

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КИЇВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАДИМА
ГЕТЬМАНА» МОН УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «КИЇВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАДИМА
ГЕТЬМАНА» МОН УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПОВОРОЗНИК МИКОЛА ЮРІЙОВИЧ

УДК 614(417):338.46:339.9(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ У СИСТЕМІ
ГЛОБАЛЬНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ**

Спеціальність 292 – міжнародні економічні відносини

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

Науковий керівник: Галенко Оксана Миколаївна, доктор економічних наук, професор

Київ - 2019

АНОТАЦІЯ

Поворозник М. Ю. Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 292 – міжнародні економічні відносини. – ДВНЗ Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана, Київ, 2019.

Робота присвячена комплексному дослідженню глобальних трансформаційних змін системи медичних послуг в умовах розбудови сервісної економіки. Значна увага приділена теоретичному дослідженню економічної природи медичних послуг та їх критеріально-класифікаційній ідентифікації. На основі розкриття диспозиції медичних послуг у структурі глобальних суспільних благ комплексно проаналізовано діючі у міжнародній практиці національні моделі систем охорони здоров'я та оцінено їх конкурентні переваги.

У дисертації розкрито ключові векторні мегатренди інституційно-функціональних трансформацій системи медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі, визначено роль інноваційних і телекомунікаційних технологій у діджиталізації системи медичних послуг та проаналізовано тенденції розвитку міжнародного медичного туризму як трансфункціонального компоненту формування їх глобального сегменту. Дисертаційна робота містить результати авторських досліджень управлінсько-економічних проблем вітчизняного сектору охорони здоров'я та прогнозування кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг України у контексті макроекономічного зростання. Визначено стратегічні напрями розбудови національної системи медичних послуг у форматі європейських соціальних стандартів.

У результаті дослідження автором особисто отримані такі найбільш вагомі наукові результати:

уперше:

- обґрунтовано системний характер глобалізаційної трансформації системи медичних послуг через розкриття механізмів її транснаціоналізації (міжнародна стандартизація якості медичних послуг, уніфікація національних лікувальних

протоколів і кваліфікаційних вимог до лікарів і допоміжного медперсоналу, транскордонний трансфер інноваційних діагностичних і лікувальних технологій, конвергенція національних законодавств щодо ціноутворення, оподаткування і регулювання ринків медичних послуг, зростання частки їх інтернаціонального сегменту) та визначення кількісно-якісних вимірів даного процесу у єдності організаційних (цифровізація медичного обслуговування пацієнтів, диверсифікація мереж первинної медико-санітарної допомоги, звуження сегменту стаціонарного лікування, переведення системи лікування хворих на модель управління суспільним здоров'ям); фінансово-економічних (динамічне зростання частки державних витрат на медицину, посилення комерціалізації систем охорони здоров'я, наростання асиметрій у рівнях заробітних плат медпрацівників державного і приватного секторів) та інституційно-регуляторних каналів (поглиблення спеціалізації медичних закладів; нарощування у структурі медичного сервісу частки послуг хоспісів, сестринського догляду, опіки над людьми похилого віку й інвалідів, медичного обслуговування на дому; активна розбудова колективної системи медичних послуг). Доведено, що їх синергійна дія динамізує процеси глобалізаційної трансформації системи медичних послуг у напрямі їх мереживізації і діджиталізації, глибокої конвергенції національних систем охорони здоров'я у функціональному, організаційно-економічному й інституційному вимірах, а також новітній структуризації світового ринку медичних послуг у бік сегментів, спрямованих на задоволення якісно нових потреб споживачів у медичних і квазімедичних послугах;

удосконалено:

- комплексну характеристику медичних послуг з точки зору їх економічної природи (корисний ефект як суспільної діяльності щодо відновлення, підтримання і зміцнення здоров'я населення); диспозиції у системі глобальних суспільних благ (одночасне втілення рис патронатних і мериторних благ, головний інструмент реалізації найвищих гуманітарних і людино-центристських цінностей глобального цивілізаційного розвитку); специфіки формування глобального попиту і пропонування (прогнозованість попиту на медичні послуги, усталено високий попит на них упродовж усього життя людини, багатоманіття потреб споживачів послуг, асиметрія інформації по лінії «провайдер-споживач»); процесу продукування і відчуження (висока капіталомісткість послуг, консерватизм та складність процесу їх продукування, поєднання неприбуткового і

високорентабельного видів економічної діяльності); механізму надання і фінансування (робота з персональними даними, необхідність дотримання лікарської етики та лікарської таємниці, гарантованість державою мінімального рівня задоволення соціально значущих медичних потреб усіх членів суспільства незалежно від їх матеріального стану і внесків у фонди медичного страхування). Обґрунтовано, що розширене відтворення медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі реалізується на національному, регіональному і міжнародному рівнях; забезпечується на основі складного механізму акумуляції і використання бюджетних коштів держав і регіональних блоків, медичних страхових внесків роботодавців і найманих працівників, а також фінансових ресурсів міжнародних організацій і суспільних фондів;

- методологію бенчмаркінгу конкурентних моделей національних систем медичних послуг (споживчо-орієнтованої, солідарно-корпоративної моделі Бісмарка, моделі Беверіджа та моделі Семашка) за виокремленими критеріями: ступінь державного регулювання національних систем охорони здоров'я; співвідношення їх державного і приватного фінансування; рівень розвитку медичної індустрії, медичної інфраструктури та фармацевтичного сектору; ступінь делегування функцій з медичного обслуговування населення корпоративному сектору; ступінь доступності медичних послуг широким верствам населення; рівень реалізації прав пацієнтів; співвідношення платних і безоплатних видів медичних послуг. Констатовано, що найрозвинутішою за економічними, фінансовими, лікувально-інноваційними і технологічними параметрами є американська споживчо-орієнтована модель; тоді як з погляду інклюзивності суспільних інтересів – модель Бісмарка, що притаманна найрозвинутішим західноєвропейським країнам;

- концептуальні положення щодо оцінки ефективності діючого інструментарію реалізації корпоративних стратегій у медичній бізнес-діяльності через призму розкриття форм прояву глобального тренду її комерціалізації: оптимізація витрат лікарняних установ та вартості медичних послуг; нормування медичного майна; заміна системи постатейного кошторисного фінансування медичних закладів системою загальних (глобальних) бюджетів; їх перехід на систему фінансування залежно від кількості лікувальних випадків і госпіталізації на основі принципу схожого діагнозу. Доведено, що в умовах загострення

глобальної конкуренції за пацієнтів найбільш ефективною корпоративною стратегією у медичній сфері є стратегія ринкового лідерства на основі диверсифікації портфелів медичних продуктів (через злиття і поглинання лікарняних закладів, їх об'єднання з незалежними групами лікарів; процесну оптимізацію діяльності медичних закладів; медичний аутсорсинг), що є ядром якісно нової – клієнт орієнтованої – бізнес-моделі у світовій системі охорони здоров'я;

- аналітичні підходи до прогнозування кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг України на період до 2025 р. на основі рівнянь з найбільшим значенням коефіцієнта детермінації та з використанням показників макроекономічної динаміки і динаміки розвитку ринку медичних послуг – загальна кількість лікарів, середнього медичного персоналу, лікарняних і амбулаторно-поліклінічних закладів, лікарняних ліжок; планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів; вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги; капітальні інвестиції у сфері охорони здоров'я та ін. На основі побудови кореляційно-регресійних моделей прогнозування чинників, що визначають кон'юнктурні параметри ринку медичних послуг України, встановлено найбільший вплив на нього показників валового внутрішнього продукту, подушового ВВП, сукупних ресурсів і сукупних витрат домогосподарств;

дістали подальшого розвитку:

- трактування змісту категорії «медичні послуги» як специфічної суспільної споживчої вартості, що задовольняє людські потреби у відновленні, профілактиці і підтримці здоров'я, забезпеченні високих якісних кондицій життя через корисний ефект переважно нематеріальної форми, що здійснюється на безоплатній або комерційній основі; ідентифіковано базові принципи формування глобальної системи медичних послуг інклюзивного типу: персоналізація; конвергенція соціальних і економічних інтересів суспільства; рівноправність при отриманні безоплатної медичної допомоги; гендерна недискримінація при наданні медичних послуг; диференціація медичних послуг залежно від внеску індивідів у розвиток системи охорони здоров'я;

- обґрунтування головних векторних трендів розвитку телемедичного сегменту глобального ринку медичних послуг як інструменту його діджиталізації

й інноватизації – впровадження мобільних і гнучких організаційно-технологічних платформ; імплементація простих, поелементних і легко регульованих технологічних ланцюгів і операцій з діагностики і лікування пацієнтів; впровадження дистанційних форм взаємодії лікарів, консультантів, медичних працівників і пацієнтів; дистанційні консультації, навчання, моніторинг тощо. Зпрогнозовано перспективні напрями розвитку телемедицини в умовах техноглобалізму – мініатюризація контрольно-вимірювальних і діагностичних засобів; широке впровадження смарт-технологій, робототехніки та інноваційних досягнень комп'ютерної техніки й інформатики; розвиток міждисциплінарних досліджень на стику біологічних наук з фізикою, механікою, обчислювальною технікою і нанотехнологіями;

- комплексна характеристика міжнародного медичного туризму як важливого трансфункціонального компоненту формування глобального сегменту медичних послуг на основі конкретизації ключових тенденцій його розвитку – нарощування масштабів міждержавних потоків пацієнтів, фахівців сфери охорони здоров'я та медичної техніки й обладнання; посилення регіональної спеціалізації країн, що розвиваються, і держав з новостворюваними ринками на наданні диверсифікованих, високотехнологічних і достатньо якісних медичних послуг за доступними цінами; наростання масштабів іноземного інвестування їх клінік, лікарень і діагностичних центрів; посилення стандартизації послуг, що надаються каналами міжнародного медичного туризму; нівелювання міжрегіональних диференціацій у якості й асортименті медичних послуг та ін. Встановлено, що на сьогодні міжнародний медичний туризм набув достатньо інституціоналізованого формату зі своєю інфраструктурою; системою медичного менеджменту; акредитаційними інституціями; агентствами медичного туризму та туристичними операторами;

- комплексна оцінка управлінсько-економічних проблем сектору охорони здоров'я України (значний брак забезпеченості високотехнологічним обладнанням і висококваліфікованим персоналом, низька якість матеріально-технічного забезпечення, низький рівень оплати праці медичних працівників та забезпеченості пацієнтів фармацевтичними препаратами та ін.). Обґрунтовано нагальну необхідність поетапного завершення медичної реформи в Україні з реалізацією

комплексу заходів щодо розбудови національної системи охорони здоров'я у форматі європейських соціальних стандартів: чітке встановлення на законодавчому рівні переліку платних видів медичних послуг; розбудова первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини; розвиток регіональних мереж Центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів і госпітальних рад; диверсифікація функціональної структури лікарняних закладів охорони здоров'я вторинної ланки зі створенням лікарень планового, інтенсивного і реабілітаційного лікування; багатoproфільних дитячих лікарень інтенсивного лікування, а також консультативно-діагностичних центрів; формування інтегрованих систем медичного обслуговування на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що основні теоретичні положення, висновки і рекомендації, сформульовані автором у дисертації, можуть бути методологічною базою для розробки ефективних механізмів реформування системи охорони здоров'я України у відповідності з європейськими соціальними стандартами. Наукові розробки, висновки і практичні рекомендації автора були використані: Міністерством економічного розвитку і торгівлі України (Мінекономрозвитку) при розробці проектів державно-приватного партнерства в медичній галузі (довідка про впровадження від 25.04.2019 р.); Департаментом економіки та інвестицій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) при розробці Стратегії розвитку міста Києва до 2025 року (довідка про впровадження №050/01-4382 від 21.06.2018 р.); Департаментом охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) при розробці Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві, затвердженої рішенням Київської міської ради від 14.12.2017 р. №692/3699 (довідка про впровадження від 23.05.2019 р.); Комунальною науково-дослідною установою «Науково-дослідний інститут соціально-економічного розвитку міста» при виконанні науково-дослідної роботи «Розробка методики рейтингування міських закладів охорони здоров'я» (довідка про впровадження №050/31-443 від 26.10.2017р.); медичною клінікою «Борис» при впровадженні системи електронного запису пацієнтів «McMed» (довідка про впровадження від

04.06.2019 р.); Громадською спілкою «Ірпінська агенція розвитку» при підготовці спільних з державними установами проектах з розвитку Ірпінського регіону (довідка про впровадження №32 від 22.03.2018 р.); ТОВ «Експерт-Холдинг» при підготовці консалтингового звіту «Медичний туризм у формуванні глобального ринку медичних послуг: масштаби, регіональні формати, регулювання» (довідка про впровадження №485 від 05.02.2019 р.). Матеріали і результати дисертаційного дослідження використовуються також у навчальному процесі при викладанні нормативних та спеціальних дисциплін для бакалаврів і магістрів з міжнародної економіки – «Міжнародна економіка», «Глобальна економіка», «Міжнародні стратегії економічного розвитку» (довідка про впровадження від 10.06.2019 р.).

Ключові слова: медичні послуги, охорона здоров'я, глобальні суспільні блага, національні моделі систем охорони здоров'я, трансформація систем медичних послуг, медичні телекомунікаційні технології, міжнародний медичний туризм.

ANNOTATION

Povoroznyk M.Y. Medical services in the system of global economic transformations. – Qualifying scientific work as a manuscript.

The thesis for a Doctor of Philosophy Degree in Specialty 292 - International Economic Relations. – State higher educational institution «Kyiv National Economic University named after Vadim Hetman», Kyiv, 2019.

The work is devoted to a comprehensive study of global transformational changes in the system of medical services in the conditions of service economy development. Much attention is paid to the theoretical study of the economic nature of medical services and their criterion-classification identification. Based on the disclosure of health service disposition in the structure of global public goods, national models of health care systems in international practice have been comprehensively analyzed and their competitive advantages evaluated.

In the dissertation the key vector megatrends of institutional and functional transformations of the medical services system in the global socio-economic space are revealed, the role of innovative and telecommunication technologies in the digitization of

the medical services system is determined and the tendencies of development of international medical tourism as a trans-functional component of their global segment formation are analyzed. The dissertation contains the results of the author's research into the management and economic problems of the domestic healthcare sector and the forecasting of market conditions of the Ukrainian healthcare market in the context of macroeconomic growth. The strategic directions of the development of the national system of medical services in the format of European social standards are substantiated.

As a result of the study the author personally obtained the following most significant scientific results:

first:

- substantiates the systemic character of the globalization transformation of the system of medical services through the disclosure of the mechanisms of its transnationalization (international standardization of quality of medical services, unification of national medical protocols and qualification requirements for doctors and auxiliary medical staff, cross-border transfer of innovative diagnostic and therapeutic technologies, conversion of national legislation regulation of the markets for medical services, growth of the share of their international segment ent) and determination of quantitative and qualitative dimensions of this process in the unity of organizational (digitization of medical care of patients, diversification of networks of primary health care, narrowing of the segment of inpatient treatment, transfer of the treatment system of patients to the model of public health management); financial and economic (dynamic increase in the share of state expenditures on medicine, increased commercialization of health care systems, increasing asymmetries in the levels of salaries of public and private sector workers) and institutional and regulatory channels (deepening the specialization of medical institutions; increase in the structure of medical services; hospices, nursing care, elderly and disabled care, home health care; active development of a collective health care system). It is proved that their synergistic effect dynamizes the processes of globalization transformation of the system of medical services in the direction of their networkization and digitization, deep convergence of national health care systems in functional, organizational, economic and institutional dimensions, as well as the newest structuring of the world market of medical services towards the segments qualitatively new needs of global consumers in medical and quasi-medical services;

improved:

- comprehensive characterization of health services in terms of their economic nature (beneficial effect as a public activity in restoring, maintaining and promoting public health); dispositions in the system of global public goods (simultaneous embodiment of the features of patronage and meritorious goods, the main instrument of realization of the highest humanitarian and human-centric values of global civilizational development); specifics of formation of global demand and supply (predictability of demand for medical services, high demand for them throughout the human life, diversity of needs of consumers of services, asymmetry of information on the line «provider-consumer»); the process of production and alienation (high capital intensity of services, conservatism and complexity of the process of their production, combination of non-profitable and highly profitable types of economic activity); mechanism of provision and financing (work with personal data, the need to comply with medical ethics and medical secrecy, state guarantee of a minimum level of satisfaction of socially significant medical needs of all members of society, regardless of their financial status and contribution to health insurance funds). It is substantiated that the expanded reproduction of medical services in the global socio-economic space is implemented at the national, regional and international levels, provided on the basis of a complex mechanism of accumulation and use of budget funds of states and regional blocs; health insurance contributions of employers and employees; as well as the financial resources of international organizations and public funds;

-benchmarking methodology for competitive models of national health care systems (consumer-oriented, solidarity-corporate Bismarck model, Beveridge model and Semashko model) according to the following criteria: the degree of state regulation of national health care systems; the ratio of their public and private funding; the level of development of the medical industry, medical infrastructure and pharmaceutical sector; the degree of delegation of health care functions to the corporate sector; the degree of accessibility of health services to the general public; the level of realization of patients' rights; ratio of paid and free types of medical services. It is stated that the most advanced in economic, financial, medical, innovative and technological parameters is the American consumer-oriented model; whereas, from the point of view of inclusivity of public interests, the Bismarck model is characteristic of the most developed Western European

countries;

- conceptual provisions for evaluating the effectiveness of existing tools for implementing corporate strategies in healthcare business activity through the prism of revealing forms of manifestation of the global trend of its commercialization: optimization of costs of hospitals and cost of medical services; standardization of medical property; replacement of the system of regular budget financing of medical institutions with the system of general (global) budgets; their transition to a funding system depending on the number of medical cases and hospitalization based on the principle of a similar diagnosis. It is proved that in the conditions of global competition for patients the most effective corporate strategy in the medical sphere is the market leadership strategy on the basis of diversification of portfolios of medical products (through mergers and acquisitions of hospitals, their association with independent groups of doctors; process optimization of medical institutions; medical outsourcing), which is the core of a brand new customer-centric business model in the global healthcare system;

- analytical approaches to forecasting market conditions for the Ukrainian healthcare market for the period up to 2025 on the basis of equations with the highest value of the coefficient of determination and using indicators of macroeconomic dynamics and dynamics of development of the medical services market – total number of doctors, medical staff, hospitals and outpatient clinics, hospital beds; planned capacity of outpatient clinics; the cost of fixed assets in the health and social care system; capital investment in health and others. Based on the construction of correlation-regression models of forecasting factors that determine the market conditions of the Ukrainian health care market, the greatest impact on it is the indicators of gross domestic product, per capita GDP, total resources and total household expenditures;

were further developed:

- the interpretation of the content of the category "medical services" as a specific public consumption value that satisfies human needs for the restoration, prevention and maintenance of health, the provision of high quality conditions of life through the beneficial effect of a largely intangible form, carried out on a free or commercial basis; The basic principles of formation of the global system of medical services of an inclusive type are identified: personalization; convergence of social and economic interests of society; equality in receiving free medical care; gender non-discrimination in the

provision of health services; differentiation of health care services depending on the contribution of individuals to the development of the health care system;

- substantiation of the main vector trends in the development of the telemedicine segment of the global market for medical services as a tool for its digitization and innovation - introduction of mobile and flexible organizational and technological platforms; implementation of simple, elemental and easily adjustable process circuits and operations for the diagnosis and treatment of patients; introduction of remote forms of interaction between doctors, consultants, medical professionals and patients; remote consultation, training, monitoring and more. The perspective directions of the development of telemedicine in the conditions of technoglobalism are predicted - miniaturization of control and measuring and diagnostic means; widespread adoption of smart technologies, robotics and innovative advances in computer technology and computer science; development of interdisciplinary research at the intersection of biological sciences with physics, mechanics, computer engineering and nanotechnology;

- comprehensive characterization of international medical tourism as an important trans-functional component of the formation of the global segment of medical services on the basis of specification of key tendencies of its development - increasing the scale of interstate flows of patients, healthcare professionals and medical equipment and equipment; enhancing regional specialization of developing and emerging markets for the provision of diversified, high-tech and reasonably priced medical services; the increasing scale of foreign investment in their clinics, hospitals and diagnostic centers; strengthening the standardization of services provided by international medical tourism channels; leveling of inter-regional differentiation in quality and assortment of medical services, etc. It is established that today international medical tourism has acquired a sufficiently institutionalized format with its infrastructure; medical management system; accreditation institutions; medical tourism agencies and tour operators;

- comprehensive assessment of the management and economic problems of the healthcare sector of Ukraine (significant lack of high-tech equipment and highly qualified staff, low quality of logistics, low level of remuneration of medical workers and provision of patients with pharmaceuticals, etc.). The urgent need for the phased completion of the medical reform in Ukraine with the implementation of a set of measures for the development of the national health care system in the format of European social standards

is substantiated: a clear establishment at the legislative level of the list of paid types of medical services; development of the primary link of public health services on the basis of family medicine; development of regional networks of Primary Health Care Centers, hospital districts and hospital councils; diversification of the functional structure of secondary level healthcare facilities with the establishment of planned, intensive and rehabilitation hospitals; multidisciplinary pediatric intensive care hospitals as well as consulting and diagnostic centers; formation of integrated health care systems based on horizontal and vertical mergers of hospitals and hospital services.

