даними [255].

Динаміка частки загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП на душу населення за країнами світу, % *

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	4233,75	4394,75	4530,81	4676,91	4862,87	4889,15	5038,88	-
Азербайджан	596,44	868,5	829,34	784,52	873,88	948,95	1047,3	-
Албанія	511,1	540,77	497,93	554,48	544,01	564,07	614,54	-
Андорра	2910,23	2926,5	3325,2	2788,29	3426,5	5564,65	4272,52	-
Арменія	269,67	279,91	290,9	252,65	331,61	352,26	362,13	-
Беларусь	828,13	857,08	854,35	816,23	859,49	1068,23	1030,99	-
Бельгія	3568,45	3837,04	3906,65	4166,28	4237,73	4264,19	4391,6	-
Болгарія	984,08	1005,25	1088,3	1070,94	1131,18	1270,51	1398,88	-
Боснія і Герцеговина	754,88	837,71	855,84	915,11	947,94	919,17	957,4	-
Великобританія	3229,26	3416,88	3268,86	3255,07	3322,94	3374,14	3376,87	-
Греція	3012,66	2971,41	2645,4	2597,67	2319,27	2357,08	2098,05	-
Грузія	514,44	571,26	612,7	633,27	634,46	570,3	627,74	-
Данія	4069,65	4424,46	4544,76	4608,19	4688,67	4858,2	4782,06	-
Ізраїль	1990,51	2041,13	2116,07	2231,82	2446,06	2571,89	2599,13	-
Ірландія	3821,29	4003,88	3795,75	3725,79	3813,99	3761,84	3801,06	-
Ісландія	3664,23	3631,55	3421,64	3429,09	3529,11	3697,47	3881,7	-
Іспанія	2912,39	3038,79	2996,24	3018,83	2997,55	2928,13	2965,82	-
Італія	3136,05	3222,29	3275,06	3330,71	3304,6	3257,47	3238,89	-
Казахстан	648,81	741,27	849,49	842,48	943,01	994,24	1068,06	-
Кіпр	2224,19	2343,92	2270,02	2313,1	2215,66	2112,02	2062,37	-
Киргизстан	163,31	186,7	181,44	179,21	202,24	214,33	215,06	-
Латвія	866,32	802,25	804,88	830,86	869,79	894,62	940,3	-
Литва	1356,64	1359,39	1387,53	1532,12	1583,97	1668,16	1718,02	-
Люксембург	6255,32	6449,56	6519,85	6701,89	6541,35	6566,09	6812,08	-
Мальта	2191,62	2280,1	2372,94	2798,54	2959,79	3054,57	3071,63	-
Монако	4945,7	5099,48	5313,62	5604,51	5794,63	6168,49	7301,91	-
Німеччина	3989,54	4228,28	4455,62	4609,96	4709,59	4837,27	5182,11	-
Нідерланди	4427,14	4581,53	4698,86	4894,54	5115,01	5169,86	5201,7	-
Норвегія	5280,11	5362,57	5474,77	5769,86	6116,48	6204,49	6346,62	-
Польща	1241,3	1363,93	1437,49	1509,43	1544,56	1529,92	1570,45	-
Португалія	2584,41	2732,79	2810,06	2708,02	2624,04	2634,13	2689,94	-
Республіка Македонія	739,34	761,82	797,47	769,62	803	757,3	851,15	-
Республіка Молдова	426,18	442,4	464,4	443,41	501,65	471,66	514,21	-
Російська Федерація	1251,76	1439,55	1397,18	1489,66	1653,68	1777,13	1835,71	-
Румунія	849,02	876,43	964,16	971,48	1005,04	1070,35	1079,26	-
Сан-Марино	3110,93	3274,65	3300,66	3456,1	3574,23	3347,52	3390,15	-