The practical significance of the results obtained is that the basic theoretical propositions, conclusions and recommendations formulated by the author in the dissertation can be a methodological basis for the development of effective mechanisms of reforming the health care system of Ukraine in accordance with European social standards. The author's scientific developments, conclusions and practical recommendations were used by: the Ministry of Economic Development and Trade of Ukraine (Ministry of Economic Development) in the development of public-private partnership projects in the medical field (implementation certificate dated 25.04.2019); Department of Economics and Investments of the executive body of the Kyiv City Council (Kyiv City State Administration) in the development of the Strategy for the Development of the City of Kyiv until 2025 (certificate of implementation №050/01-4382 dated 21.06.2018); Department of Health of the executive body of the Kyiv City Council (Kyiv City State Administration) in the development of the Concept of development of the health care system in the city of Kiev, approved by the decision of the Kyiv City Council № 692/3699 dated 14.12.2017 (implementation certificate dated 23.05.2019); Municipal Research Institution «Research Institute for Socio-Economic Development of the City» in carrying out the research work «Development of methodology for rating urban health care institutions» (certificate of implementation №050 / 31-443 dated 26.10.2017); medical clinic «Boris» when implementing the system of electronic record of patients «McMed» (introduction certificate from 04.06.2019); Public Association «Irpın Development Agency» in preparation of joint projects with the state agencies for the development of the Irpın region (implementation certificate №32 of 22.03.2018); Expert Holding LLC in the preparation of the consulting report «Medical tourism in the formation of the global market of medical services: scale, regional formats, regulation»

(introduction certificate №485 from 05.02.2019). The materials and results of the dissertation research are also used in the educational process in teaching the normative and special disciplines for bachelors and masters in international economics – «International Economy», «Global Economy», «International Strategies for Economic Development» (introduction on 10.06.2019).

Keywords: medical services, health care, global public goods, national models of health care systems, transformation of health care systems, medical telecommunication technologies, international medical tourism.

Список публікацій здобувача за темою дисертації:

У наукових фахових виданнях:

1. Поворозник М. Ю. Критеріально-класифікаційна ідентифікація категорії «медичні послуги». *Економіка та суспільство*. 2016. № 6. URL: <http://www.economyandsociety.in.ua/> (0,6 д. а.).

2. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації медичних послуг. *Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал*. 2016. Випуск 11. С. 41-43 (0,4 д. а.).

3. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал*. 2017. Випуск 14. С. 25-28 (0,4 д. а.).

4. Поворозник М. Ю. Критеріальна ідентифікація медичних послуг як глобальних суспільних благ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2017. Випуск 15. С. 81-85 (0,6 д. а.).

5. Поворозник М. Ю. Міжнародний медичний туризм у формуванні глобального сегменту медичних послуг. *Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. праць*. 2017. № 63-64 (2-3). С. 16-24. (0,6 д. а.).

6. Поворозник М. Ю. Асиметричність фінансування охорони здоров'я в контексті формування ефективності надання медичних послуг. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2018. Випуск 29. С. 60-63 (0,6 д. а.).

7. Поворозник М. Ю. Трансформаційні перетворення системи охорони здоров'я в Україні: євроінтеграційний вимір послуг. *Науковий економічний журнал «Інтелект XXI»*. 2018. Випуск 1. С. 28-32 (0,6 д. а.).

8. Поворозник М. Ю. Євроінтеграційний імператив стратегічної трансформації української системи охорони здоров'я. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2018. №2 (13). URL: <http://www.easterneurope-ebm.in.ua/13-2018-ukr> (0,6 д. а.).

9. Поворозник М. Ю. Інноваційне реформування національної медичної системи: імплементація європейських фінансових і економічних практик. *Ефективна економіка*. 2018. №3. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua> (0,6 д. а.).

У зарубіжних виданнях та у наукових фахових виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз:

10. Поворозник М. Ю. Категоріальні параметри «медичних послуг» у глобальному просторі. *Бізнес Інформ. Науковий журнал*. 2016. №11. С. 14-18 (0,5 д. а.). (Ulrichsweb Global Serials Directory, Research Papers in Economics, PИИЦ, Index Copernicus, Directory of Open Access Journals, Cite Factor, Academic Journals Database, Scientific Indexing Services, Advanced Science Index, Open Academic Journals Index, Get Info, Base, Info Base Index, Open AIRE, World Cat, SUNCAT Union Catalogue, COPAC Union Catalogue, Соціонет, Open Access Library, J-Gate, Академия Google, Research Bible).

11. Povoroznyk M. Iu. The analysis of medical services models organization. *Nauka I Studia*. 2016. №24-2 (156). Przemysl, Poland. P. 70-74 (0,3 д. а.).

В інших наукових виданнях:

12. Поворозник М. Ю. Варіативність національних моделей систем медичних послуг. *Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 16-17 грудня 2016 р., м. Львів, 2016. С. 28-29 (0,2 д. а.).

13. Поворозник М. Ю. Рол та значення медичних послуг у відтворенні глобального людського ресурсу. *Ефективність політики економічного зростання: теорія, методологія та практика*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 січня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 13-15 (0,2 д. а.).

14. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз медичних послуг як глобальних суспільних благ. *Економіка, фінанси, бухгалтерський облік: сучасний стан і*

перспективи розвитку: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1 лютого 2017 р., м. Полтава, 2017. С. 8-12 (0,2 д. а.).

15. Поворозник М. Ю. Соціальні ефекти розвитку сфери медичних послуг в умовах глобалізації. *Розвиток міжнародних економічних відносин: внутрішні та зовнішні фактори впливу*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 24-25 лютого 2017 р., м. Київ, 2017. С. 20-22 (0,2 д. а.).

16. Поворозник М. Ю. Особливості сучасного міжнародного медичного туризму. *Сучасні особливості шляхів вирішення економічних проблем розвитку*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 29-30 вересня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 10-11 (0,1 д. а.).

17. Поворозник М.Ю. Форсайт кон'юнктурних критеріїв ринку медичних послуг в Україні. *Світ економічної науки*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1-27 лютого 2018 р., м. Тернопіль, 2018. С. 140-143 (0,2 д. а.).

18. Поворозник М. Ю. Узагальнюючі показники системи охорони здоров'я України як відображення структурних трансформацій галузі. *Розвиток сучасних міжнародних економічних відносин: фінансово-економічні та соціальні чинники*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 2 березня 2018 р., м. Одеса, 2018. С. 42-44 (0,2 д. а.).

ЗМІСТ

ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНА ПЛАТФОРМА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ПРИРОДИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	29
1.1. Економічна сутність медичних послуг та їх критеріально-класифікаційна ідентифікація	29
1.2. Медичні послуги у структурі глобальних суспільних благ	55
1.3. Варіативність національних моделей систем охорони здоров'я	75
Висновки до розділу 1	95
РОЗДІЛ 2. ІНСТИТУЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГЛОБАЛЬНОМУ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОМУ ПРОСТОРІ	99
2.1. Кількісно-якісні виміри трансформаційних змін у глобальній системі медичних послуг	99
2.2. Інноваційні і телекомунікаційні технології – стратегічний вектор діджиталізації системи медичних послуг	126
2.3. Міжнародний медичний туризм як трансфункціональний компонент формування глобального сегменту медичних послуг	139
Висновки до розділу 2	154
РОЗДІЛ 3. ЕНДОГЕННІ Й ЕКЗОГЕННІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ В УКРАЇНІ ІНКЛЮЗИВНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	158
3.1. Системний характер управлінсько-економічних проблем вітчизняного сектору охорони здоров'я	158
3.2. Прогнозування кон'юктурних параметрів ринку медичних послуг України у контексті макроекономічного зростання	183
3.3. Стратегічні напрями розбудови національної системи медичних послуг у форматі європейських соціальних стандартів	196
Висновки до розділу 3	222
ВИСНОВКИ	223
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	230
ДОДАТКИ	253

ВСТУП

Актуальність теми. Глобальна сервісна економіка, набувши у першій чверті ХХІ ст. чіткої інституційної, функціональної, організаційно-економічної і регуляторної архітектури, висуває у число пріоритетних галузей і секторів національних народногосподарських комплексів тих, що пов'язані з обслуговуванням людини і розширеним відтворенням людського капіталу. Найважливішими серед них є медичні послуги, які, з одного боку, мають яскраво виражену природу глобальних суспільних благ, а з другого – втілюють у собі людино-центристську парадигму світогосподарського розвитку, відбиваючи реалізацію фундаментального права людини на життя і здоров'я, а отже – отримання нею якісного медичного обслуговування.

Глобальні умови функціонування медичної індустрії значно динамізують процеси її інтернаціоналізації, що набувають свого багатовимірного прояву у нарощуванні масштабів транскордонного переміщення медичних послуг, міжнародній стандартизації їх якості, уніфікації лікувальних протоколів; світовому поширенні інноваційних діагностичних і лікувальних технологій; універсалізації механізмів державно-приватного партнерства у медичній сфері; зростанні частки медичних послуг, що надаються на міжнародному рівні та ін. Це зумовило становлення у 1980-х роках глобального ринку медичних послуг з його принципово новими якісними і кількісними параметрами, мережевими і технологічними форматами медичної бізнес-діяльності. Глибокі трансформаційні зміни у характері і рушійних силах розвитку глобальної медичної індустрії потребують глибокого теоретичного осмислення філософії даного процесу з погляду його рушійних сил, векторної спрямованості і механізму.

Найбільш повно теоретичні основи глобальних економічних трансформацій, проблематика соціалізації національних економік, функціонування світового ринку медичних послуг, оцінка ефективності різних моделей організації систем охорони здоров'я та ступінь впливу на міжнародну конкурентоспроможність країн

і націй розроблено у працях таких зарубіжних та вітчизняних вчених, як: З. Агхарахімі, Д. Асланов, В. Балас, В. Баранов, Г. Беккер, К. Бендукідзе, Е. Бензон, Й. Бен-Порет, Т. Біезен, О. Бобришева, А. Боровик, С. Бразовський, Дж. Вайсброд, О. Виноградов, Д. Геллес, П. Герасимов, О. Грішнова, М. Гроссман, П. Демкін, Е. Денісон, О. Длугопольський, І. Іринчина, І. Каленюк, В. Капур, С. Карімі, Ф.-Р. Клінган, А. Кларк, А. Колот, Г. Кундєєва, О. Лебедєв, В. Леванов, Е. Лезер, К. Лопаєва, Д. Лук'яненко, О. Лютак, К. Маквільямс, Т. Мальтус, Дж. Мінцер, А. Меддісон, К. Мьорфі, О. Павленко, К. Павлюк, С. Пеккер, Т. Пікетті, А. Поручник, Ф. Редер, Н. Резнікова, М. Римаренко, Н. Рингач, В. Рязанцева, С. Сіденко, Я. Столярчук, М. Танер, Т. Шульц, О. Устінов, Р. Філіпс, О. Хорозов, А. Шрайнер, М. Ягхоубі, А. Япсен та багатьох інших.

Однак, ціла низка теоретичних і практичних аспектів цієї багатогранної наукової проблеми залишається недостатньо розкритою й обґрунтованою. Насамперед потребує комплексного дослідження економічна природа медичних послуг та визначення їх диспозиції у системі глобальних суспільних благ. Високої актуальності набуває системний аналіз інституційно-функціональні трансформації системи медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі. Крім того, надзвичайно актуальним є на сьогодні обґрунтування ключових напрямів інституційного забезпечення формування в Україні ефективної системи медичних послуг. Таким чином комплексне дослідження глобальних трансформацій системи медичних послуг є дуже важливим як в теоретичному, так і практичному плані, що обумовило вибір теми дисертації, її мету та завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано згідно плану науково-дослідних робіт ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» у рамках міжкафедральної науково-дослідної теми факультету міжнародної економіки і менеджменту «Стратегії національного розвитку в парадигмі глобальної економічної політики» (номер державної реєстрації 0111U007630). У рамках цієї теми автором особисто підготовлено підрозділи «Стратегічні пріоритети реформування системи охорони здоров'я України» та «Глобалізаційні механізми

трансформації національних систем медичних послуг».

Мета і завдання дослідження. Метою дисертації є дослідження економічної природи медичних послуг у парадигмі сервісної економіки, розкриття масштабів, рівня і закономірностей глобальної трансформації системи медичних послуг, а також обґрунтування напрямів й інструментів медичної реформи в Україні.

Виходячи з мети дослідження, у роботі поставлено та вирішено такі конкретні завдання:

- розкрити економічну сутність медичних послуг та здійснити їх критеріально-класифікаційну ідентифікацію;
- визначити диспозицію медичних послуг у структурі глобальних суспільних благ;
- оцінити ефективність діючих національних моделей систем охорони здоров'я;
- розкрити кількісно-якісні виміри трансформаційних змін у глобальній системі медичних послуг;
- проаналізувати ключові напрями розвитку інноваційних і телекомунікаційних технологій у форматі процесів діджиталізації системи медичних послуг;
- охарактеризувати вплив міжнародного медичного туризму на формування глобального сегменту медичних послуг;
- розкрити управлінсько-економічні проблеми сектору охорони здоров'я України та спрогнозувати його кон'юнктурні параметри;
- обґрунтувати стратегічні напрями розбудови національної системи медичних послуг у форматі європейських соціальних стандартів.

Об'єктом дослідження є природа, закономірності і тенденції розвитку процесів соціалізації глобальної економіки.

Предметом дослідження є умови, чинники та механізми трансформації медичних послуг у глобальних умовах.

Методи дослідження. Дисертаційне дослідження базується на використанні принципу єдності теорії і практики, прогнозуванні розвитку економічних процесів

на основі методу наукової абстракції. Для досягнення мети і розв'язання завдань дисертаційної роботи були використані наступні методи наукового дослідження глобалізаційної трансформації системи медичних послуг: діалектичний метод (при розкритті економічної сутності медичних послуг та здійсненні їх критеріально-класифікаційної ідентифікації: пп. 1.1); історико-логічний метод (при аналізі національних моделей систем медичних послуг та характеристиці їх еволюційного розвитку: п. 1.3); системно-структурний аналіз економічних процесів та явищ (при розкритті кількісно-якісних вимірів трансформаційних змін у глобальній системі медичних послуг: п. 2.1); аналіз та синтез (при дослідженні інноваційних і телекомунікаційних технологій як стратегічного вектору діджиталізації системи медичних послуг, розкритті ролі міжнародного медичного туризму у формуванні глобального сегменту медичних послуг та системній характеристиці управлінсько-економічних проблем сектору охорони здоров'я України: пп. 2.2, 2.3, 3.1); метод кількісного та якісного порівнянь (при характеристиці медичних послуг у структурі глобальних суспільних благ та оцінці ефективності національних моделей медичних послуг: пп. 1.2, 1.3); експертних оцінок та прогностичний (при прогнозуванні кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг України та обґрунтуванні стратегічних напрямів розбудови вітчизняної системи медичних послуг у форматі європейських соціальних стандартів: пп. 3.2, 3.3).

Інформаційною та статистичною базами роботи є монографічні дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених-економістів з проблематики соціалізації глобальної економіки та розвитку національних систем охорони здоров'я; матеріали й аналітичні звіти міжнародних організацій і дослідницьких агенцій (Всесвітньої організації охорони здоров'я, ОЕСР, Групи Світового банку, ООН, СОТ, Європейської федерації медичної інформатики, Market Intelligence, Bloomberg, Reuters та ін.); результати наукових досліджень Центру охорони здоров'я і медичної допомоги (США), Міжнародного дослідницького центру з питань охорони здоров'я (США), Інституту досліджень розвитку (Філіппіни), Інституту серця «Fortis Escorts» (Індія), Університету медичних наук (Іран) та ін.; корпоративна звітність медичних компаній «American Telecare», «Cybercare»,

«Honeywell HomeMed», «Agfa HealthCare NV», «Allscripts Healthcare Solutions», «LifeWatch AG», «Medtronic», «OBS Medical Ltd.», «Siemens Healthcare», «McKesson Corp.» та ін.; статистичні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України та багато інших.

Наукова новизна одержаних результатів дисертаційної роботи полягає у формулюванні концептуального підходу до дослідження економічної природи медичних послуг як глобальних суспільних благ, розкритті інституційно-функціонального механізму трансформації системи медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі, а також обґрунтуванні пріоритетних напрямів формування в Україні інклюзивної системи охорони здоров'я.

Нові наукові положення, одержані особисто автором, які виносяться на захист, полягають у такому:

уперше:

- обґрунтовано системний характер глобалізаційної трансформації системи медичних послуг через розкриття механізмів її транснаціоналізації (міжнародна стандартизація якості медичних послуг, уніфікація національних лікувальних протоколів і кваліфікаційних вимог до лікарів і допоміжного медперсоналу, транскордонний трансфер інноваційних діагностичних і лікувальних технологій, конвергенція національних законодавств щодо ціноутворення, оподаткування і регулювання ринків медичних послуг, зростання частки їх інтернаціонального сегменту) та визначення кількісно-якісних вимірів даного процесу у єдності організаційних (цифровізація медичного обслуговування пацієнтів, диверсифікація мереж первинної медико-санітарної допомоги, звуження сегменту стаціонарного лікування, переведення системи лікування хворих на модель управління суспільним здоров'ям); фінансово-економічних (динамічне зростання частки державних витрат на медицину, посилення комерціалізації систем охорони здоров'я, наростання асиметрій у рівнях заробітних плат медпрацівників державного і приватного секторів) та інституційно-регуляторних каналів (поглиблення спеціалізації медичних закладів; нарощування у структурі медичного сервісу частки послуг хоспісів, сестринського догляду, опіки над людьми похилого віку й інвалідів, медичного обслуговування на дому; активна розбудова

колективної системи медичних послуг). Доведено, що їх синергійна дія динамізує процеси глобалізаційної трансформації системи медичних послуг у напрямі їх мереживізації і діджиталізації, глибокої конвергенції національних систем охорони здоров'я у функціональному, організаційно-економічному й інституційному вимірах, а також новітній структуризації світового ринку медичних послуг у бік сегментів задоволення якісно нових потреб глобальних споживачів у медичних і квазімедичних послугах;

удосконалено:

- комплексну характеристику медичних послуг з точки зору їх економічної природи (корисний ефект як суспільної діяльності щодо відновлення, підтримання і зміцнення здоров'я населення); диспозиції у системі глобальних суспільних благ (одночасне втілення рис патронатних і мериторних благ, головний інструмент реалізації найвищих гуманітарних і людино-центристських цінностей глобального цивілізаційного розвитку); специфіки формування глобального попиту і пропонування (прогнозованість попиту на медичні послуги, усталено високий попит на них упродовж усього життя людини, багатоманіття потреб споживачів послуг, асиметрія інформації по лінії «провайдер-споживач»); процесу продукування і відчуження (висока капіталомісткість послуг, консерватизм та складність процесу їх продукування, поєднання неприбуткового і високорентабельного видів економічної діяльності); механізму надання і фінансування (робота з персональними даними, необхідність дотримання лікарської етики та лікарської таємниці, гарантованість державою мінімального рівня задоволення соціально значущих медичних потреб усіх членів суспільства незалежно від їх матеріального стану і внеску у фонди медичного страхування). Обґрунтовано, що розширене відтворення медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі реалізується на національному, регіональному і міжнародному рівнях, забезпечується на основі складного механізму акумуляції і використання бюджетних коштів держав і регіональних блоків; медичних страхових внесків роботодавців і найманих працівників; а також фінансових ресурсів міжнародних організацій і суспільних фондів;

- методологію бенчмаркінгу конкурентних моделей національних систем медичних послуг (споживчо-орієнтованої, солідарно-корпоративної моделі Бісмарка, моделі Беверіджа та моделі Семашка) за виокремленими критеріями:

ступінь державного регулювання національних систем охорони здоров'я; співвідношення їх державного і приватного фінансування; рівень розвитку медичної індустрії, медичної інфраструктури та фармацевтичного сектору; ступінь делегування функцій з медичного обслуговування населення корпоративному сектору; ступінь доступності медичних послуг широким верствам населення; рівень реалізації прав пацієнтів; співвідношення платних і безоплатних видів медичних послуг. Констатовано, що найрозвинутішою за економічними, фінансовими, лікувально-інноваційними і технологічними параметрами є американська споживчо-орієнтована модель; тоді як з погляду інклюзивності суспільних інтересів – модель Бісмарка, що притаманна найрозвинутішим західноєвропейським країнам;

- концептуальні положення щодо оцінки ефективності діючого інструментарію реалізації корпоративних стратегій у медичній бізнес-діяльності через призму розкриття форм прояву глобального тренду її комерціалізації: оптимізація витрат лікарняних установ та вартості медичних послуг; нормування медичного майна; заміна системи постатейного кошторисного фінансування медичних закладів системою загальних (глобальних) бюджетів; їх перехід на систему фінансування залежно від кількості лікувальних випадків і госпіталізації на основі принципу схожого діагнозу. Доведено, що в умовах загострення глобальної конкуренції за пацієнтів найбільш ефективною корпоративною стратегією у медичній сфері є стратегія ринкового лідерства на основі диверсифікації портфелів медичних продуктів (через злиття і поглинання лікарняних закладів, їх об'єднання з незалежними групами лікарів; процесну оптимізацію діяльності медичних закладів; медичний аутсорсинг), що є ядром якісно нової – клієнт орієнтованої – бізнес-моделі у світовій системі охорони здоров'я;

- аналітичні підходи до прогнозування кон'юктурних параметрів ринку медичних послуг України на період до 2025 р. на основі рівнянь з найбільшим значенням коефіцієнта детермінації та з використанням показників макроекономічної динаміки і динаміки розвитку ринку медичних послуг – загальна кількість лікарів, середнього медичного персоналу, лікарняних і амбулаторно-поліклінічних закладів, лікарняних ліжок; планова місткість амбулаторно-

поліклінічних закладів; вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги; капітальні інвестиції у сфері охорони здоров'я та ін. На основі побудови кореляційно-регресійних моделей прогнозування чинників, що визначають кон'юнктурні параметри ринку медичних послуг України, встановлено найбільший вплив на нього показників валового внутрішнього продукту, подушового ВВП, сукупних ресурсів і сукупних витрат домогосподарств;

дістали подальшого розвитку:

- трактування змісту категорії «медичні послуги» як специфічної суспільної споживчої вартості, що задовольняє людські потреби у відновленні, профілактиці і підтримці здоров'я, забезпеченні високих якісних кондицій життя через корисний ефект переважно нематеріальної форми, що здійснюється на безоплатній або комерційній основі; ідентифіковано базові принципи формування глобальної системи медичних послуг інклюзивного типу: персоналізація; конвергенція соціальних і економічних інтересів суспільства; рівноправність при отриманні безоплатної медичної допомоги; гендерна недискримінація при наданні медичних послуг; диференціація медичних послуг залежно від внеску індивідів у розвиток системи охорони здоров'я;

- обґрунтування головних векторних трендів розвитку телемедичного сегменту глобального ринку медичних послуг як інструменту його діджиталізації й інноватизації – впровадження мобільних і гнучких організаційно-технологічних платформ; імплементація простих, поелементних і легко регульованих технологічних ланцюгів і операцій з діагностики і лікування пацієнтів; впровадження дистанційних форм взаємодії лікарів, консультантів, медичних працівників і пацієнтів; дистанційні консультації, навчання, моніторинг тощо. Зпрогнозовано перспективні напрями розвитку телемедицини в умовах техноглобалізму – мініатюризація контрольно-вимірювальних і діагностичних засобів; широке впровадження смарт-технологій, робототехніки та інноваційних досягнень комп'ютерної техніки й інформатики; розвиток міждисциплінарних досліджень на стику біологічних наук з фізикою, механікою, обчислювальною технікою і нанотехнологіями;

- комплексна характеристика міжнародного медичного туризму як важливого трансфункціонального компоненту формування глобального сегменту

медичних послуг на основі конкретизації ключових тенденцій його розвитку – нарощування масштабів міждержавних потоків пацієнтів, фахівців сфери охорони здоров'я та медичної техніки й обладнання; посилення регіональної спеціалізації країн, що розвиваються, і держав з новостворюваними ринками на наданні диверсифікованих, високотехнологічних і достатньо якісних медичних послуг за доступними цінами; наростання масштабів іноземного інвестування їх клінік, лікарень і діагностичних центрів; посилення стандартизації послуг, що надаються каналами міжнародного медичного туризму; нівелювання міжрегіональних диференціацій у якості й асортименті медичних послуг та ін. Встановлено, що на сьогодні міжнародний медичний туризм набув достатньо інституціоналізованого формату зі своєю інфраструктурою; системою медичного менеджменту; акредитаційними інституціями; агентствами медичного туризму та туристичними операторами;

- системна оцінка управлінсько-економічних проблем сектору охорони здоров'я України (значний брак забезпеченості високотехнологічним обладнанням і висококваліфікованим персоналом, низька якість матеріально-технічного забезпечення, низький рівень оплати праці медичних працівників та забезпеченості пацієнтів фармацевтичними препаратами та ін.). Обґрунтовано нагальну необхідність поетапного завершення медичної реформи в Україні з реалізацією комплексу заходів щодо розбудови національної системи охорони здоров'я у форматі європейських соціальних стандартів: чітке встановлення на законодавчому рівні переліку платних видів медичних послуг; розбудова первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини; розвиток регіональних мереж Центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів і госпітальних рад; диверсифікація функціональної структури лікарняних закладів охорони здоров'я вторинної ланки зі створенням лікарень планового, інтенсивного і реабілітаційного лікування; багатопрофільних дитячих лікарень інтенсивного лікування, а також консультативно-діагностичних центрів; формування інтегрованих систем медичного обслуговування на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що основні теоретичні положення, висновки і рекомендації, сформульовані автором у

дисертації, можуть бути методологічною базою для розробки ефективних механізмів реформування системи охорони здоров'я України у відповідності з європейськими соціальними стандартами. Наукові розробки, висновки і практичні рекомендації автора були використані: Міністерством економічного розвитку і торгівлі України (Мінекономрозвитку) при розробці проектів державно-приватного партнерства в медичній галузі (довідка про впровадження №3903-06/12797-09 від 26.03.2018 р.); Департаментом економіки та інвестицій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) при розробці Стратегії розвитку міста Києва до 2025 року (довідка про впровадження №050/01-4382 від 21.06.2018 р.); Департаментом охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) при розробці Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві, затвердженої рішенням Київської міської ради від 14.12.2017 р. №692/3699 (довідка про впровадження від 23.05.2019 р.); Комунальною науково-дослідною установою «Науково-дослідний інститут соціально-економічного розвитку міста» при виконанні науково-дослідної роботи «Розробка методики рейтингування міських закладів охорони здоров'я» (довідка про впровадження №050/31-443 від 26.10.2017р.); медичною клінікою «Борис» при впровадженні системи електронного запису пацієнтів «McMed» (довідка про впровадження від 04.06.2019 р.); Громадською спілкою «Ірпінська агенція розвитку» при підготовці спільних з державними установами проектах з розвитку Ірпінського регіону (довідка про впровадження №32 від 22.03.2018 р.); ТОВ «Експерт-Холдинг» при підготовці консалтингового звіту «Медичний туризм у формуванні глобального ринку медичних послуг: масштаби, регіональні формати, регулювання» (довідка про впровадження №485 від 05.02.2019 р.). Матеріали і результати дисертаційного дослідження використовуються також у навчальному процесі у ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана» при викладанні нормативних та спеціальних дисциплін для бакалаврів і магістрів з міжнародної економіки – «Міжнародна економіка», «Глобальна економіка», «Міжнародні стратегії економічного розвитку» (довідка про впровадження від 10.06.2019 р.).

Особистий внесок здобувача. Усі наукові результати, які викладено у дисертаційному дослідженні та виносяться на захист, одержані автором особисто.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися та обговорювалися на семи всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференціях: міжнародній науково-практичній конференції «Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва» (м. Львів, 16-17 грудня 2016 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Ефективність політики економічного зростання: теорія, методологія та практика», (м. Львів, 27-28 січня 2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Економіка, фінанси, бухгалтерський облік: сучасний стан і перспективи розвитку» (м. Полтава, 1 лютого 2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток міжнародних економічних відносин: внутрішні та зовнішні фактори впливу» (м. Київ, 24-25 лютого 2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні особливості шляхів вирішення економічних проблем розвитку» (м. Львів, 29-30 вересня 2017 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Світ економічної науки» (м. Тернопіль, 1-27 лютого 2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток сучасних міжнародних економічних відносин: фінансово-економічні та соціальні чинники» (м. Одеса, 2 березня 2018 р.).

Публікації. Основні положення і наукові результати дослідження опубліковано дисертантом самостійно у 18 наукових працях, з них: 9 – у наукових фахових виданнях України; 2 – у зарубіжних виданнях та наукових фахових виданнях України, які включені до міжнародних наукометричних баз даних; 7 – в інших виданнях. Загальний обсяг опублікованих робіт становить 7,1 д. а.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертаційної роботи становить 208 сторінок комп'ютерного тексту. У тексті дисертації розміщено 27 рисунків на 20 сторінках, 12 таблиць на 10 сторінках, 4 додатки на 8 сторінках. Список використаних джерел налічує 265 найменувань на 23 сторінках.

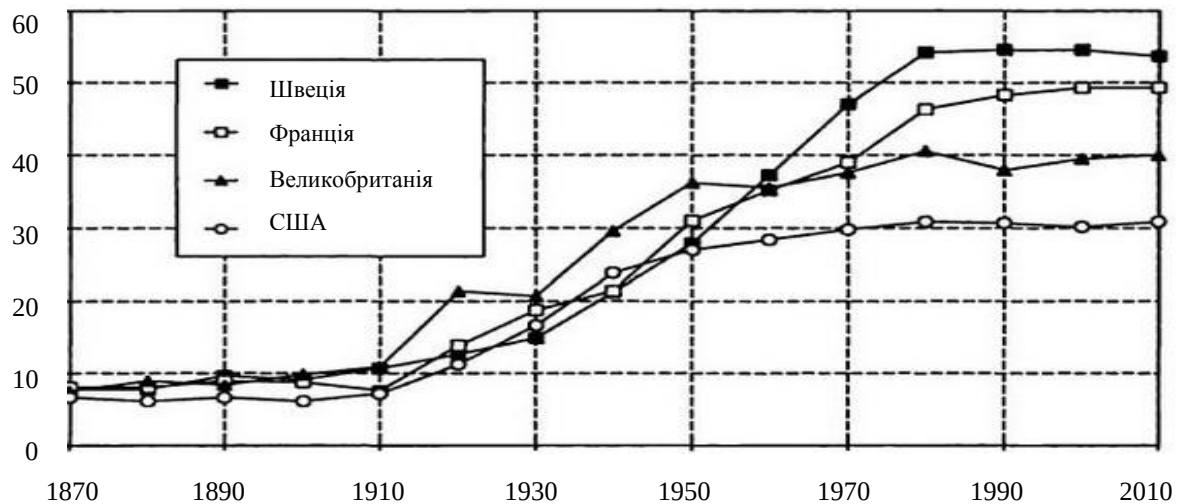
РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНА ПЛАТФОРМА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ПРИРОДИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Економічна сутність медичних послуг та їх критеріально-класифікаційна ідентифікація

На початку третього тисячоліття системна постіндустріалізація національних економічних систем, як домінуючий тренд світогосподарського поступу, набуває свого концентрованого вираження насамперед у докорінній модернізації технологічного базису сучасної ринкової системи та висуванні людського ресурсу у число пріоритетних факторів конкурентоспроможного розвитку країн і регіонів. За таких умов ключовим у національних економічних стратегіях держав набуває системна девелопментизація людського ресурсу та удосконалення умов його відтворення як на основі всебічного розвитку соціальної інфраструктури, так і диверсифікації спектру послуг, зорієнтованих на задоволення людських потреб. Красномовним підтвердженням цього є, зокрема, той факт, що у період 1920-1980 рр. у розвинутих країнах світу значно зросла частка національного доходу, що перерозподілялась на задоволення швидко зростаючих суспільних потреб і запитів населення.

Достатньо сказати, що тільки за останні півстоліття частка сукупних податків у національних доходах держав даної групи зросла щонайменше утричі (а у скандинавських країнах – у п'ятеро) (рис. 1.1). І хоча упродовж 1980-2010 рр. даний показник в усіх країнах – лідерах певною мірою стабілізувався, однак вже досягнутий на той час його рівень (30% національного доходу у США, 40% у Великобританії та 45-55% у більшості країн європейського континенту (у тому числі у Німеччині – 45%, у Франції – 50%, а у Швеції – 55% відповідно)) [210, с. 481] засвідчує колосальне значення, що його приділяють уряди держав питанням формування суспільних фондів споживання та всебічного задоволення суспільних потреб і запитів своїх громадян.



**Рис. 1.1. Частка сукупних податкових надходжень у національному доході
вибраних країн у 1870-2010 рр., % [210, с. 481]**

Загальновідомо, що сфера послуг, ще на початку індустріальної епохи виокремившись в якості самостійного виду трудової діяльності, упродовж понад двохсотлітнього періоду розвитку людської цивілізації зазнавала постійних якісних і кількісних змін, пов'язаних як з нарощуванням її капіталізації, так і диверсифікацією продуктово-видової, суб'єктної, інституційної та регуляторної структури. Більше того, усталений і незворотній тренд зростання ролі третинного сектору в економічній системі суспільства став матеріальним базисом динамічного перерозподілу на його користь виробничих ресурсів, а отже – й системної постіндустріалізації суспільного відтворення уже у глобальному масштабі. З другої половини ХХ ст. воно характеризується перетворенням сфери послуг у потужну сервісну індустрію, що пронизує нині як власне економічну сферу, так і усі інші форми людського буття. Підтвердженням цього є, зокрема, той факт, що тільки у період з 1950 р. до 2018 р. частка сфери послуг у виробництві глобального ВВП зросла з 43 [61, с. 95] до 65% [105], а у сукупній зайнятості економічного активного населення світу упродовж 1870-2018 рр. – з 23,7 [61, с. 95] до 73,3% [105] відповідно.

На відміну від товару, як матеріально-речової субстанції, послуги за своєю іманентною природою репрезентують особливу споживчу вартість процесу праці, що виражається у корисному ефекті, здатному задовольнити потреби людини, колективу і суспільства в цілому [151, с. 138]. Як влучно відзначав з цього приводу

К. Маркс, послуга є нічим іншим, як «тією частиною витрат праці, яка не набирає предметної форми, не отримує самостійного буття у вигляді відособленої від виконавця речі і не є складовою частиною вартості товару» [187, с. 149]. Інакше кажучи, ключова особливість послуги як ринкового товару (на відміну від матеріального блага, тобто звичайного товару, втіленого у речі) впливає з її суспільної корисності як діяльності, а не як речі, що власне й обумовлює одночасність процесу її виробництва і споживання.

З-поміж усього спектра сучасних послуг, спрямованих на задоволення виробничих й індивідуальних потреб людини, центральне місце, безсумнівно, посідають *медичні послуги*, які є економічними благами особливого типу, оскільки пов'язані із підтримкою і зміцненням фізичного і морального здоров'я людей¹, а також забезпеченням їм гідних умов життя та високих його якісних кондицій. Світовий досвід переконливо засвідчує, що країни з низькими показниками стану здоров'я населення і рівня розвитку національних систем охорони здоров'я зазвичай позбавлені потужних драйверів макроекономічного зростання і не здатні у довгостроковій перспективі сформувати стійку базу економічного і технологічного прогресу.

Натомість держави, що здобули значних успіхів у царині покращення здоров'я населення та боротьби із захворюваннями, зростання якості і розширення доступності медичних послуг, підвищення якісних кондицій харчування та умов життя, демонструють значно вищі показники економічного і науково-технічного розвитку. Яскраві приклади цього – промислова революція в Англії кінця XVIII ст., динамічний розвиток південних штатів США початку XX ст. та держав Східної Азії у 1950-1960-х роках та ін. Не випадково, розширення доступу населення до медичних послуг та поліпшення на цій основі його здоров'я вже упродовж багатьох

Примітка.

У даному контексті заслуговує на увагу кваліфікація категорії «здоров'я», що її дає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). У преамбулі статуту цієї інституції дається таке визначення: здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювань чи фізичних дефектів [242]. Однак, оскільки повне фізичне і душевне благополуччя є швидше ідеальним, а не реальним станом здоров'я людини, то під ним слід розуміти нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні усіх органів і систем, а також рівновагою з навколишнім середовищем за відсутності будь-яких хворобливих виявів [253].

десятиліть є одним з вагомих інструментів подолання людської бідності у світі, а інвестиційні капіталовкладення у сферу охорони здоров'я охоплюють левову частку фінансування великомасштабних програм міжнародних організацій з подолання бідності, динамізації людського розвитку та досягнення цілей тисячоліття.

З огляду на це, суттєво актуалізується питання еволюції теоретичного арсеналу дослідження ролі медичних послуг у національних економічних системах та їх наукового осмислення як багатогранної суспільної діяльності та особливої споживчої вартості процесу праці з різними формами, механізмами й інститутами відтворення людського ресурсу. Є всі підстави стверджувати, що генезис концептуалізації даної проблематики фактично бере свій початок із школи фізіократів. Зокрема, одним з перших на важливість системи медичних послуг у суспільному розвитку звернув увагу У. Петті, який у своїй праці «Слово мудрості» ще у далекому 1664 р. чітко ідентифікував економічний ефект здорових працівників.

Як основоположник трудової теорії вартості, учений оцінював на той час вартість людського життя у 60-90 англійських ф. ст., наголошуючи, що «загибель 100 тисяч людей від чумної епідемії понад звичайного числа смертних випадків означає для королівства збиток майже у 7 млн. ф. ст. і що, економічно вигідним було б витратити 70 тис. ф. ст. на попередження цієї втрати». Заслугою У. Петті є також піонерність його концептуальних підходів в обґрунтуванні характеру взаємозв'язку між здоров'ям працівників і ефективністю виробництва, який впливає, на думку ученого, з наявності прямої залежності між рівнем суспільного багатства та характером занять людей і їх здатністю до праці [205].

З далшим розвитком капіталістичних відносин основні положення фізіократів щодо пояснення економічної природи медичних послуг, їх взаємозв'язку з макроекономічною динамікою та факторів, які обумовлюють їх розвиток, були піддані серйозній ревізії у класичній політекономії. Саме класики вже у другій половині XVIII ст. впритул наблизились до сучасного теоретичного уявлення про сутнісний зміст та економічну природу медичних послуг. Так,

представник англійської політекономії А. Сміт, досліджуючи фактори економічного прогресу різних держав та зростання на цій основі добробуту їхніх громадян [246, с. 15], обґрунтував наявність тісного взаємозв'язку між здоров'ям і ефективністю виробництва. При цьому вагоме теоретичне значення, з погляду історичної перспективи, має висновок ученого про те, що «людина, яка працює, не поспішаючи ... не тільки довше збереже своє здоров'я, але й протягом року виконає більший обсяг роботи» [118, с. 149-150].