Сербія	1194,99	1169,22	1193,03	1222,4	1266,62	1317,03	1312,22	-
Словаччина	1872,26	2089,07	2038,95	1963,14	2064,6	2080,11	2179,05	-
Словенія	2472,83	2536,87	2452,01	2539,37	2616,85	2619,81	2697,67	-
Таджикистан	107,69	116,96	125,69	133,38	152,46	171,63	185,15	-
Туркменістан	164,18	169,44	195,32	225,06	248,84	296,98	319,9	-
Туреччина	919,15	887,13	904,09	941,38	948,7	1006,96	1036,47	-
Угорщина	1523,67	1574,18	1690,35	1769,74	1744,14	1766,79	1826,68	-
Узбекистан	215,1	246,33	225,83	259,68	323,79	340,03	339,61	-
Україна	561,21	568,83	602,99	581,34	636,35	665,15	584,24	-
Фінляндія	3189,35	3297,3	3316,64	3486,14	3608,12	3653,77	3701,14	-
Франція	3735,8	3948,4	4039,01	4254,53	4285,44	4369,93	4508,13	-
Хорватія	1621,86	1630,5	1606,63	1601,24	1643,41	1666,06	1652,12	-
Чорногорія	850	794,43	916,9	970,63	979,69	903,24	888,17	-
Чехія	1778,98	2035,3	1929,92	2041,38	2057,59	2064,43	2146,32	-
Швейцарія	4968,3	5213,87	5394,7	5818,75	6173,04	6364,78	6468,5	-
Швеція	3670,79	3740,81	3761,53	4886,52	5007,48	5177,38	5218,86	-
Естонія	1339,32	1383,63	1300,07	1356,06	1555,7	1660,09	1668,31	-
Європейський регіон	2162,47	2286,63	2310,14	2389,81	2456,47	2507,88	2574,67	-
ЄС	3033,18	3188,42	3234,52	3341,36	3384,59	3418,6	3508,77	-
СНД	867,97	983,5	970,33	1011,9	1124,08	1204,58	1233,09	-

* Складено автором за даними [255].

Динаміка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я від ВВП
за країнами світу, % *

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Австрія	16,4	16,3	16,6	16,7	16,3	16,2	16,1	16,0
Азербайджан	71,7	68,5	69,2	69,8	69,0	71,1	72,1	71,9
Албанія	51,7	50,9	53,4	50	50,9	49,7	49,9	49,8
Андорра	19,3	18,5	15,9	19,2	17,3	11,3	15,9	15,5
Арменія	51,5	53,1	55,9	47	54,6	53,7	53,5	53,2
Беларусь	27,5	26,9	19,8	26,6	19,5	30,7	32	31,9
Бельгія	18,5	18,2	17,9	18,7	17,8	17,9	17,8	17,6
Болгарія	27,5	43,4	42,9	43,9	42,5	46,8	44,2	44,3
Боснія і Герцеговина	32,3	28,6	28,3	27,8	27,8	29,0	27,9	27,9
Великобританія	9,0	8,9	9,6	9,3	9,5	9,5	9,7	9,6
Греція	37,9	28,4	29,4	28,7	28,8	30,7	34,9	35
Грузія	64,2	66,5	69,1	64,9	62,4	61,0	58,6	58,4
Данія	13,5	13,2	13,2	12,8	12,4	12,9	13,4	13,1
Ізраїль	26	26,1	24,4	24,5	25,1	26,5	27,0	26,9
Ірландія	15,3	16,1	18,2	17,7	16,9	17,4	17,7	17,5
Ісландія	15,9	16,5	18,2	18,0	18,0	17,8	17,5	17,5
Іспанія	20,3	19,0	20,2	20,7	22,5	23,5	24,0	24,2
Італія	20,6	19,7	19,5	21,0	20,9	20,6	21,2	21,4
Казахстан	37,4	35,4	42,3	43,5	43,7	48,6	45,1	45,5
Кіпр	49,7	48,3	45,4	44,8	47,0	47,0	48,7	49,1
Киргизстан	39,2	39,2	38,7	34,5	35,2	37,3	39,4	39,5
Латвія	36,1	36,1	35,1	32,1	34,4	35,8	35,1	35,1
Литва	26,5	26,5	26,8	27,0	30,4	30,9	31,3	31,2
Люксембург	9,3	9,3	9,6	10,6	11	10,8	10,6	10,5
Мальта	31,9	31,9	32,9	30,2	29,9	30,3	28,9	28,9
Монако	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Німеччина	13,2	13,2	13,2	12,8	12,4	12,9	13,4	13,5
Нідерланди	6,2	5,3	5,3	5,4	5,4	5,2	5,2	5,2
Норвегія	14,8	14,6	14,5	14,6	14,2	13,9	13,6	13,6
Польща	22,8	22,7	22,1	22,3	22,7	23,5	23,5	23,5
Португалія	24,4	23,3	23,3	25,2	27,4	26,4	26,8	26,9
Республіка Македонія	33,8	33,8	37,2	35,4	34,6	30,8	36,7	36,8
Республіка Молдова	45,1	43,7	44,2	40,4	44,7	40,3	38,4	38,5
Російська Федерація	39,6	41,4	43,3	43,4	42,5	45,4	45,8	45,9
Румунія	17,6	20,5	19,2	20,3	19,1	18,7	18,9	18,9
Сан-Марино	7,6	7,3	6,7	6,3	6,0	5,9	5,8	5,9