Досліджуючи фактори, що справляють визначальний вплив на здоров'я населення, А. Сміт акцентував увагу на найголовніших – географічному середовищі, розташуванні й якості землі, наголошуючи, що оскільки періоди захворювань і підвищеної смертності людей зазвичай співпадають у часі зі зростанням «дорожнечі» й інфляційного зльоту цін, то у періоди економічного піднесення окремі індивіди та суспільство в цілому мають нагромаджувати запаси з тим, щоб створити своєрідну «амортизаційну подушку» на несприятливі часи [177, с. 139]. Він підкреслював (як згодом і А. Маршалл), що «відпочинок настільки ж важливий для розвитку енергійного населення, як і матеріальні життєві засоби – їжа, одяг тощо. Надмірна ж праця у будь-якій формі знижує життєву енергію, а тривоги, турботи і надмірне розумове напруження фатально призводять до підриву тілесних сил, скорочення плодючості й ослаблення життєвої енергії нації» [188, с. 272].

Своєю чергою, Д. Рікардо у розвиток теоретичних розробок А. Сміта, вказує на пряму залежність стану здоров'я найманого працівника від рівня його заробітної плати і структури споживчих витрат, зокрема, з погляду співвідношення витрат на предмети першої і другої необхідності. Як бачимо, учений поклав в основу дослідження процесів відтворення людського ресурсу споживчо-орієнтований підхід, акцентуючи основну увагу на необхідності приведення рівня заробітних плат робітників у відповідність з їх соціальними витратами. Останні, на думку Д.Рікардо, мають включати насамперед витрати на медицину, освіту і навчання, коли крім «звичайної заробітної плати» працівники в обов'язковому порядку повинні отримувати і відшкодування витрат на охорону здоров'я. Однак, на відміну

від А.Сміта, Д. Рікардо піддавав нещадній критиці механізми вторинного перерозподілу доходів, вважаючи, що в основі механізму регулювання рівня заробітної плати повинен лежати закон попиту і пропозиції [237, с. 89].

Перша половина XIX ст. характеризується адаптацією різними авторами ідей класичної політекономії у царині досліджень медичних послуг для розв'язання найбільш актуальних теоретичних і практичних проблем соціально-економічного розвитку різних держав. Це знайшло свого концентрованого відображення у теоретичних розробках представників класичної політекономії нової хвилі: Дж.Мілля, Ж-Б. Сея, Н. Сеніора, Д. Мак-Куллоха, Т. Мальтуса та багатьох інших. Так, саме в ученні англійського економіста Т. Мальтуса знаходимо подібне до рікардіанського розуміння проблематики розвитку системи медичних послуг. Зберігаючи класичну традицію її дослідження та дотримуючись позиції щодо пріоритетності особистісного фактору у національному економічному розвитку, Т.Мальтус у своїй роботі «Досвід закону про народонаселення» наголошував, що здорове населення є запорукою поліпшення суспільного устрою та благодійності. Крім того, визначаючи бар'єри на шляху безперервного збільшення кількості населення, одним з найголовніших учений відзначив «шкідливі для здоров'я заняття, важка і надмірна праця ... нездорові життєві умови великих міст, а також різного роду надмірності, хвороби, епідемії і голод» [186].

Незважаючи на постійну увагу, що її приділяли науковці проблемам розвитку медичних послуг та їх ролі у макроекономічному зростанні країн, першою науковою теорією у трактуванні їх природи став марксизм (кінець XIX – початок XX ст.). Методологічна цінність марксистського підходу у дослідженні даної проблематики полягає передусім у його незаперечній діалектичній логічності, внутрішній цілісності і значному прогностичному потенціалі. Так, К. Маркс розглядав здоров'я працівників через призму умов праці і виробництва, обґрунтовуючи наявність тісного причинно-наслідкового зв'язку між тривалістю робочого часу та рівнем «активності життєвого процесу» працівника.

Більше того, саме марксизм уперше сформулював один з найважливіших і ніким дотепер не заперечених законів суспільного розвитку. Його сутність полягає

у тому, що виробництво і відтворення суспільного життя являють собою цілісний процес органічно пов'язаних між собою, з одного боку, виробництва і відтворення матеріального (предметного) життя, а з другого – виробництва і відтворення соціального і духовного життя самої людини [119, с. 202]. Тож у процесі суспільного розвитку ці два види відтворення хоча й набувають різного характеру і реалізуються у відмінних суспільних умовах, однак завжди співвідносяться між собою у певних пропорціях і безпосередньо впливають один на одного. З цього випливає головний теоретичний засновок марксизму, сутність якого полягає у тому, що здоров'я людини та здоровий спосіб життя цілого етносу, суспільства або соціуму за будь-яких умов відіграють вирішальну роль як у суспільному відтворенні, так і відтворенні суспільного життя у цілому. Враховуючи вагомий теоретичний внесок марксизму у проблематику ефективного використання вільного від роботи часу з метою всебічного розвитку особистості², можемо стверджувати, що саме він заклав базові основи сучасних концепцій соціалізації економіки, котрі лише у другій половині XX ст. почали активно імплементуватись у національні стратегії соціально-економічного розвитку держав – лідерів світогосподарського прогресу.

Таким чином, позитивна історична роль класичної політекономії у дослідженні медичних послуг вбачається нами передусім у її універсальності з погляду оцінки їх ролі у суспільному відтворенні та внеску у нарощування продуктивності суспільної праці. Саме це дає змогу використовувати ключові положення класичної політекономії для оцінки рівня розвитку будь-яких національних медичних систем. Крім того, базуючись на кваліфікації людського ресурсу як основного капіталу, класики політекономії також уперше впритул наблизились до кількісної оцінки частки витрат на охорону здоров'я у сукупній вартості робочої сили. Саме ці напрацювання учених вже у XX ст. заклали методологічні основи багатьох сучасних теорій економічного розвитку і знайшли

Примітка.

З цього приводу К. Маркс наголошував: «Заощадження робочого часу – рівносильне збільшенню вільного часу, тобто часу для такого розвитку індивіда, який ... зворотно впливає на продуктивну силу його праці» [187, с. 221].

широке практичне застосування при оцінюванні національного багатства країн, сукупних суспільних збитків від війн, захворювань та стихійних лих, а також при визначенні економічної віддачі від інвестиційних капіталовкладень у розвиток людського ресурсу та соціальної інфраструктури, що його обслуговує.

На новий теоретичний рівень проблему медичних послуг було піднесено у теорії людського капіталу, представники якого – Г. Беккер, Т. Шульц, В. Баласа, Й. Бен-Порет, М. Блауг, С. Боулс, Е. Денісон, Е. Лезер, Дж. Мінцер та ін. – змістили центр наукових досліджень з проблематики лише використання наявної робочої сили на формування якісно нового контингенту робочої сили. Йдеться насамперед про кваліфікацію ученими здоров'я як однієї з найважливіших складових людського капіталу, яка не тільки цінна сама по собі, але й детермінує терміни нагромадження й використання інших форм людського капіталу – освіти і професійного досвіду. Тож вважається, що інвестиції у здоров'я нарощують його запаси, а відтак – збільшують тривалість життя і зайнятості громадян, а також сумарний дохід та обсяги спожитих ними упродовж життя благ [5].

Інакше кажучи, дослідження системи медичних послуг теорією людського капіталу ведеться у більш широкому концептуальному форматі людського розвитку, економічного зростання та ролі охорони здоров'я у суспільному відтворенні. Зокрема, ця теорія дозволяє пояснити такі економічні процеси й явища, як внесок медичних послуг у макроекономічне зростання країн; формування попиту на медичні послуги та вплив доходів населення на обсяги їх споживання; медичні умови формування творчого потенціалу та високих фізичних кондицій людського ресурсу та ін.

Як бачимо, подібний широкий діапазон концептуального осмислення теорією людського капіталу ролі медичних послуг у суспільному відтворенні дав змогу розробити новітні підходи до аналізу національних систем медичних послуг через призму їх кількісної й якісної диверсифікації, яка і сьогодні продовжується, постійно збагачуючи систему медичних послуг новими їх видами. Представники теорії людського капіталу чітко кваліфікують очікувану віддачу від інвестицій в охорону здоров'я (як-то вищий рівень заробітку, більше задоволення від діяльності,

вища оцінка неринкових видів діяльності та ін.) та відносять медичні витрати до прямих витрат у структурі інвестицій у розвиток людського ресурсу. При цьому, розвиваючись у руслі неокласичного напрямку західної політичної економії, теорія людського капіталу широко використовує аналітичний інструментарій у дослідженні системи медичних послуг як неринкової форми суспільно корисної діяльності, тобто тієї сфери людської діяльності, яка раніше перебувала за межами економічного аналізу з погляду кількісної формалізації її результатів.

Так, один з представників теорії людського капіталу, американський учений М. Гроссман навіть запровадив у 1978 р. у науковий обіг категорію «капітал здоров'я», зміст якої кваліфікується як товар тривалого користування (одночасно інвестиційний і споживчий) (*health stock*), необхідний для продукування людського капіталу. Відзначаючи особливу роль системи охорони здоров'я у нарощуванні продуктивного потенціалу людського капіталу та сукупної людської здатності до праці (оскільки первинно успадкований індивідом капітал здоров'я у процесі життя постійно амортизується), М. Гроссман у рамках неокласичного підходу уперше в економічній історії розробив теоретичну й емпіричну модель попиту на здоров'я [26, с. 223-255]. Обґрунтовуючи наявність тісного зв'язку між процесами продукування здоров'я, з одного боку, та тривалістю продуктивного часу, сукупними доходами і вільним часом індивідів, з другого, дана модель дає змогу чітко ідентифікувати основні канали впливу капіталу здоров'я населення тієї чи іншої країни на її макроекономічну динаміку та загальну економічну ефективність інвестицій у здоров'я нації.

Підбиваючи підсумок, відзначимо, що практично усі концепції і теорії, що досліджували роль людського фактору у процесах суспільного відтворення, тією чи іншою мірою включали у поле наукового аналізу медичні послуги (їх внутрішній зміст та економічну природу), зорієнтовані на задоволення цілого спектру специфічних людських потреб у підтримці здоров'я та забезпеченні високих якісних стандартів життя. При цьому основний дослідницький інтерес був зосереджений переважно на багатофакторній залежності здоров'я людини від умов її життєдіяльності, а також взаємозв'язку між здоров'ям населення і масштабами

суспільного багатства. Однак самій категорії «медичні послуги» як і розкриттю їх соціально-економічної ролі з боку науковців не приділялось належної уваги.

Нині всі ми є свідками суттєвого зростання суспільної значущості сфери медичних послуг, оскільки важко назвати будь-яку сферу суспільно корисної діяльності, від якої людина була б настільки залежною, як від сфери охорони здоров'я. З усією очевидністю окреслившись в останні десятиліття, ця залежність знаходить свій багатовимірний вияв, на нашу думку, як *на рівні виробництва суспільного продукту* (зростання частки сукупних ресурсів, що залучаються сферою охорони здоров'я), та і *на рівні його споживання* (що виявляється, зокрема у зростанні частки витрат на охорону здоров'я у складі сукупних споживчих витрат домогосподарств). Звернімось до цифр: тільки у період 1980-2018 рр. середньорічні сукупні споживчі витрати американців на охорону здоров'я (за усіма групами споживачів з урахуванням витрат на медичне страхування) зросли з 728 [90, с. 439] до майже 5 тис. дол. США (у тому числі на медичне страхування – 3,4 тис. дол.) [11]. За даними ОЕСР, норма валового нагромадження основного капіталу (за усіма видами активів) у сфері охорони здоров'я тільки упродовж 2000-2017 рр. зросла з 0,56 до 0,62% валового внутрішнього продукту у США; з 0,28 до 0,31% у Великобританії; з 0,62 до 0,75% в Австрії; з 0,36 до 0,66% у Данії; з 0,23 до 0,39% у Фінляндії та з 0,23 до 0,64% у Франції. На кінець 2017 р. норма нагромадження основного капіталу у сфері інфраструктурного забезпечення медичної індустрії становила у Канаді 0,4%, у Фінляндії – 0,3%, у Швеції – 0,2%, в Ірландії – 0,2% відповідно; а у сфері забезпечення машинами і медичним обладнанням у Канаді – 0,2%, в Ірландії – 0,3%, у Швеції – 0,2% відповідно [25].

У цьому зв'язку необхідно також наголосити, що розвиток сфери медичних послуг не слід розглядати у звуженому форматі лише кількісного перерозподілу ресурсів між ключовими секторами суспільного виробництва. Високої актуальності набуває також якісний бік даного процесу, а саме: суттєве зростання ролі медичних послуг у суспільному розвитку і розширеному відтворенні людського ресурсу. Їх функції у цих процесах мають як загальний, так і специфічний характер у силу різної природи результату суспільно корисної

діяльності у сфері медичного обслуговування. Так, з одного боку, лікувальна діяльність позитивно впливає на фізичні кондиції людини, зміцнює її здоров'я, звільняє від захворювань або полегшує їх дію на хворого; а з другого – здійснює профілактику здоров'я, наближуючись у своїх функціях до суспільно корисної діяльності у сфері фізичної культури та спорту, екологічної і природоохоронної діяльності, а також інших їх видів, котрі ні у доктрині охорони здоров'я, ні у правовому відношенні не розглядаються в якості медичних.

Своєю чергою, *специфічна економічна функція медичних послуг* полягає у подовженні продуктивного періоду використання людського ресурсу у суспільному виробництві. Йдеться про те, що медичні послуги, будучи спрямованими за своєю природою на забезпечення високого рівня фізичного і морального здоров'я населення, формують нині значну частину виробничого капіталу людини, а відтак – справляють потужний каталізуючий вплив на загальну динаміку економічного прогресу не тільки на індивідуальному, а й на макроекономічному рівні. Подібний механізм впливу медичних послуг на макроекономічне зростання країн та їх міжнародні конкурентні позиції обумовлений самим процесом споживання даних послуг, що забезпечує виникнення низки економічних ефектів, пов'язаних з розвитком людського ресурсу як невід'ємного компоненту процесу суспільного відтворення.

Отже, економічні ефекти функціонування медичної індустрії впливають з: *по-перше*, наявності тісного взаємозв'язку між станом здоров'я громадян та тривалістю періоду продуктивного використання їхнього людського ресурсу, а отже – терміном отримання ними доходів; *по-друге*, безпосереднього впливу здоров'я людей як носіїв генетичної інформації на якісні кондиції людського ресурсу наступних поколінь; *по-третє*, взаємозв'язку між станом фізичного і психічного здоров'я людей та можливостями здобуття ними освіти, професійної підготовки та здійсненням інших видів суспільного інвестування у людський розвиток. Як слушно відзначає з цього приводу російський учений О. Анчишкін: «Якби підвищення рівня наукових знань не супроводжувалось відповідним збільшенням тривалості життя людини, особливо періоду її працездатності, то

ефективність освітніх витрат була б надзвичайно низькою ... вони не приносили б віддачі і, отже, не могли б відтворюватися» [261, с. 84]. На підтвердження цієї тези можна навести такі дані: якщо у кам'яному і бронзовому віках тривалість життя людини не перевищувала 18 років, у період Римської імперії – 25-30 років, у феодальній Європі – 21 рік, у Європі XIX ст. – 34 роки [261, с. 84], у 1900 р. – 35 років, то у 2000 р. – 65,4 років, у 2010 р. – 67,7 років, а до 2050 р. – прогнозується 75 років [253, с. 29].

Кваліфікація здоров'я населення як економічної категорії в якості обов'язкового елемента передбачає економічну оцінку як здорового людського життя, так і здоров'я учасників процесу суспільного виробництва, розподілу і споживання матеріальних і духовних благ, медичної допомоги з урахуванням рівня її складності, а також лікарняного і медико-технічного забезпечення. Зрозуміло, що для прискорення процесу нагромадження людського капіталу вкрай необхідним є ефективний економічний механізм, здатний не тільки забезпечувати здоров'я населення шляхом профілактики захворювань, надання медичної допомоги, поліпшення умов праці, життя і харчування; але й сприяти прояву кожною людиною усіх своїх потенційних можливостей на основі її особистої зацікавленості. При цьому забезпечення зростання потенціалу здоров'я населення стає можливим тільки на основі сучасної медичної індустрії, яка характеризується посиленням інтеграції індустріального комплексу, соціальної допомоги і страхування з медичними послугами, а отже – створенням єдиного медико-індустріального і медико-соціального комплексу.

Не слід скидати з рахунків і особливої *соціальної ролі*, яку виконують нині медичні послуги. Вона полягає у формуванні системою охорони здоров'я людинолюбної етичної атмосфери та реалізації нею найвищого принципу гуманізму і соціальної справедливості. Це набуває свого концентрованого вираження насамперед у подовженні тривалості життя людей, підвищенні рівня здоров'я і якості медичної допомоги, скороченні рівня захворюваності, наданні доступної й ефективної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я різного рівня, а також доступі хворих до безкоштовних і недорогих лікарських препаратів,

призначених лікарем. Не випадково, ключовими пріоритетами реалізації Стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з досягнення здоров'я у XXI ст., яка носить назву «Здоров'я – 2020», проголошено: поліпшення здоров'я для усіх жителів планети і скорочення нерівності стосовно доступу до систем його охорони; удосконалення лідерства та колективного керівництва в інтересах здоров'я на основі нарощування інвестування у людське здоров'я на всіх етапах життя людини і розширення прав і можливостей громадян, розв'язання найбільш актуальних проблем у галузі охорони здоров'я, зміцнення соціально орієнтованих систем охорони здоров'я, розвитку потенціалу охорони громадського здоров'я, підвищення готовності та вдосконалення епіднагляду та реагування при надзвичайних ситуаціях, а також створення підтримуючого середовища та забезпечення стійкості місцевих спільнот до зовнішніх негативних впливів [160].

Саме досягнення вищеназваних пріоритетів стратегії «Здоров'я – 2020», на думку експертів ВООЗ, дасть змогу не тільки досягти цільових показників щодо зниження рівня захворюваності населення та подовження очікуваної тривалості його життя, але й знівелювати міжкраїнові диференціації у здоров'ї населення та доступі до систем його охорони, а також забезпечити населення доступною й якісною медичною допомогою та поліпшити соціально-економічні й екологічні умови його життя, у тому числі на основі широкого залучення громадськості до справи охорони здоров'я.

Ще одним вагомим соціальним ефектом розвитку сфери медичних послуг є *докорінні зміни у структурі суспільних потреб*, а саме: пріоритезація людських потреб в охороні здоров'я, пов'язаних із забезпеченням високої якості життя особистості. Йдеться про те, що суттєве ускладнення техніки і технологій, підвищення стандартів життя населення і його соціальної активності, а також постійний якісний розвиток людського ресурсу зумовили поступове розширення спектру суспільних потреб, пов'язаних із збереженням і відновленням здоров'я. Більше того, вибухоподібний розвиток сфери медичних послуг та їх стрімка диверсифікація у глобальних умовах стають ключовим драйвером формування у структурі потреб людини таких запитів у медичних послугах, про які вона раніше

не мала жодного уявлення. Йдеться, зокрема, про послуги естетичної медицини та косметології, пілінгу і мезотерапії, біоревіталізації і контурної пластики, пластичної хірургії і дермабразії, антропометричної косметології й естетичної стоматології тощо.

Світовий досвід засвідчує, що формування у населення якісно нових потреб у медичних послугах відбувається нині і під потужним впливом розширення його поінформованості про інноваційні методики лікування й діагностики захворювань та прагнення у будь-який спосіб скористатись ними. Своєю чергою, зростаючі очікування громадян на лікувальний ефект і їх завищені вимоги до додаткового пакету медичних послуг стимулюють фармацевтичні компанії дедалі активніше реалізовувати стратегії агресивного маркетингу. Їх ядром є стимулювання страху у споживачів медичних товарів за своє здоров'я і поширення ажіотажу з приводу появи нових і дуже дорогих лікарських препаратів, засобів і методик. Йдеться про те, що споживачам активно пропонуються, а нерідко і нав'язуються медичні засоби для поліпшення структури волосся і шкіри, лікування легкої депресії, поліпшення сексуальної функції, зниження рівня холестерину, стимулювання активності й інтелектуальних здібностей тощо. Не випадково, заручником глобальної медичної індустрії стає нині середній клас, який турбується про своє здоров'я і має платоспроможний попит навіть на ті медичні послуги, що не покриваються системою медичного страхування.

Характеризуючи медичні послуги, слід особливо відзначити, що у нинішньому форматі суспільного розвитку саме вони акумулюють у собі найпередовіші інновації у сфері наук про життя, досягнуті за весь історичний період людської цивілізації. Даний вид сервісної індустрії зорієнтований на задоволення як усталених, традиційних людських потреб у підтримці й зміцненні здоров'я, так й якісно нових запитів, пов'язаних з підвищенням естетичних, екологічних і гармонійних норм людської життєдіяльності. У даному контексті принагідно відзначити не тільки глибокі якісні зміни, яких зазнає суб'єктна структура системи медичних послуг у глобальних умовах, але й докорінну трансформацію форм, методів та інструментарію медичного менеджменту. Так,

якщо протягом другої половини XX ст. превалюючим методом регулювання соціально-економічної сфери було пряме втручання держави в економіку на засадах кейнсіанства, то на сьогодні уряди розвинених країн світу надають перевагу неоліберальним методам регулювання, здійснюючи його через кредитно-грошову, фіскальну, монетарну, конкурентну і, навіть, зовнішньоекономічну політику.

Характеризуючи тенденції розвитку сфери медичних послуг на початку XXI ст., не можна оминати увагою і докорінну зміну їх парадигми, пов'язану з епідеміологічним переходом від інфекційного до переважно неінфекційного типу патології, а також збільшенням тягаря захворювань і потреб у медичних послугах колективного та індивідуального характеру [253, с. 28-31]. Тож за умов набуття медичними послугами якісно нового статусу у глобальній сервісній індустрії та перетворенням в одне з основних джерел людської активності у пізнавальній та практичній діяльності з другої половини XX ст. виникає гостра потреба у розкритті їх економічної природи та класифікації, а також комплексному дослідженні процесів їх інтернаціоналізації та глобальної трансформації.

Крім того, висока динаміка розвитку і зростаючі масштаби капіталізації національних і світового ринку медичних послуг об'єктивно вмотивовують і його регуляторні інститути розширювати їх класифікаційну ідентифікацію у контексті більш повного відображення сучасного характеру і закономірностей розвитку медичного сегменту глобальної сервісної індустрії. У даному контексті принагідно відзначити, що нагальна необхідність проведення класифікації медичних послуг уперше з усією очевидністю була усвідомлена на міжнародному рівні тільки у 1971р. і первинно вона обмежувалась виключно сферою хірургічного втручання. Так, перша Міжнародна класифікація медичних послуг побачила світ у 1978 р. і практично до кінця 1980-х років вона не змінювалась.

Однак, вже з початку 1990-х років дедалі більшою мірою наростає розрив між світовою практикою надання медичних послуг та діючими стандартами їх класифікаційної ідентифікації і критеріями документальної бази міжнародного рівня. Більше того, висока динаміка розвитку медичних послуг, урізноманітнення

лікувальних методик, стрімкий інноваційно-технологічний прогрес у сфері лікування і профілактики захворювань чимраз більше вмотивовують регуляторні інститути світової медичної індустрії розширювати класифікаційну ідентифікацію медичних послуг з метою повного теоретичного відображення імplementованого на практиці арсеналу лікувальних і профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я.

Так, один з важливих методичних підходів класифікаційної ідентифікації медичних послуг розробили експерти ООН. Вона базується на класифікації міжнародної статистичної системи ISIC Rev.4 (*International Standard Industrial Classification Rev.4*) і відносить медичні послуги до так званих видів діяльності у сфері здоров'я людини та соціальної роботи (*Section Q Human health and social work activities*). Вони включають діяльність лікарень (загального або вузькопрофільного спрямування); психіатричних і наркологічних медичних закладів; санаторіїв і профілакторіїв; будинків престарілих, притулків і реабілітаційних центрів; інших установ сфери охорони здоров'я, що мають власні приміщення і беруть участь у забезпеченні діагностичного і медичного лікування стаціонарних хворих. Діяльність у сфері людського здоров'я, згідно методичного підходу ООН, включає також медичне консультування, стоматологічну практику та парамедицину [46, с. 252].

Таким чином, у своєму агрегованому форматі медичні послуги, згідно методичного підходу ISIC Rev.4, репрезентуються нині трьома їх групами: госпітальною діяльністю; діяльністю, пов'язаною з медичною і стоматологічною практикою; іншою діяльністю у сфері людського здоров'я (табл. 1.1). Саме такий підхід лежить нині в основі формування національних систем медичних послуг, зокрема, і держав-членів Європейського Союзу. Однак, з методологічного і методичного погляду він має дещо формальний характер, оскільки спрямований, насамперед, на оптимізацію збору, оброблення і структурування інформаційних, статистичних і фактологічних даних, які стосуються функціонування медичної індустрії різних країн світу, а не на ідентифікацію ресурсного забезпечення цих послуг, їх об'єктної, суб'єктної, інституційної та регуляторної структури, а також

визначення їх соціально-економічного ефекту та ступеня впливу на процес суспільного відтворення.

Таблиця 1.1

Класифікація діяльності у сфері людського здоров'я у Міжнародному класифікаторі видів економічної діяльності (ISIC Rev.4) [46, с. 59-60]

Секція	Група	Клас	Види діяльності у сфері людського здоров'я
Q «Здоров'я людини та соціальна робота»	Розділ 86 «Діяльність у сфері людського здоров'я»		
	861	8610	Діяльність закладів охорони здоров'я (госпітальна діяльність)
	862	8620	Медична і стоматологічна практика
	869	8690	Інша діяльність у сфері людського здоров'я
	Розділ 87 «Догляд за місцем проживання»		
	871	8710	Інтернатна діяльність сестринського догляду
	872	8720	Догляд за хворими з розумовою відсталістю, розладами психічного здоров'я та токсикоманами
	873	8730	Догляд за особами похилого віку та інвалідами
	879	8790	Інші послуги щодо догляду за хворими
	Розділ 88 «Соціальні послуги для безхатченків»		
	881	8810	Соціальні послуги для осіб без постійного місця проживання
	889	8890	Інші види соціальних послуг для осіб без постійного місця проживання

Своєю чергою, експерти Світової організації торгівлі систематизують і класифікують медичні послуги в якості об'єктів міжнародного обміну. Згідно ст. 1 Угоди ГАТС, вони можуть надаватись чотирма способами: транскордонним постачанням – з території однієї країни на територію іншої; пересуванням споживача у країну, де надається послуга («споживання за кордоном»); заснуванням постачальником однієї країни комерційної присутності на території іншої країни («комерційна присутність»); наданням послуги постачальником однієї країни на основі присутності своїх фізичних осіб на території іншої країни («переміщення фізичних осіб»).

У класифікаторі ГАТС медичні послуги віднесені, з одного боку, до професійних послуг (послуги у сфері медицини і стоматології – код СРС – 9312), а з другого – до розділу VIII «Послуги охорони здоров'я і соціальної допомоги» (послуги лікарень – код 9311; інші послуги з охорони здоров'я людини – код 9319 (крім 93191); послуги соціальної допомоги (послуги з догляду за пристарілими,

дітьми, інвалідами з проживанням і без, відновлення працездатності та ін. – код 933) [167]. Як бачимо, подібний перелік медичних послуг є дуже обмеженим і не відбиває їх сучасної природи, продуктово-видової багатоманітності та визначальної ролі у відтворенні глобального людського ресурсу.

Ще один методичний підхід до класифікаційної ідентифікації медичних послуг розробили експерти ВООЗ. Реалізуючи одну з ключових глобальних функцій цієї організації – формування уніфікованої на для усіх країн системи показників і індикаторів оцінки ефективності функціонування світової системи охорони здоров'я – вони розробили і розвивають нині так зване Сімейство міжнародних класифікацій (FIC). Ці класифікації зорієнтовані на підготовку аналітичної інформації щодо ефективності надання медичних послуг у різних країнах за найрізноманітнішими напрямками, здійснюючи бенчмаркінг статистичних даних на національному і міжнародному рівнях та забезпечуючи її стандартизацію, зберігання, аналіз і інтерпретацію.

Сучасні Сімейства медичних класифікацій ВООЗ базуються на чотирьох видах медичних кодів – діагностичних, процедурних, фармацевтичних і топографічних) і агреговано включають три типологічні класифікаційні групи: пов'язані, споріднені і похідні медичні класифікації (рис. 1.2). Виходячи з цього, можна ідентифікувати класифіковані експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я ключові види медичних послуг: послуги первинної медичної допомоги; послуги у сфері травматології та технічної підтримки осіб з обмеженими можливостями; хірургічні послуги; послуги у сфері лікування онкологічних і неврологічних захворювань, психічних і поведінкових розладів; стоматологічні послуги.

Однак, найбільш широкою і адекватною класифікацією медичних послуг є нині, на нашу думку, класифікація експертів ОЕСР, які дотримуються специфічного методологічного підходу як щодо визначення сутності медичних послуг, так і класифікації їх диверсифікованих видів. Ключова відмінність даного підходу впливає з того, що його основою є система національних рахунків охорони здоров'я (*System of Health Accounts*), що використовується нині у

державо-членах даної організації для збору, аналізування й описування фінансових потоків у медичній сфері; координації джерел державного, суспільного і приватного її фінансування; а також контролю за рівнем медичних витрат суспільства (на медикаменти, медичні товари і послуги та ін.) у розрізі постачальників та видів медичних послуг.

Пов'язані медичні класифікації

- Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC); Міжнародна класифікація зовнішніх причин травм (ICECI); Анатомічна і лікувальна класифікація хімічних засобів з визначенням добових доз (ATC); Технічні засоби для осіб з обмеженими можливостями (ISO 9999)

Споріднені медичні класифікації

- Міжнародна класифікація захворювань (ICD); Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності і здоров'я (ICF); Міжнародна класифікація медичних втручань (на стадії розроблення) (ICHI)

Похідні медичні класифікації

- Міжнародна класифікація онкологічних захворювань, третє видання (ICD-0-3); Класифікація психічних і поведінкових розладів (МКБ-10); Застосування МКБ у стоматології і стоматологічній практиці, третє видання ((МКБ-DA); Застосування ICD у неврології (МКБ-10-NA); Міжнародна класифікаційна версія для дітей і молоді (ICF-CY)

Рис. 1.2. Типологія Сімейства медичних класифікацій ВООЗ [106, с. 8]

Це дає змогу не тільки проводити багатокритеріальний бенчмаркінг витрат та структурних змін у медичній індустрії, але й комплексно аналізувати процес споживання суспільством медичних послуг, забезпечувати повний моніторинг процесу використання медичною сферою фінансових ресурсів і грошових потоків, а відтак – оцінювати її перспективні потреби у ресурсному забезпеченні та реалізовувати ефективні механізми оптимізації її фінансових витрат.

Виходячи з такого методологічного засновку, є всі підстави стверджувати, що класифікаційна ідентифікація медичних послуг експертами ОЕСР має чітко виражений споживчо-, функціонально- і витратно-орієнтований характер (із

загальним агрегуванням поточних витрат за видами медичної допомоги, джерелами фінансування і постачальниками послуг з урахуванням індексів цін на охорону здоров'я). Класифікуючи медичні витрати суспільства відповідно до споживання, ресурсного забезпечення та фінансування [256, с. 48], система національних рахунків охорони здоров'я ОЕСР по суті відбиває їх співвідношення між такими базовими «стовпами» будь-якого лікувального процесу як реалізація його функцій; постачальники; фінансові агенти. Інакше кажучи, зв'язок між фінансовими і немонетарними даними національної медичної системи дає змогу здійснювати моніторинг руху грошових коштів між її підрозділами з урахуванням механізмів фінансування, постачальників та наданих послуг [256, с. 49].

Таким чином, багатовимірність і комплексність системи медичних послуг у кваліфікації експертів ОЕСР лежать в основі виокремлення ними таких агрегованих (з погляду функціонального призначення) видів послуг, що надаються нині медичної індустрією кожної країни, як-от: послуги лікувальної допомоги; послуги реабілітаційної допомоги; послуги довгострокового сестринського догляду; допоміжні послуги в галузі охорони здоров'я; послуги з розподілу товарів медичного призначення для амбулаторних пацієнтів; медичні послуги профілактичного характеру; послуги у сфері медичного адміністрування і страхування (табл. 1.2).

Виходячи з вищенаведеного, можемо виокремити *такі головні конкурентні переваги методичного підходу експертів ОЕСР* до класифікації медичних послуг:

- високодиверсифікований характер сутнісної ідентифікації медичних послуг з включенням до їх переліку як власне діяльності у сфері лікувальної справи, реабілітаційної допомоги та сестринського догляду, так і широкого спектру послуг щодо профілактики захворювань, фінансового забезпечення медичної сфери, а також послуг управлінського, розподільчого та маркетингово-логістичного характеру;
- домінування принципу персоніфікації надання медичних послуг та розширений формат їх суб'єктної структури з виділенням у їх структурі самостійного сегменту послуг, пов'язаних з процесами розширеного відтворення у

сфері медичної індустрії, а саме: формуванням основного капіталу медичних установ, освітою і навчанням медичного персоналу, досліджень і розробок (ДіР) у медичній сфері та охороною довкілля;

Таблиця 1.2

Видова класифікація медичних послуг ОЕСР у рамках системи національних рахунків охорони здоров'я [3, с. 114-115]

Код медичної послуги	Вид медичної послуги	Код медичної послуги	Вид медичної послуги	Код медичної послуги	Вид медичної послуги
1. Послуги лікувальної допомоги		4. Допоміжні послуги у сфері охорони здоров'я		НС 6.4	Профілактика неінфекційних захворювань
НС 1.1	Стационарна лікувальна допомога	НС 4.1	Клінічна лабораторія	НС 6.5	Послуги з охорони праці
НС 1.2	Денна лікувальна допомога	НС 4.2	Діагностична візуалізація	НС 6.9	Інша послуги профілактичного характеру
НС 1.3	Амбулаторна лікувальна допомога	НС 4.3	Транспортування пацієнтів і аварійно-рятувальні послуги	7. Послуги у сфері медичного адміністрування і страхування	
НС 1.4	Послуги лікувальної допомоги на дому	НС 4.4	Інші види допоміжних послуг	НС 7.1	Адміністративні послуги органів державного управління медичною сферою
2. Послуги реабілітаційної допомоги		5. Розподіл товарів медичного призначення		НС 7.2	Послуги приватного медичного страхування
НС 2.1	Стационарне лікування осіб, що проходять реабілітацію	НС 5.1	Розподіл фармацевтичних препаратів та медичних товарів короткострокового користування	R. Інші види пов'язаних зі здоров'ям послуг	
НС 2.2	Денна реабілітаційна допомога			НС R. 1	Формування основного капіталу медичних установ
НС 2.3	Амбулаторна допомога особам, що проходять реабілітацію	НС R. 2		Освіта і навчання медичного персоналу	
НС 2.4	Послуги реабілітаційного догляду на дому	НС R. 3		Дослідження і розробки (ДіР) у медичній сфері	
3. Послуги довгострокового сестринського догляду		6. Медичні послуги профілактичного характеру		НС R. 5	Охорона довкілля
НС 3.1	Стационарний сестринський догляд	НС 6.1	Послуги у сфері материнства і дитинства	НС R. 6	Соціальні послуги хворим у натуральній формі
НС 3.2	Денний сестринський догляд	НС 6.2	Медичні послуги у шкільних закладах	НС R. 7	Надання грошової допомоги хворим
НС 3.3	Сестринський догляд на дому	НС 6.3	Профілактика інфекційних захворювань		

- міждисциплінарність у визначенні сутності та класифікації медичних послуг з охопленням також сегменту медичних послуг та робочому місці та соціальної допомоги хворим особам (соціальні послуги хворим у натуральній і грошовій формах);

- конкретизація страхового механізму фінансування медичних витрат та чітка інституціоналізація ринку медичних послуг з виокремленням у його структурі

державного, комерційного та суспільного секторів, які у синергійній взаємодії здатні забезпечити системне медичне обслуговування населення.

Отже, можна зробити висновок, що підхід ОЕСР щодо визначення сутності медичних послуг характеризується високим рівнем економічної обґрунтованості. Їх природа розкривається через призму функціонального призначення медичних послуг (функції особистої медичної допомоги – лікувальної, реабілітаційної та довгострокового сестринського нагляду) та способу їх продукування (стаціонарне, денне та амбулаторне лікування, догляд за місцем проживання пацієнта та ін.). При цьому формат медичних послуг включає як власне медичну допомогу особам, котрі її потребують, так і задоволення медичних потреб економічно активної і здорової частини населення, пов'язаних з профілактикою здоров'я й отриманням послуг у сфері охорони праці.

Узагальнення існуючих на сьогодні трактувань сутності категорії «медичні послуги», дозволяє зробити наступні висновки:

- по-перше, незважаючи на стрімке розширення в останні десятиліття ринкового сегменту медичних послуг, дотепер у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі наявні значні труднощі щодо теоретичного визначення категорії «медичні послуги» та її теоретико-методологічної й методичної операціоналізації. З огляду на те, що їх економічна природа має неоднозначний, дискусійний та багатовимірний характер, а також відбиває контекст соціально-економічних відносин та гуманітарної парадигми, для ідентифікації даного поняття у наукових літературних джерелах нерідко використовуються такі однорядкові категорії, як «медична допомога», «медичне обслуговування», «охорона здоров'я». Останні хоча й мають подібний до медичних послуг зміст та включають практично однотипний перелік різноманітних видів послуг у медичній сфері, однак не виражають повною мірою економічної сутності категорії «медичні послуги» як особливої, суспільно корисної, незалежної за змістом і творчої за характером діяльності, результати якої піддаються кількісній формалізації і можуть бути оцінені відповідними економічними показниками, індикаторами й критеріями.

- по-друге, жодне з наведених визначень категорії «медичні послуги» не віддзеркалює повною мірою системність відтворювальних процесів у сфері охорони здоров'я, її транснаціоналізацію і формування у структурі глобального ринку самостійного і постійно зростаючого сегменту – ринку медичних послуг;

- по-третє, у сучасних наукових підходах домінує національний підхід до аналізу системи медичних послуг, тоді як в умовах глобалізації дедалі більшою мірою розширюється їх транснаціоналізаційний сегмент, пов'язаний, зокрема, з розвитком медичного туризму, наданням медичних послуг з боку міжнародних урядових і неурядових організацій та ін.

На нашу думку, медична допомога населенню є лише складовою більш широкої і місткої *категорії «медичні послуги»*, під якою ми розуміємо специфічну суспільну споживчу вартість, яка задовольняє людські потреби у підтримці здоров'я і забезпеченні високих якісних кондицій життя через корисний ефект переважно нематеріальної форми, що здійснюється на безоплатній або комерційній основі. До медичних потреб належать як потреби у збереженні, підтримці і відновленні здоров'я, так і у запобіганні захворюванням й інвалідності, забезпеченні високої здатності до праці і соціальній активності, високій якості життя та довголітті. І задоволенню цих насущних людських потреб безпосередньо слугують медичні послуги, які є результатом діяльності медичного персоналу (медичних спеціалістів, лікарів загальної практики, включаючи фельдшерів, медичних сестер та працівників суміжних медичних спеціальностей [107]) щодо профілактики, діагностики, консультування та лікування, а також здійснення адміністративно-господарських, управлінських та інших дій, спрямованих на збереження, зміцнення, поліпшення, відтворення індивідуального та громадського здоров'я [126, с. 14].

Ключовими іманентними рисами медичних послуг як товару з урахуванням специфіки їх економічної природи, механізму надання і фінансування є, *по-перше*, те, що вони корисні не як річ, а як соціально корисна діяльність, зорієнтована на формування корисного суспільного ефекту відновлення, підтримання і зміцнення здоров'я населення.

По-друге – це загальновизнана гарантованість з боку держави забезпечення громадянам певного їх набору, який передбачає мінімальне задоволення соціально пріоритетних медичних потреб усіх членів суспільства незалежно від їх матеріальних можливостей і внеску у фонди медичного страхування. За таких умов можливість отримання подібного мінімального «медичного пакету» є невід’ємним, природним правом людини у контексті реалізації принципу гуманізму – найвищого принципу існування суспільства, а гарантом реалізації цих прав є держава. Однак, звідси випливає ключова економічна суперечність національних систем охорони здоров’я, а саме: між високовартісними медичними технологіями і державними гарантіями медичного обслуговування населення, що має своїм наслідком глибокий розрив і невідповідність цін на медичні послуги у рамках державної і приватної систем медичного страхування.