Сербія	35,1	35,2	36,4	36,2	37,1	37,1	36,6	36,7
Словаччина	25,2	25,6	21,7	22,6	22,4	22,7	22,5	22,4
Словенія	11,9	11,9	12,2	11,8	11,9	12,1	12,1	12,0
Таджикистан	72,3	67,8	66,8	61,4	60,1	60,1	61,7	61,6
Туркменістан	50,8	38,2	38,4	36	35,1	32,8	34,8	35,1
Туреччина	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	17,8	18,1
Угорщина	25,3	25,3	26,4	27,3	28,5	27,3	26,6	16,9
Узбекистан	55,0	55,0	45,6	46,4	48,7	47,6	43,9	44,1
Україна	39,4	42,0	40,5	43,6	42,0	43,1	46,2	46,9
Фінляндія	18,9	18,7	19,3	18,8	18,0	18,2	18,2	18,5
Франція	7,5	7,5	7,5	6,7	6,5	6,3	6,3	6,3
Хорватія	13,7	13,7	13,8	12,1	11,5	11,3	11,2	11,5
Чорногорія	34,9	40,5	39,5	39,5	38,3	42,1	42,8	42,9
Чехія	15,7	14,6	14,9	14,7	15,0	14,5	14,3	14,6
Швейцарія	24,7	24,7	26,4	26,4	27,2	25,8	26,8	26,9
Швеція	16,1	16,1	16	13,4	13,8	14,1	14,1	14,2
Естонія	20,3	20,3	18,6	17,6	19,1	20,3	20,7	20,8
Європейський регіон	25,5	25,2	25,5	25,6	25,6	26,4	26,6	26,8
ЄС	16,5	14,1	16,2	14,5	16,5	16,5	23,3	23,5
СНД	42,8	43,7	43,7	44,2	43,6	45,9	46,2	46,5

* Складено автором за даними [255].

Динаміка прогнозованої тривалості життя з моменту народження та рівня смертності на 1000 населення за регіонами *

Прогнозована тривалість життя з моменту народження								
<i>Регіон</i>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Європейський регіон	74,6	75,0	75,3	75,8	76,0	76,3	76,5	76,8
Американський регіон	76,6	75,9	75,3	76,2	76,4	76,5	76,7	76,9
Південно-Східна Азія	66,3	66,8	67,2	67,6	68,0	68,3	68,7	69,0
Східно-середземноморський регіон	67,2	67,5	67,9	86,2	68,1	68,4	68,5	68,8
Тихоокеанський регіон	75,1	75,4	75,6	75,7	75,9	76,1	76,3	76,6
Африканський регіон	55,5	56,3	57	57,6	58,2	58,8	59,3	60,0
ВООЗ глобальний показник:	69,1	69,6	69,8	70,3	70,5	70,8	71,1	71,4
Рівень смертності на 1000 населення								
<i>Регіон</i>	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Європейський регіон	153	150	142	138	133	130	126	124
Американський регіон	130	130	130	135	127	126	125	124
Південно-Східна Азія	196	197	192	188	185	182	180	177
Східно-середземноморський регіон	173	167	163	158	155	157	154	155
Тихоокеанський регіон	101	102	99	98	97	95	94	93
Африканський регіон	367	354	341	330	323	317	308	300
ВООЗ глобальний показник:	167	165	161	158	155	153	151	149

* Складено автором за даними [255].

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій // Вісн. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2018. Вип. 7. С. 21–25. (UlrichsWeb Global Serials Directory, Research Bible, ScholarGoogle).

2. Гапонова Е. О. Сучасні тенденції функціонування світового ринку медичних послуг // Вісн. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». 2017. Вип. 6. С. 20-24. (UlrichsWeb Global Serials Directory, Research Bible, ScholarGoogle).

3. Гапонова Е. О., Воробйов Є. М. Глобалізація системи охорони здоров'я // Науковий Вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки». Херсон, 2017. Вип. 25-1. С. 22–25. (Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory).

Особистий внесок здобувача: визначено концептуальні підходи до врахування сучасних тенденцій функціонування світового ринку медичних послуг.

4. Воробйов Є. М., Гапонова Е. О. Телемедичні технології на світовому ринку медичних послуг // Молодий вчений. 2017. Вип. 7 (47). С. 413–416. (ScholarGoogle, CiteFactor, OALI, Research Bible, Index Copernicus).

Особистий внесок здобувача: узагальнено теоретичні засади дослідження телемедичних технологій на світовому ринку медичних послуг.

5. Gaponova E. O. Indicators of development of medical tourism in the world // Економіка і фінанси. 2017. Вип. 12. С. 123–126. (Index Copernicus, Ulrich's Periodicals Directory).