По-третє, попит на медичні послуги є відносно прогнозованим і, на відміну від інших комерційних видів сервісної індустрії, їм завжди властива асиметрія інформації по лінії «провайдер-споживач», оскільки пацієнт найчастіше позбавлений можливості оцінити як рівень кваліфікації лікаря, так і якість медичної техніки й ефективність лікарських засобів. У зв’язку з цим для медичних послуг зазвичай відсутні об’єктивні показники оцінки якості, як і неможливим є встановлення прямого взаємозв’язку між ціною і якістю отриманої медичної послуги. Остання завжди пов’язана з коротко- і довгостроковими результатами лікування конкретних захворювань конкретними провайдерами медичних послуг і з урахуванням загального стану здоров’я конкретного пацієнта. Не слід скидати з рахунків й імовірності недолугої організації системи обміну інформацією при наданні медичних послуг, що є вагомим гальмуючим фактором при діагностуванні захворювань та призначенні лікування, а нерідко вимагає навіть економічних витрат на проведення додаткових медичних процедур і виправлення допущених лікарем помилок.

По-четверте, у політекономічному контексті медичні послуги можуть бути кваліфікованими як відносини економічної власності з приводу їх надання або відчуження виробниками та одночасного привласнення споживачами за певну

плату або на безоплатній основі. Тож центральними питаннями у процесі відтворення медичних послуг є, по-перше, власність на засоби виробництва, використовувані у процесі їх надання (державна, приватна чи змішана); по-друге, джерела фінансування сфери охорони здоров'я (бюджетні кошти, кошти страхових компаній та суспільних фондів, ресурси самого пацієнта та ін.); по-третє, форми привласнення отриманих доходів та характер їх розподілу.

По-п'яте, медичні послуги *репрезентують як неприбутковий, так і високорентабельний вид економічної діяльності*, що відповідно обмежує або розширює можливості їх продуктово-видової, суб'єктної, інституційної та регуляторної диверсифікації.

По-шосте, не можна оминати увагою і таку специфічну рису медичних послуг як їх *висока капіталомісткість*, за якою медична сфера без перебільшення посідає перше місце з-поміж галузей і секторів національних економік (поступаючись в окремих країнах тільки науково-освітній сфері). Висока капіталомісткість даного виду послуг та колосальні їх вартісні обсяги обумовлені насамперед нерегульованістю з боку держави процесу ціноутворення та медичні послуги; значною частотою звернень за медичною допомогою та невідкладним характером її надання; високою вартістю медичних технологій, обладнання і лікарських засобів та необхідністю їх постійної модернізації; а також реалізацією масштабних урядових і неурядових програм профілактичного характеру, спрямованих на попередження захворювань й усунення факторів їх ризиків.

По-сьоме, медична сфера характеризується доволі *високою складністю функціонування та консерватизмом*. Її ключовими рисами є, з одного боку, надмірно складна логістична система, пов'язана з необхідністю підтримки у належному стані великої кількості будівель, споруд, транспортних і комунікаційних засобів, а з другого – велика кількість працівників медичної і споріднених з нею сфер та складні субординовані зв'язки між ними на усіх ієрархічних рівнях системи охорони здоров'я. Водночас консерватизм медичної сфери обумовлений високою її відповідальністю за збереження здоров'я нації, а отже – надмірною складністю будь-якого її реформування та значним опором

населення, інтереси якого завжди обмежуватимуться навіть за умов імплементації будь-яких прогресивних і реформаторських програм чи проектів.

Сфера медичних послуг характеризується також *багаторівневою і диверсифікованою системою споживачів*, до складу якої належать: фізичні особи (у рамках добровільного медичного страхування), працедавці (які через механізми обов'язкового медичного страхування «купують» медичні послуги для своїх працівників); корпоративні платники (страхові компанії і фонди, інші інституції медичного обслуговування, покликані контролювати якість медичного обслуговування, визначати доцільність медичних процедур і захищати інтереси застрахованих осіб). А оскільки інтереси цих суб'єктів нерідко не співпадають (насамперед між пацієнтами і страховими компаніями, що прагнуть у будь-який спосіб мінімізувати свої витрати через збільшення переліку нестрахових подій), то між ними досить часто виникають конфлікти. На тлі ж «безальтернативності» медичного обслуговування та відсутності унормованих на законодавчому рівні його чітких стандартів ці конфлікти справляють потужний дестабілізуючий вплив на усі структурні елементи національних систем охорони здоров'я, створюючи значні перешкоди для зниження загального рівня трансакційних витрат у системі медичного обслуговування населення.

Ще однією важливою особливістю медичних послуг є *наявність усталено високого рівня попиту на них упродовж усього життя людини*, що обумовлює центральне місце системи охорони здоров'я в економічній системі суспільства та відтворенні людського капіталу. І, нарешті, невід'ємним компонентом процесу надання медичних послуг є робота з персональними даними, що вирішальною мірою актуалізує питання дотримання лікарської етики та лікарської таємниці, з огляду на те, що йдеться про життя і здоров'я людей.

Виходячи з цього, можна ідентифікувати такі *базові принципи* формування сучасної системи медичних послуг, як-от:

1. Принцип персоналізації, зміст якого полягає у тому, що процес надання медичних послуг завжди передбачає наявність безпосереднього контакту між їх провайдером та реципієнтом (між лікарем і пацієнтом). При цьому пацієнт є не

об'єктом, а безпосереднім суб'єктом лікувального процесу, оскільки ефективність останнього напряму залежить від виконання пацієнтом режиму і схеми лікування, а також рівня встановленої довіри з лікарем.

2. Принцип інклюзивності з конвергенцією соціальних і економічних інтересів суспільства. Йдеться про те, що надання безоплатних медичних послуг невиліковним хворим позбавлені економічної доцільності, тоді як з погляду соціальної ефективності вони набувають особливої важливості у контексті реалізації принципів гуманізму, моральності і корпоративної соціальної відповідальності, а також мінімізації ризику маргіналізації окремих членів суспільства.

3. Принцип рівноправності при отриманні безоплатної медичної допомоги, коли її якість, обсяг і умови отримання є однаковим для усіх членів суспільства, незалежно від рівня їх фінансової забезпеченості, а також соціального, економічного чи правового статусу.

4. Принцип гендерної недискримінації при наданні медичних послуг з рівним доступом до них усіх індивідів незалежно від їх статі.

5. Принцип диференціації медичних послуг з чіткою ув'язкою їх спектру з внеском індивідів у розвиток системи охорони здоров'я.

Підбиваючи підсумок, відзначимо, що одним з центральних пунктів дослідження проблематики ролі медичних послуг у відтворенні глобального людського ресурсу є визначення співвідношення між ринковими і неринковими механізмами їх надання, а також пошук їх оптимізації за рахунок скоординованої взаємодії усіх державних, приватних та суспільних інститутів системи охорони здоров'я.

1.2. Медичні послуги у структурі глобальних суспільних благ

Динамічні процеси трансформації національних систем медичних послуг суттєво актуалізують проблематику щодо комплексного дослідження сучасної філософії їх розвитку у її взаємозв'язку з глобальними трендами

світогосподарського поступу та характером розподілу глобальних суспільних благ. Як відомо, парадигмальні засади економічної теорії кваліфікують суспільне благо як життєво необхідний для соціуму товар або послугу, що не може продукуватись у достатній кількості і належної якості виключно ринковими механізмами, і при споживанні якого на рівні окремого індивіда воно стає доступним для усіх членів суспільства без будь-яких додаткових з їх боку витрат [125, с. 39]. З такого визначення випливають дві іманентні риси будь-якого суспільного блага, а саме: невиключність його виробництва (тобто існування значних перешкод у ринковому виробництві суспільних благ в силу неможливості їх продуцентів обмежити чи заборонити його споживання тими індивідами, які не заплатили за нього) і неконкурентність його споживання (споживання блага окремим індивідом не обмежує його споживання іншими членами суспільства) [190, с. 22].

Інакше кажучи, на відміну від товарів приватного споживання, суспільні блага, по-перше, продукуються і споживаються за межами конкурентного ринку; по-друге, породжені ними соціально-економічні екстерналії не можуть бути фрагментовані на індивідуальні частини; по-третє, рішення щодо відтворення суспільних благ завжди ухвалюється за суспільною (колективною) згодою і фінансується через механізм державних фінансів [146, с. 84]. Отже, саме суспільні блага становлять нині основу суспільного сектору економіки, зорієнтованого на виробництво продуктів суспільного користування та формування фондів суспільного споживання. Споживання цих благ характеризується значними позитивними екстерналіями, що власне і визначає доцільність їх суспільного фінансування.

Водночас поява інститутів держави і влади, а відтак – заснування у межах національних економік фінансової й адміністративної систем, обумовили виокремлення у системі компетенцій державних органів функцій, пов'язаних із всебічним задоволенням суспільних потреб населення. Так, ще А. Сміт свого часу наголошував на пріоритетності виконання державою трьох функцій: захист від зовнішніх загроз, охорона законних прав індивідів від посягань з боку інших членів суспільства, а також виробництво суспільних благ [166, с. 671] для забезпечення

соціальної рівноваги. При цьому роль держави у продукуванні товарів сектору суспільних благ не обмежується її прямою участю у забезпеченні населення продовольством, його захисті від зовнішніх загроз, отриманні освітніх і медичних послуг, задоволенні культурних потреб і запитів тощо, а включає також непряму її участь у даних процесах. Це, зокрема, регулювання цін на кінцеву продукцію суспільного сектору, контроль виробництва і збуту суспільних благ, а також перерозподіл суспільного продукту на основі механізмів податкового адміністрування, здійснення прямих грошових виплат, розподілу окремих видів благ у натуральній формі та ін. Звідси випливає ключова проблема, пов'язана з непрямою участю держави у виробництві суспільних благ, а саме: посилення податкового навантаження на економіку та зниження ефективності діяльності приватного сектору.

Своєю чергою, структурні виміри суспільного сектору на усіх історичних етапах цивілізаційного поступу, будучи своєрідними «ретрансляторами» потреб громадян щодо найбільш значимих суспільних благ, завжди відбивали рушійні сили, закономірності, ключові тренди і рівень соціалізації національного економічного розвитку. Так, превалювання витрат на такі види суспільних благ як армія, державний апарат чи силові структури відбиває пріоритет обслуговування представників вищих ешелонів влади і привілейованих страт населення, тоді як домінування витрат на освітні чи медичні послуги, підтримку рекреаційних зон, реабілітаційно-оздоровчих комплексів чи закладів культури – навпаки про посилення тенденцій соціалізації економіки, поліпшення умов життєдіяльності широких верств населення та демократизацію суспільних відносин з доступом громадян до соціальних послуг.

Узагальнення теоретико-методологічного інструментарію дослідження суспільного сектору економіки дає підстави стверджувати, що фундаментальну концептуалізацію процесів продукування і споживання суспільних благ та піонерні дослідження у цій царині було закладено західноєвропейськими ученими-гуманістами XVI – XVIII ст. – Ж. Боденом, Т. Гоббсом, Дж. Локком, Ж. Руссо та багатьма іншими, а знайшло свого найґрунтовнішого теоретичного розвитку у

працях представників *теорії суспільного добробуту* – А. Аткінсона, К. Боулдінга, Е. Доунс, К. Ерроу, Л. Йохансена, Р. Коуза, Р. Масгрейва, А. Пікока, П. Самуельсона, Дж. Стігліца, Г. Таллока, Дж. Хеда, Л. Якобсона тощо. Так, саме американський вчений К. Боулдінг уперше дав кваліфікацію суспільного блага як позаекономічної категорії, наділеної соціальними й етичними властивостями; Е. Доунс – як благо, що забезпечує неподільні вигоди від його споживання кожному індивіду, незалежно від кількості споживачів такого блага; Н. Калдор і Дж. Хікс розглядають суспільні блага через призму оцінки суспільного добробуту і реалізації принципу суспільної компенсації (згідно якого будь-яка зміна економічних умов збільшує суспільний добробут, якщо індивіди, які отримали економічні вигоди від змін, здатні компенсувати збитки інших індивідів, однак залишитись при цьому у вигазі) [43, с. 696-712]; а П. Самуельсон і В. Нордхаус визначають суспільні блага як товари і послуги, споживання яких має колективний характер, а витрати на додаткове використання яких окремим індивідом дорівнює нулю [86, с. 387-389].

Сформульовані представниками *теорії суспільного добробуту* концептуальні засади і гіпотези вже у другій половині ХХ ст. з розгортанням науково-технічної революції знайшли активну імплементацію у практиці державного управління багатьох країн світу, ставши цементуючою основою розбудови держави загального добробуту. Її методологічним ядром є визначальна роль держави у забезпеченні соціального благополуччя громадян та нівелюванні провалів і негативних екстерналій ринку. Відтак – в центрі уваги перебувають питання розбудови соціально орієнтованої держави з великомасштабним виробництвом суспільних благ і високими державними і соціальними витратами у ВВП. Так, згідно класичних праць з теорії добробуту виокремлюються декілька типів соціальних держав (у тому числі за критерієм виробництва суспільних благ): ліберальна, консервативна і соціал-демократична (табл. 1.3), які в сучасних умовах розвиваються вже з урахуванням глобальних трендів цивілізаційного поступу – соціалізації, транснаціоналізації, інформатизації та екологізації економічного розвитку.

Таблиця 1.3

Типологія держав добробуту [145, с. 70]

Тип	Характеристика	Приклад країн
Ліберальна	Охоплення системою соціального захисту лише тих категорій населення, що нездатні власними силами забезпечувати гідний рівень добробуту; тісна взаємодія держави і ринку у виробництві суспільних благ	США, Канада, Нова Зеландія, Великобританія, Австралія
Консервативна	Ґрунтується на субсидіарності і солідарності виробництва суспільних благ з обов'язковим забезпеченням рівноваги патерналістського інструментарію держави з адресними програмами підтримки різних груп населення за професійними і майновими критеріями	Німеччина, Австрія, Швейцарія, Франція, Бельгія, Люксембург
Соціал-демократична	Універсальна система соціального захисту з нарощуванням державних доходів через систему прогресивного оподаткування фізичних осіб і бізнес-сектору	Швеція, Норвегія, Данія, Фінляндія

Проблематика суспільних благ активно розробляється і у рамках концептуального арсеналу *оподаткування і державних витрат*, зокрема, теорії податкового зміщення і розподілу податкового навантаження А. Маршалла, теорії нормативного оподаткування А. Пігу, теорії бюджету К. Вікселя і Е. Ліндаля. Усі ці теоретичні концепти об'єднує одна спільна риса – аналіз системи перерозподілу в економіці суспільних благ через призму податкових важелів державного регулювання соціально-економічними процесами як основи мінімізації суспільних, економічних і правових ризиків економічних агентів; забезпечення гармонізації інтересів різних суспільних груп; а також стимулювання активності економічних агентів. Так, А. Пігу, обґрунтовуючи інструментарій забезпечення високого суспільного добробуту, акцентує основну увагу на податковому механізмі перерозподілу фінансових ресурсів від багатих до бідних верств населення [166, с. 673], закладаючи по суті методологічні основи вирівнювання соціально-економічних диспропорцій суспільного розвитку.

Своєю чергою, заслугою К. Вікселя і Е. Ліндаля є системне дослідження ролі податкової системи у підвищенні суспільного добробуту та розрахунку

оптимальної суми податків залежно від обсягу вироблених суспільних благ, оцінених за показниками загальних бюджетних витрат. На цій основі було закладено базові основи так званого «справедливого оподаткування», ядром якого є принцип еквівалентності суми сплачених податків і отримуваними населенням суспільними благами. Цілком закономірно, що подібні прогресивні погляди шведських економістів визначили головний тренд розвитку державних фінансів провідних країн світу і лягли в основу формування бюджетно-податкової моделі скандинавських країн з традиційно високим рівнем централізації ВВП у державному бюджеті [124, с. 298].

Комплексний дискурс теорії суспільних благ вимагає дослідження і такого напрямку як *теорії поведінки індивідів* у секторі суспільних благ. Особливої уваги тут заслуговують теорія суспільного вибору Дж. Б'юкенена; теорія колективних дій М. Олсона; теорія провалів ринку Ф. Батора та ін. Так, Дж. Б'юкенен ідентифікує суспільне благо, як товар чи послугу, що виробляється групою чи спільнотою індивідів за посередництва колективної організації та споживається усім суспільством. Як засновник теорії суспільного вибору, Дж. Б'юкенен обґрунтовує необхідність використання індивідами урядових інститутів у своїх власних інтересах. Йдеться про те, що індивід у процесі вибору запропонованих йому суспільних благ, ретранслює свої потреби у них участі у виборних інститутах державної влади [199]. У такий спосіб суспільний сектор стає своєрідним майданчиком для реалізації сукупності особистих інтересів і переваг кожного члена суспільства. Своєю чергою, В. Парето як основоположник теорії поведінки споживача та розробник так званого «принципу Парето», вважав, що рівень благополуччя набуває оптимальності за умов, коли зміна існуючого розподілу благ справляє негативний вплив хоча на одного економічного агента.

Ще один теоретичний мейнстрім дослідження проблематики суспільних благ репрезентує *теорія трансакційних витрат*. Її фундатори – Р. Коуз, К. Ерроу, О. Уільямсон, Д. Норт, Дж. Стігліц та ін. – розглядають процеси виробництва суспільних благ через призму організації підприємств та багатосторонніх договорів як форми організації підприємницької діяльності. Базуючись на інституційній

парадигмі, теорія трансакційних витрат пояснює проблеми ефективності економічних операцій з погляду здатності різних організаційних форм здійснювати результативне планування виробничих витрат. Так, Р. Коуз розкриває зовнішні ефекти у виробництві суспільних благ та значимість трансакційних витрат при функціонуванні суспільного сектору.

Незважаючи на значні теоретичні напрацювання світової науки у царині продукування і споживання суспільних благ, дана проблематика у своєму агрегованому форматі отримала найбільш глибоку розробку у наукових працях представників *теорії державних фінансів* (англійська традиція) та *фінансової науки* (німецька традиція), що відносяться ще до XIX ст. Так, у рамках теорії державних фінансів англійської традиції неокласики проблематика суспільних благ розвивається у парадигмальному форматі кейнсіанського напрямку економічної науки, з огляду на визначальну роль держави у процесах виробництва суспільних благ, що характеризуються низькою інвестиційною привабливістю та специфічними механізмами ціноутворення. Звідси впливає головний методологічний засновок кейнсіанства – необхідність активного державного втручання, фінансування і регулювання виробництва суспільних благ, з огляду на їх високу соціальну значущість, специфіку використовуваних технологій та практичну відсутність конкурентного середовища. При цьому держава в особі відповідних інституцій може виробляти суспільне благо або самостійно, або доручити його продукування приватним компаніям і фірмам, котрі відповідають певним кваліфікаційним вимогам і мають економічні стимули й мотиви.

Тут слід особливо відзначити теорію змішаної економіки, розроблену Дж. М. Кейнсом і його послідовниками, в якій уперше у світовій науці було концептуалізовано поняття ринкової економіки як: по-перше, внутрішньонестійкої системи; по-друге, абсолютно «байдужої» до соціального результату [159, с. 109] економічної діяльності; по-третє, зорієнтованої на виробництво благ (у тому числі суспільних), не всі з яких можуть бути кількісно формалізованими і ринково оціненими. Саме кейнсіанські підходи концептуалізації суспільних благ суттєво розширили англійську традицію розуміння вирішальної ролі державного

регулювання соціально-економічних процесів у нівелюванні їх нестійкості та подоланні так званих «провалів ринку». Особливої уваги у даному контексті заслуговують роботи Ж. Тіроля [98] – Нобелівського лауреата з економіки за 2014 р., в яких знайшла свого ґрунтового дослідження проблематика побудови ефективних механізмів взаємодії державних інституцій і приватних фірм, у тому числі при виробництві суспільних благ.

Свою чергою, центральним ядром *німецької традиції* дослідження суспільних благ (яка, як відомо, базується на теоретичній платформі суспільних інтересів і колективних потреб) є примат суспільної опіки у процесах їх споживання та конвергенція індивідуальних і колективних інтересів. Виходячи з цього, вважається, що соціум завжди виявляє свій нормативний інтерес щодо продукування і споживання тих суспільних благ, без яких неможливим є його розвиток. Не випадково, такі суспільні блага уже давно отримали свою «наукову прописку» під влучною дефініцією «патронатні товари» (*protected goods*), виробництво і споживання яких є неможливими без активної регуляторної участі держави. Інакше кажучи, усі патронатні товари характеризуються високим рівнем соціальної корисності, яка, відбиваючи систему узгоджених інтересів усіх членів суспільства, визначає обсяги і стратегічні пріоритети бюджетних витрат на їх виробництво.

У даному контексті принагідно також відзначити, що продуктово-видовий формат суспільних благ у німецькій традиції виходить далеко за межі власне суспільних продуктів і включає також широкий спектр приватних товарів і послуг (виробництво і споживання яких також перебувають під державним контролем) та так звані *мериторні товари* (за підходом Р. Масгрейва [69]). Попит на останні з боку індивідуальних споживачів завжди суттєво відстає від обсягу наявних суспільних потреб, а отже – в обов'язковому порядку має підтримуватись і стимулюватись державою. Інакше кажучи, мериторні товари втілюють у собі ті блага, які суспільство або окремі індивіди об'єктивно змушені споживати, виходячи зі своїх потреб (*need*), а не готовності й можливості сплачувати за них.

Виробництво і споживання суспільних благ у глобальних умовах об'єктивно обумовлені розвитком інноваційних процесів, які, розширюючи можливості прибуткового вкладення капіталу, підвищення продуктивності суспільної праці, поліпшення якості життя і багатства націй, сприяють нарощуванню ресурсів для продукування суспільних благ. Саме тому, характеризуючи мериторні товари, Р. Масгрейв акцентує значну увагу на виникаючому при їх відтворенні ефекті фрірайдерства. Цей ефект пов'язаний з нульовими граничними витратами на виробництво мериторних товарів, що обумовлює стремління їх споживачів «маскувати» свої потреби у даних видах суспільних благ. Водночас відсутність позитивної ціни на мериторні блага суттєво звужує ринковий сегмент їх виробництва, а отже – вимагає активного державного втручання у цей процес [166, с. 694].

Екстраполюючи подібні методологічні підходи до трактування сутності суспільного блага на глобальний рівень, можна кваліфікувати зміст категорії «глобальне суспільне благо» як життєво необхідні для глобального соціуму товари та послуги, виробництво і споживання яких має інтернаціональний характер, які перебувають у вільному споживанні усіх членів глобального суспільства і не можуть бути спожиті індивідуально. Поява даної категорії та отримання нею наукової прописки в економічних науках у кінці XX – на початку XXI ст. обумовлені насамперед тектонічними зрушеннями у світовій капіталістичній ринковій системі, що здійснили потужний вплив на процес виробництва суспільних благ. Йдеться насамперед про розпад соціалістичної системи господарювання та фундаментальні процеси економічної глобалізації, що призвели до певного «розмивання» державного суверенітету країн, передачі частини функцій традиційного державного управління на регіональних і глобальний рівні, активізації процесів транснаціоналізації національних економік тощо. Як результат – на порядок денний висувається ключове питання: які інститути й суб'єкти на національному рівні продукують суспільні блага, і які інститути глобального рівня долучаються до виробництва суспільних благ на інтернаціональному рівні.

Хоча глобальні суспільні блага характеризуються тими ж самими іманентними ознаками, що і національні – невиключністю у виробництві та неконкурентністю у споживанні, однак ці ознаки розглядаються уже з погляду глобальних інтересів і диспозиції агентів міжнародної політико-економічної системи. При цьому глобальність суспільних благ означає по суті їх універсальний характер щодо задоволення як потреб і інтересів усіх країн світу та націй, так і усіх верств населення та усіх його поколінь [51]. Інакше кажучи, вигоди від споживання глобальних суспільних благ мають поширюватись щонайменше більше, ніж на одну групу країн, і не повинні справляти дискримінаційного впливу на жодну групу чи клас світового населення.

Є всі підстави стверджувати, що глобальні суспільні блага на нинішньому етапі цивілізаційного розвитку не тільки відіграють вирішальну роль у забезпеченні світового економічного, політичного і соціального прогресу, але й створюють міцну цементуючу основу для ефективного розв'язання світовою спільнотою глобальних проблем (зміна клімату; продовольча проблема; транскордонні епідемії інфекційних захворювань; фінансові, боргові і бюджетні кризи; динамічне поширення віртуальних валют та ін.). Разом з тим, незважаючи на суттєве загострення в останні десятиліття глобальних ризиків, дотепер відсутні достовірні дані щодо акумульованих витрат урядів країн на продукування глобальних суспільних благ.

За самими приблизними оцінками, МВФ, Група Світового банку, ООН та регіональні банки розвитку на охорону здоров'я, захист довкілля, забезпечення глобального миру і безпеки, а також дослідження для цілей глобального розвитку щорічно витрачають від 11 до 11,5 млрд. дол. США (табл. 1.4). Як бачимо, динамічний розвиток багатоаспектного міждержавного співробітництва на платформі різноманітних міжнародних організацій є потужним механізмом нарощування масштабів виробництва глобальних суспільних благ. І це цілком закономірно, оскільки інвестиції у виробництво глобальних суспільних благ в основному не розраховані на отримання швидкої віддачі на вкладений капітал, а

вигоди від них не завжди піддаються кількісній формалізації, особливо у термінах економічної ефективності.

Таблиця 1.4

**Динаміка кошторисних річних витрат на виробництво
глобальних суспільних благ у 2009-2012 рр., млн дол. США [6, с. 3]**

Ініціатива	2009	2011	2012
Глобальне здоров'я, у тому числі:			
Зобов'язання щодо розвитку ринку (AMC)	125	172,2	128,3
Міжнародний механізм фінансування імунізації (IFFIm)	291	204,2	233
Глобальне довкілля, у тому числі:			
Глобальний екологічний фонд	606	885,5	885,5
Монреальський протокол	113	115,0	131
Кліматичний інвестиційний фонд	...	1258,7	1258,7
Вуглецеве партнерство у галузі лісівництва	79,3	166,7	38,5
Фонд «Amazon»	...	164,1	164,1
Глобальний мир і безпека, у тому числі:			
Операції з підтримання миру ООН	8968	7840	7330
Дослідження для цілей глобального розвитку, у тому числі:			
Міжнародна ініціатива з оцінки впливу	13	38,9	29,9
Донорський цільовий фонд багатосторонньої Ініціативи з забезпечення прозорості у видобувній промисловості Світового банку	25	10,9	14,2
Фонд Консультативної групи з міжнародних досліджень у сфері сільського господарства	606	383	505
Нагляд з боку МВФ	363	253,1	239
Світовий банк	...	...	53,1
Африканський банк розвитку	13,3	15	14,6
Міжамериканський банк розвитку	...	7,8	8
Азійський банк розвитку	7,4	8,3	9,9
Усього	11210	11523,4	11042,8

Деякі глобальні суспільні блага наділені таким статусом за своїми вихідними базовими характеристиками як результат дії природи (озоновий шар, кліматична стабільність, довкілля тощо); інші – з'явилися у результаті людської діяльності (знання, всесвітній культурний спадок, міжнародне право, Інтернет, засоби комунікації та ін.); а треті – репрезентують специфічну групу суспільних благ, пов'язаних з інституційним забезпеченням глобальної політичної, економічної і соціальної рівноваги та гармонізації національних інтересів усіх країн світу, а саме:

глобальний мир і безпека, світова фінансова стабільність, рівність і справедливість, стійкий розвиток і вільна торгівля, недопущення ядерної війни, боротьба з інфекційними захворюваннями тощо.

Крім того, значна частина сучасних глобальних суспільних благ – це ті блага, що первинно мали виключно національний характер, однак за умов глобального розвитку одержали безпрецедентного загальносвітового поширення. Одним з прикладів таких благ можна вважати Доктрину прав людини, яка первинно була визнана лише в окремих західних країнах, у 1948 р. набула універсального характеру, а в кінці XX ст. – стала ідеологічним й інституційним «становим хребтом» глобальної моделі світового порядку [190, с. 23].

Отже, якщо характеризувати медичні послуги, то з огляду на їх всеохоплюючий характер, здатність пронизувати усі сфери людської життєдіяльності та справляти фундаментальний вплив на різні об'єкти, процеси і явища суспільного життя усіх країн світу, є усі підстави *кваліфікувати їх в якості глобальних суспільних благ*. Подібна дефініція послуг охорони здоров'я впливає також з того, що вони визначають не тільки загальний стан суспільства, але й кількісні й якісні кондиції глобального людського ресурсу. Головна відмінність медичних послуг від інших видів суспільних благ (наприклад освітніх чи оборонних послуг) полягає в їх безпосередньому впливі на благополуччя людини і негайному результаті. Це детермінує об'єктивну необхідність участі держави у забезпеченні доступу до них громадянам, нездатним власним коштом профінансувати свої медичні потреби. Не випадково, кількість і якість медичних послуг, що надаються населенню, є одним з головних детермінантів, що визначають добробут глобального суспільства, а наявність чи брак їх широкого асортиментного спектру суттєво погіршують умови його життєдіяльності.

Про усвідомлення на найвищому рівні загострення проблематики виробництва і споживання глобальних суспільних благ, а також їх зростаючої ролі у глобальному економічному розвитку свідчить теоретичне піднесення даної проблематики на інституційних платформах цілої низки організацій міжнародного менеджменту, насамперед ООН і ВООЗ. Так, вже у кінці 1990-х років Всесвітня

організація охорони здоров'я актуалізувала для міжнародних фахівців і експертів проблематику дослідження цієї царини, зокрема у рамках реалізації проекту «Глобальні суспільні блага для здоров'я: перспективи економіки охорони здоров'я і суспільного здоров'я».

Характеризуючи медичні послуги, з погляду теорії глобальних суспільних благ, слід відзначити, що вони одночасно уособлюють собою і патронатні, і мериторні блага. Що стосується їх *патронатної природи*, то вона пов'язана з одночасним втіленням у медичних послугах індивідуальної і соціальної корисності, які впливають з їх цінності як ключового механізму збереження здоров'я окремих індивідів та суспільства в цілому. Оскільки суспільство, з погляду забезпечення сталого макроекономічного зростання та підвищення якісних кондицій людського ресурсу, завжди об'єктивно зацікавлене у наявності високоефективної системи охорони здоров'я, то корисність від споживання медичних послуг отримується не тільки окремими індивідами (котрі безпосередньо споживають даний вид суспільного блага), але й тими особами, котрі напряду їх не використовували, однак отримують корисність, наприклад, від сприятливої епідеміологічної ситуації у країні чи відсутності у їх оточенні хворих осіб.

Водночас *мериторна* природа медичних послуг впливає зі специфічного характеру формування суспільного попиту на них. Йдеться про те, що лєвова частка населення зазвичай не виявляє особливого попиту на медичні послуги профілактичного характеру, а значна кількість громадян навіть свідомо шкодить своєму здоров'ю, маючи, наприклад, шкідливі звички та ведучи нездоровий спосіб життя. Відтак – нормативний інтерес суспільства щодо охорони здоров'я [146, с. 84] набуває свого концентрованого вираження насамперед у реалізації з боку держави різного роду проектів і програм у сфері профілактики здоров'я, проведення масштабних щорічних медичних обстежень, насаджування здорового способу життя з імплементацією відповідних адміністративних і регуляторних інструментів. Саме у такий спосіб забезпечується розширення попиту на медичні послуги з боку індивідуальних споживачів та активізується роль інституту держави

у його формуванні, що дає підстави кваліфікувати медичні послуги як мериторні блага.

На нашу думку, мериторна природа медичних послуг обумовлена також дією такої фундаментальної їх закономірності як *випереджальне зростання середніх витрат продукування даного виду послуг, порівняно із зростанням витрат в інших секторах національних економік*. Йдеться про те, що найбільш динамічними неціновими факторами впливу на суспільний попит на медичні послуги є високі темпи науково-технічного прогресу у цій сфері, широке впровадження новітніх медичних технологій та інновацій, а також стрімкий розвиток клінічної практики. А оскільки вартість нових медичних послуг є надзвичайно високою в силу необхідності залучення висококваліфікованих кадрів та використання ультрасучасних основних фондів і витратних матеріалів, то виникає чималий ефект випереджального зростання середніх витрат на медичне обслуговування порівняно з витратами на виробництво інших товарів і послуг.

Потужний драйвер такого випереджання криється також і в головних інституційних вадах ринку медичних послуг, а саме: асиметрії інформації про якість медичних послуг і стимулювання попиту на них з боку їх продуцентів. Отже, медичні заклади (особливо приватні), виконуючи роль посередників ринкового обміну медичними послугами, здобувають практично необмежені можливості постійного нарощування їх вартості. Своєю чергою, пацієнти, будучи застрахованими державою чи у страхових компаніях, зорієнтовані на «переспоживання» медичних послуг [175, с. 24], що дає змогу утримувати попит на медичні послуги на стабільно високому рівні.

Такий стан речей породжує низку загрозливих для національних систем медичних послуг тенденцій. З одного боку, граничні витрати на охорону здоров'я як правило перевищують граничні показники поліпшення здоров'я населення, оскільки кожна наступна одиниця інвестиційних капіталовкладень спрямовується на фінансування медичних послуг не тільки далеко не першої необхідності, але й інколи припадає просто на даремні послуги, що не мають суспільної ваги. Зрозуміло, що за умов асиметрії ринкової інформації виникають цілком реальні

загрози як скорочення продукування граничного продукту в охороні здоров'я, так і зниження соціально-економічної ефективності функціонування медичної індустрії у цілому. З другого боку, наявним стає і потужне гальмування системою охорони здоров'я загального макроекономічного зростання країн з причин відволікання на дану систему колосальних фінансових ресурсів та фондів виробничого нагромадження; наявності суттєвих бюджетних обмежень (що стримують безкінечне нарощування витрат на медичне обслуговування населення); а також гальмування відрахування медичними закладами податкових платежів до бюджету.

Кваліфікуючи медичні послуги як суспільні блага, не слід скидати з рахунків і такої їх особливості як виникнення потужного позитивного ефекту й ринкових екстерналій від нагромадження у цій сфері капіталу. Вони набувають найбільш яскравих форм прояву у первинному секторі охорони здоров'я³, де надаються не тільки власне лікувальні, але й профілактичні послуги. При цьому профілактика здоров'я населення здатна не тільки суттєво скоротити суспільні альтернативні витрати на лікування хворих, але й зекономити часові і грошові витрати індивідуальних споживачів медичних послуг через їх звертання до одного лікаря, який несе моральну й юридичну відповідальність за хворого [175, с. 25]. Отож, держава як ключовий інститут формування фундаментальних правил ринкового обміну і гарантування їх дотримання, забезпечення цілісності і безпеки суспільства [163, с. 599], в обов'язковому порядку має врегульовувати головні параметри національних систем охорони здоров'я, насамперед, в частині співвідношення попиту і пропозиції на медичні послуги, механізму їх ціноутворення, формування фондів інвестиційних капіталовкладень, створення сприятливого середовища діяльності медичних закладів, забезпечення алокаційної ефективності їх бюджетного фінансування.

Примітка.

За оцінками світових аналітиків, вартість медичного обслуговування одного лікувального випадку на первинному рівні у 4-9 разів нижча, порівняно з вторинним рівнем, і у 18-25 разів – порівняно з третинним рівнем [175, с. 25].

Таким чином, критеріальна ідентифікація медичних послуг як глобальних суспільних благ передбачає в якості обов'язкового елемента наявність вигод від їх споживання для усіх країн та громадян світу, а отже – для задоволення глобальних інтересів у збереженні здоров'я, забезпеченні високих якісних кондицій людської життєдіяльності та досягненні глобального суспільного добробуту. У даному контексті важливе теоретичне значення має висновок А. Ачараї, Р. Бігলেখола, Д. Вудварда, Н. Драгера та Р. Сміта про раціональну природу процесу відтворення глобальних суспільних благ [89, с. 271-278; 104, с. 511-534] а відтак – недопустимість виключення з процесу їх споживання жодної нації, навіть тієї, що не робить свого пропорційного внеску у фінансування їх виробництва.

Красномовним підтвердженням важливої ролі медичних послуг як глобальних суспільних благ у суспільному прогресі є досягнуті успіхи світової спільноти у сфері суттєвого підвищення тривалості життя населення, різкого зниження показника неонатальної та дитячої смертності, рівня захворюваності на туберкульоз, повна ліквідація поліомієліту тощо. Так, у період 1990-2015 рр. середньосвітовий показник материнської смертності (на 100 тис. пологів) знизився з 380 до 216, у тому числі за групою країн Африки – з 960 до 542, Америки – з 110 до 52, Південно-Східної Азії – з 520 до 164, Європи – з 42 до 16, Східно-Середземноморського регіону – з 340 до 166, Західно-Тихоокеанського регіону – з 110 до 41 відповідно [109, с. 110; 112, с. 89]. Своєю чергою, середньосвітовий показник неонатальної смертності (на 1 тис. живонароджених дітей) за період 1990-2017 рр. знизився з 33 до 18; а дитячої смертності до п'яти років (на 1 тис. живонароджених дітей) – з 90 до 39 відповідно [109, с. 110; 112, с. 89].

Як свідчать дані, представлені на рис. 1.3, у період з 1950 р. практично за усіма світовими регіонами було досягнуто і значного прогресу у подовженні очікуваної тривалості життя населення при народженні. Зокрема, за даними ВООЗ, з 1950 р. до 1990 р. середньосвітова тривалість життя кожних десять років зростала щонайменше на 3 роки, а у період 2000-2016 рр. – на 5,5 років (з 66,5 до 72 років) з збільшенням очікуваної тривалості здорового життя з 58,5 до 63,3 років відповідно [112, с. 4].

Неперевершеними є і досягнуті успіхи світової спільноти у сфері боротьби з туберкульозом. Хоча, як і століття назад, він все ще залишається одним з найбільш поширених інфекційних захворювань у світі, забираючи щорічно майже 1 млн життів (13 осіб на 100 тис. населення), однак тільки у період 2000-2017 рр. світове поширення туберкульозу у розрахунку на 100 тис населення зменшилось з 263 до 134 (додаток А).

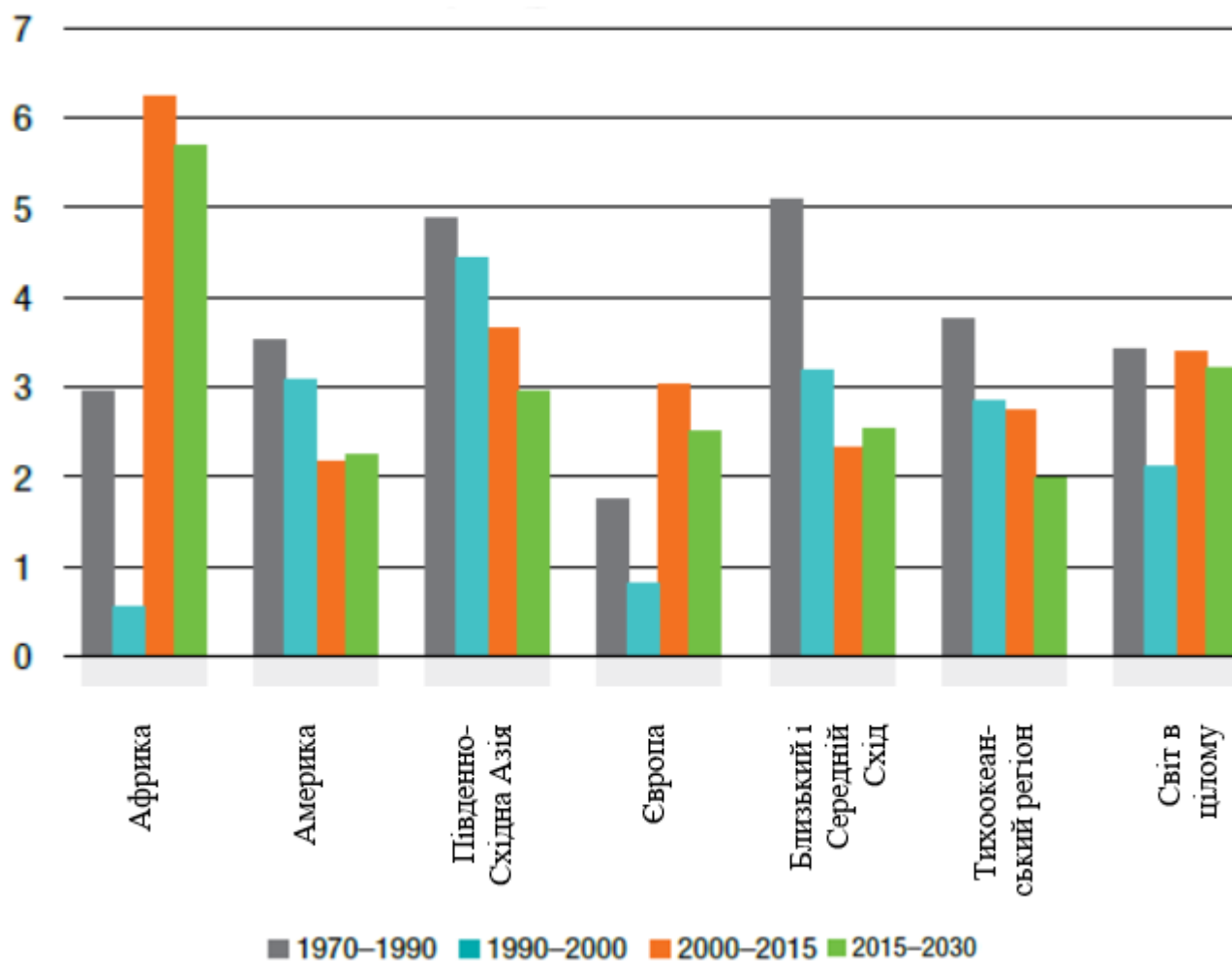


Рис. 1.3. Приріст очікуваної тривалості життя за 10 років протягом 1970-2030 рр. за регіонами [111, с. 8]

З даних додатку А видно також, що найбільшого успіху у боротьбі з туберкульозом досягли країни ОЕСР: нинішній рівень поширення туберкульозу за групою держав Америки становить усього 28, а Європи – 30 випадків на 100 тис населення, тоді як країн Африки – 237 випадків, Південно-Східної Азії – 226 випадків, Східно-Середземноморського регіону – 113 випадків, Західно-Тихоокеанського регіону – 95 випадків відповідно [112, с. 96]. Важко переоцінити

і здобутки світової спільноти у сфері подолання малярії, підтвердженням чого є, зокрема, той факт, що у 2017 р. світовий показник рівня захворюваності на цю хворобу становив 59,1 випадків на 1 тис. осіб, що перебували у зоні ризику [112, с. 96].