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у зарубіжних спеціалізованих виданнях:

6. Гапонова Е. О. Ринок медичних послуг в Україні: проблеми та протиріччя // East European Scientific Journal. Warsaw, Poland. 2016. Vol. 3, № 2 (6). P. 24–26. (Research Bible, International Scientific Indexing).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Гапонова Е. О. Медичний туризм в Ізраїлі: проблеми та перспективи // «Лікувально-оздоровчий туризм в Азії» : Мат-ли круглого столу (21 листопада 2012 р., м. Харків). Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. С. 46–49.

8. Гапонова Е. О. Generation of medical social renovation // «Медицина третього тисячоліття» : Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (15–16 січня 2013 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2013. С. 307–309.

9. Гапонова Е. О. Structure and dynamics of the medical services market in transitive economy // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я»: Мат-ли міжнар. наук. Інтернет-конференції, присвяченої 75-річчю кафедри суспільних наук ХНМУ (4–11 листопада 2013 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2013. С. 86–87.

10. Гапонова Е. О. Розробка дорожньої карти загально-ринкового підходу до формування пакету медичних послуг у період реформування економіки України // «Медицина третього тисячоліття» : Зб. тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (14 січня 2014 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2014. С. 351–353.

11. Гапонова Е. О. Особенности взаимодействия между государственным и частным секторами здравоохранения // «Україна і світ: гуманітарно-технічна еліта та соціальний прогрес» : Тези доповідей

учасників міжнар. наук.-теор. конференції (8–9 квітня 2014 р., м. Харків). Харків : НТУ «ХПІ», 2014. С.162–163.

12. Garonova E. O. Peculiarities of voluntary health insurance in Ukraine // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» : Мат-ли II Міжнар. наук. Інтернет-конференції, присвяченої 210-річчю ХНМУ (4–11 листопада 2014 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2014. С. 49–50.

13. Гапонова Е. О. Система здравоохранения, ориентированная на пациента // «Медицина третьего тысячелетия» : Зб. тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (20 січня 2015 р., м. Харків). Харків : ХНМУ, 2015. С. 482–483.

14. Гапонова Е. О. Державна політика Іспанії в системі охорони здоров'я // «Актуальні питання та проблеми розвитку сучасної цивілізації: історичні, соціологічні, політологічні аспекти» : Мат-ли міжнар. наук.-практ. конференції (17–18 квітня 2015 р., м. Херсон). Херсон : ХДУ, 2015. С. 156–158.

15. Garonova E. O. Social marketing as instrument of healthcare sphere reformation // «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень»: Зб. тез наукових робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції (3-4 липня 2015 р., м. Львів). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2015. С. 22–24.

16. Garonova E. O. Financing healthcare in Ukraine // «Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я» : Мат-ли III Міжнар. наук. Інтернет-конференції (2–9 листопада 2015 р., м. Харків). Харків: ХНМУ, 2015. С.79.

17. Гапонова Е. О., Краснопольська С. Порівняльна характеристика страхової медицини європейських країн // «Наукові обрії – 2016» : Мат-ли наукових конференцій студентів і молодих науковців, проведених кафедрою суспільних наук та Центром медичного краєзнавства у 2015-2016 рр. Харків : ХНМУ, 2017. С. 51–52.

Особистий внесок здобувача: проведено аналіз страхової медицини країн ЄС.

18. Гапонова Е. О. Вплив міжнародних організацій на світовий ринок медичних послуг // «Суспільні науки: історія, сучасний стан та перспективи досліджень» : Зб. тез наукових робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції (7-8 липня 2017 р., м. Львів). Львів : ГО «Львівська фундація суспільних наук», 2017. С. 64–68.

19. Гапонова Е. О. Розвиток медичного туризму у світі // «Актуальні питання суспільних наук: наукові дискусії» : Мат-ли міжнар. наук.-практ. конференції (18–19 серпня 2017 р., м. Київ). Київ : Київська наукова суспільнознавча організація, 2017. С. 80–84.

20. Гапонова Е. О. Інституціональне забезпечення інтеграції ринку медичних послуг // «Millennium science» : Proceedings of XV International scientific conference (15 February 2018, Morrisville). Morrisville : Lulu Press, 2018. P. 49–51.

21. Gaponova E. O. Strategic priorities of Ukraine in the world market of medical services // «Integration of business structures: strategies and technologies» : Proceedings of the international scientific-practical conference (23 February 2018, Tbilisi, Georgia), Georgia : Sulkhan-Saba Orbeliani Teaching University, 2018. С. 4–5.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

22. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі // Вісник. Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна. Сер. «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». Харків, 2014. Вип. 3. С. 94–96.

23. Gaponova E. O. Marketing approaches to the health care services market // Scientific Journal Virtus. 2017. №15. P. 247–250. (Scientific Indexing Services (USA); Citefactor (USA), International Innovative Journal Impact Factor).