Реалізуючи стратегію подолання поліомієліту ще у 1988 р. Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я було ухвалено глобальну стратегію його ліквідації, яку було поширено на більшість країн світу. Саме завдяки об'єднанню зусиль багатьох країн світу у сфері масової імунізації населення та реалізації ефективних механізмів державно-приватного партнерства у цій сфері вдалось фактично подолати глобальну проблему захворюваності на поліомієліт і оспу, що підтверджує яскраво виражений статус медичних послуг як глобальних суспільних благ.

Однак, на нинішньому етапі цивілізаційного розвитку, так і не подолавши до кінця низку інфекційних захворювань, світ стикнувся із ще більшими загрозами поширення лихоманки Ебола, вірусу Зіка, важкого гострого респіраторного синдрому і пташиного грипу H5N1 і H7N9B, а найголовніше – проблемою глобального поширення такого соціально небезпечного захворювання як ВІЛ/СНІД. Достатньо сказати, що у 2018 р. від пов'язаних зі СНІДом захворювань померло близько 770 тис осіб по усьому світу, порівняно з 1,2 млн у 2010 р. і 1,7 млн у 2004 р. Переважна більшість хворих на ВІЛ/СНІД проживають у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, зокрема, у 2018 р. кількість хворих у Східній і Південній Африці становила 20,6 млн осіб (або 57% загальної кількості хворих у світі), у Західній і Центральній Африці – 5 млн (13%), Азійсько-Тихоокеанському регіоні – 5,9 млн (16%), Західній і Центральній Європі та Північній Америці – 2,2 млн (6% відповідно) [94]. Це призводить до суттєвого збільшення у світовому масштабі тягара інфекційних захворювань, а отже – вимагає неухильного нарощування державних і приватних витрат на медичні послуги і медико-санітарне обслуговування.

Окремої уваги заслуговують також психічні розлади та інші неінфекційні захворювання (серцево-судинні хвороби, діабет, рак, хронічні респіраторні

захворювання тощо), які також стають причиною передчасної (до 70 років) смерті величезної кількості світового населення, порушення усталеного режиму життя та зниження життєвих стандартів багатьох осіб, а також гальмування динаміки макроекономічного зростання. Наголосимо, що щороку від таких захворювань передчасно ідуть з життя близько 15 млн. осіб, 85% з яких проживають у країнах з середнім і низьким доходом. При цьому понад 80% випадків інвалідності спричиняється нині хронічними неінфекційними захворюваннями [8, с. 18]. Тож саме завдяки медичним послугам відкриваються широкі можливості подолання цих тяжких захворювань у світовому масштабі, що підтверджує їх статус як глобальних суспільних благ.

Ще одним свідченням суспільного характеру медичних послуг, їх високого соціального значення і затребуваності є встановлення достатньо високих вимог до їх якості. Йдеться про те, що, з одного боку, самі продуценти медичних послуг (медичні працівники і заклади) беруть на себе значні ризики, пов'язані з можливим негативним результатом лікувального процесу. А з другого боку – державні інституції й міжнародні спеціалізовані організації розробляють стандарти, протоколи і порядки надання медичної допомоги, чітко конкретизуючи при цьому як професійні вимоги до медичного персоналу, так і якісні критерії до обладнання і товарів медичного призначення, медичних препаратів і системи медичного страхування [137, с. 147].

Як приклад – можна навести спеціалізовані стандарти якості медичної діяльності JCI (*Joint Commission International*), розроблені у 2000 р. Система JCI включає стандарти акредитації для поліклінік, стаціонарів, медичних лабораторій, центрів надання первинної і довгострокової медичної допомоги; надання медичної допомоги на дому, послуг з транспортування пацієнтів; а також сертифікації програм медичної допомоги [49]. Як бачимо, хоча вони є найбільш складними, порівняно з іншими стандартами (ISO 9001, EFQM, премії якості тощо), однак їх система охоплює практично усі напрями й види діяльності медичних закладів та є цілком достатньою для забезпечення належної якості і безпеки медичних послуг,

підвищення загального рівня культури обслуговування пацієнтів та їх задоволеності.

Крім того, важливими ініціативами у царині стандартизації й акредитації медичних послуг останніх років стали запровадження у практику спеціалізованих медичних інформаційних систем, вимог щодо представлення інформації про надані закладами охорони здоров'я медичні послуги, кваліфікації лікарського і допоміжного медичного персоналу, наявність медичної техніки тощо. Результатом імплементації цих стандартів є встановлення високих бар'єрів входу операторів на національні ринки медичних послуг, обмеженість їх оборотоздатності.

Характеризуючи процеси відтворення медичних послуг як глобальних суспільних благ, не можна оминати увагою ключове питання їх фінансування, яке напряду пов'язане з проблемою так званого «безквиткового пасажира» (*free-rider problem*). Йдеться про тих споживачів медичних послуг, які користуються даним суспільним благом без здійснення відповідного внеску у процес їх продукування і фінансування. У даному контексті суттєво актуалізується проблема щодо нівелювання прагнення окремих держав бути «безквитковим пасажиром», оскільки хоча функціональні компетенції міжнародних організацій сфери охорони здоров'я пов'язані з організацією і ресурсним забезпеченням процесу надання медичних послуг на інтернаціональному рівні, однак їх бюджет формується за рахунок внесків країн-учасниць.

Отже, в останні десятиліття усі ми є свідками суттєвого поглиблення міжкраїнових асиметрій по лінії споживання – фінансування медичних послуг як глобальних суспільних благ. Якщо держави-лідери на тлі найбільших внесків у розвиток інтернаціонального сегменту медичних послуг є незначними їх споживачами; то країни, що розвиваються, роблячи найменший внесок, є найбільшими споживачами медичних послуг як глобальних суспільних благ, особливо за каналами запровадження на їх території міжнародних стандартів у сфері діагностики, біологічних і фармацевтичних препаратів; отримання фінансової допомоги на дослідження і розробки у сфері медицини, розбудову

національних систем охорони здоров'я та медичної освіти; розширення доступу до вакцинації від інфекційних захворювань та ін.

Підсумовуючи, відзначимо, що у сучасній системі глобальних суспільних благ особливе місце посідають медичні послуги, які одночасно є патронатними і мериторними суспільними благами і відбивають найвищі гуманітарні цінності цивілізаційного поступу. Їх розширене відтворення, реалізуючись нині на національному, регіональному і міжнародному рівнях, забезпечується на основі складного механізму акумуляції і використання бюджетних коштів держав і регіональних утворень; медичних страхових внесків роботодавців і найманих працівників; а також фінансових ресурсів міжнародних організацій і суспільних фондів.

Система специфічних економічних (таких як невиключність у їх споживанні, неконкурентність й інформаційна асиметрія) та інституційних ефектів (ефект «безбілетного пасажира», ефект Мюрдаля) при продукуванні медичних послуг виокремлюють їх в окрему категорію суспільного сектора. При цьому найголовнішим у відтворенні медичних послуг як глобальних суспільних благ є бюджетний і фіскальний механізми реалізації соціальних функцій держави, які у своїй синергійній взаємодії визначають стратегічні пріоритети національних систем охорони здоров'я та їх фінансове забезпечення. Сучасний механізм відтворення медичних послуг як глобальних суспільних благ за своєю природою відбиває характер організації відносин держави і їх споживачів щодо забезпечення безперервності їх виробництва у глобальному вимірі з метою досягнення найвищого рівня задоволення суспільного попиту на медичні послуги згідно встановлених у соціуму пропорціями споживання.

1.3. Варіативність національних моделей систем охорони здоров'я

Світова практика надання медичних послуг є нічим іншим як втіленням гуманітарної, людино-центристської парадигми глобального економічного розвитку та суспільного прогресу, яка відбиває реалізацію фундаментального права

людини на життя і здоров'я, а отже – отримання якісного медичного обслуговування. З огляду на це, значної актуальності набуває проблематика комплексного аналізу і бенчмаркінгу національних моделей організації систем медичних послуг, що сформувались у різних країнах світу. Існуюча на сьогодні їх типізація ґрунтується переважно на критеріях ролі держави у медичному обслуговуванні населення, ступеня державного регулювання національних систем охорони здоров'я та рівня державного втручання у їх функціонування. На нашу думку, подібний критеріальний діапазон класифікації національних систем медичних послуг є доволі звуженим і має бути суттєво доповнений такими критеріями, як: характер розподілу медичних послуг, рівень розвитку медичної індустрії та медичної інфраструктури, співвідношення державного і приватного фінансування сфери охорони здоров'я, ступінь розвитку інституту корпоративної соціальної відповідальності, доступність медичного обслуговування для широких верств населення, ступінь реалізації прав пацієнтів, рівень розвитку фармацевтичного ринку, а також співвідношення платних і безоплатних їх видів. Саме така система критеріїв здатна, на нашу думку повною мірою відобразити існуючі міжкраїнові відмінності у ключових параметральних індикаторах розвитку систем медичних послуг та організації сфери охорони громадського здоров'я, а також розкрити ключові їх конкурентні переваги і недоліки. Таким чином, на основі цих критеріїв можна виокремити наступні узагальнені типи національних систем медичних послуг:

По-перше, споживчо-орієнтована модель, що базується на індивідуалістичному підході у наданні медичних послуг, домінуванні приватної системи охорони здоров'я та тісній взаємодії усіх суб'єктів процесу відтворення медичних послуг (медичних закладів, страхових компаній і споживачів) в якості вільних ринкових агентів. Процеси формування даної моделі охорони здоров'я зазнали фундаментального впливу ідей економічного лібералізму, примату приватної власності та ринкових відносин, а також домінування підприємницької парадигми у реалізації різних форм економічної діяльності. За таких умов функціональні компетенції інституту держави у національних системах охорони

здоров'я зводяться головним чином до страхування здоров'я не застрахованого за місцем роботи населення, а також реалізації програм державного медичного страхування осіб похилого віку, малозабезпечених громадян, військовослужбовців та інших верст населення, котрі не мають достатньо власних коштів для приватного медичного страхування. Інакше кажучи, держава у споживчо-орієнтованій моделі діє переважно як гарант та регулятор національної системи медичних послуг, що впливає з об'єктивної необхідності стимулювати макроекономічне зростання і забезпечувати розширене відтворення національного людського ресурсу.

Натомість домінуючим у споживчо-орієнтованій системі медичних послуг є ринковий механізм у їх відтворенні, коли уся система охорони здоров'я розвивається на основі розгалужених і диверсифікованих страхових механізмів, які забезпечують фінансування як поточних медичних витрат, так і формування фондів нагромадження для технологічної модернізації медичної сфери та проведення інноваційних розробок. Таким чином, можна виділити наступні *ключові характеристики даної моделі медичних послуг*:

- пріоритет ліберальних підходів у реалізації політики у сфері охорони здоров'я, що забезпечує високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, максимально повне задоволення потреб пацієнтів щодо вибору лікаря або медичного закладу, необмежену фінансову автономію медичних закладів, а також оперативність надання медичної допомоги та забезпечення повної лікарської конфіденційності;

- наявність потужних стимулів для постійного професійного розвитку медичних працівників, підвищення якості медичних послуг, мобільності ресурсів у межах підсистем медичної сфери та інтенсифікації розвитку нових медичних технологій;

- незначний рівень охоплення населення державними медичними гарантіями та обмеженість державного сегменту національних систем медичних послуг лише тими функціями, котрі перебувають за межами приватного фінансування і ринкових механізмів регулювання сфери охорони здоров'я;

- надмірна вартість медичних послуг для роботодавців та населення, що обмежує можливості забезпечення ними усіх верств населення;
- домінування позабюджетного фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту з переважанням приватних фінансових механізмів у медичному страхуванні, що забезпечується в основному добровільними внесками роботодавців;
- колосальні соціально-економічні втрати суспільства від недостатнього рівня охоплення населення системою медичних послуг, та постійне розширення суспільних витрат на охорону здоров'я (з боку неприбуткових громадських організацій, асоціацій, товариств та інших інституцій).

Не випадково, споживчо-орієнтована модель системи медичних послуг отримала найбільшого поширення у Сполучених Штатах Америки, які характеризуються нині найвищим рівнем конкуренції у сфері охорони здоров'я, що створює необхідні передумови для споживачів, з одного боку, робити вибір на користь того чи іншого провайдера медичних послуг, а з другого – обирати найоптимальніше медичне обслуговування у параметрах співвідношення ціна – якість. Йдеться про те, що в той час як заможні верстви населення здатні сповна задовольнити свої медичні потреби завдяки медичному страховому полісу та необмеженому доступу до системи охорони здоров'я, то малозабезпечений сегмент громадян може розраховувати тільки на державні гарантії у цій сфері та обмежений доступ до медичного обслуговування.

Інакше кажучи, є всі підстави стверджувати про чітко виражений асиметричний характер системи охорони здоров'я США, яка, з одного боку, потребує колосальних фінансових витрат (що лягають непосильним тягарем на приватний і корпоративний сектори), а з другого – має серйозні вади у задоволенні потреб у медичних послугах усього населення. Так, у період 1960-2019 рр. сукупні витрати Сполучених Штатів на охорону здоров'я зросли з 27,2 до 3823,1 млрд дол. США [100], а до 2025 р. очікується їх підвищення до 20,1% валового внутрішнього продукту держави [71]. Щонайменше увосьмеро зросли також медичні витрати у

розрахунку на душу населення, що частково спричинене зростанням державних витрат на цю сферу.

Однак, асиметричний розподіл цих витрат на тлі випереджального зростання розміру внесків на медичне страхування порівняно зі зростанням рівня заробітних плат та ВВП (витрати на охорону здоров'я протягом 2018-2027 рр. щорічно зростатимуть щонайменше на 5,5%, або на 0,8% швидше, ніж валовий внутрішній продукт держави [72]) стає причиною нездатності американської системи охорони здоров'я забезпечити еквівалентного доступу широких верств американського населення до медичних послуг відповідно до обсягу фінансових витрат на охорону здоров'я. А великомасштабні державні програми, спрямовані на невідкладне стаціонарне лікування пацієнтів з запущеними стадіями захворювань, породжують гігантську заборгованість і дефіцит державного бюджету, що перекладається на плечі майбутніх поколінь [24]. Так, за даними дослідження учених Гарвардського університету, близько 62% особистих банкрутств у США [243] були пов'язані із захворюваннями або оплатою медичних рахунків, причому більшість з американців мали оплачену медичну страховку. Загалом же у США приватне медичне страхування залишається не єдиним варіантом страхового покриття витрат на лікування тих громадян, які не залучені до державних програм страхування: «Medicare» (для осіб літнього віку – від 65 років і старших); «Medicaid» (для малозабезпечених верст громадян); «Veterans Administration» (для військовослужбовців і окремих груп військових пенсіонерів).

Між тим, саме високорозвинене конкурентне середовище функціонування системи охорони здоров'я та домінування приватних джерел фінансування медичних послуг забезпечують формування масштабних фондів нагромадження капіталу, що спрямовуються нині на перманентну модернізацію медичної сфери та нарощування рівня її інноваційності. Так, 64% загальної кількості населення США охоплено системою приватного медичного страхування і 30% - державними страховими програмами [244, с. 74]. Тож ніхто не може заперечити явного глобального лідерства США у медичній сфері як з погляду широти впровадження передових медичних технологій та імплементації інноваційних методів лікування,

так і проведення ДіР у сфері охорони здоров'я і розробки нових видів лікарських препаратів. Достатньо сказати, що ще у 2006 р. Сполучені Штати отримували понад 75% загальносвітових доходів від впровадження у медичну практику нових біотехнологій та 82% загального обсягу світових витрат за деякими напрямками інноваційних розробок у сфері медицини [243]. І це без урахування того факту, що 18 з 25 останніх лауреатів Нобелівської премії у галузі медицини є американцями, або громадянами інших країн, котрі працюють у США; а продуцентами половини із загальної кількості медичних препаратів, розроблених у світі в останні роки, є американські компанії фармацевтичної індустрії [181, с. 200].

Наступна національна модель системи медичних послуг, яка відбиває їх варіативність – це *соціально-орієнтована, або солідарно-корпоративна система*, що набула найбільшого поширення в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині, Швеції, Нідерландах, країнах Бенілюксу, Норвегії, Фінляндії, Данії, Швейцарії, Японії та інших країнах. Дана система має також назву *модель Бісмарка*, з огляду на те, що її основи було закладено в кінці XIX ст. канцлером Німеччини О. Бісмарком, який уперше у світовій практиці соціального захисту запровадив порядок державного гарантування надання громадянам мінімального «соціального пакету», до якого увійшли три види соціальних послуг: державне пенсійне забезпечення, виплати з інвалідності та хвороби, а також страхування від нещасних випадків на виробництві.

Модель Бісмарка базується на принципах соціальної солідарності та субсидіарності медичного страхування, коли вартісні обсяги обов'язкового соціального страхування напряму залежать від рівня доходу громадян, а фінансування системи охорони здоров'я забезпечується цільовими внесками роботодавців і працівників. Притаманними рисами даної системи є також «перекладення» медичних ризиків окремих груп громадян на все населення, державне бюджетне субсидування медичних послуг із загальних або цільових надходжень [181, с. 199]; наявність розгалуженої мережі незалежних страхових фондів та приватних страхових компаній, діяльність яких регулюється державою. Наприклад, на підприємствах Нідерландів на фінансування програм медичного

страхування працівників перевищує нині 5,5% сукупного фонду оплати праці; у Франції – майже 13% загальних видатків на заробітну плату; а у Німеччині – від 4,8% до 7,5% [200, с. 216] залежно від земель. Своєю чергою, в Австрії, Бельгії, Чехії, Угорщині, Польщі, Словаччині і Швейцарії джерелом фінансування національних систем охорони здоров'я на 40-78% є ресурси фондів соціального страхування; а у Греції, Респ. Корея і Мексиці на законодавчому рівні унормована частка приватних витрат у загальному обсязі фінансування медичної сфери (відповідно 40%, 45% і 55% [148, с. 17]), що значно перевищує нині вартісні обсяги платежів населення «з кишені».

Тож, базуючись на солідарно-корпоративному принципі надання медичних послуг, дана система володіє найбільш диверсифікованим інструментарієм досягнення динамічної рівноваги між діаметрально спрямованими економічними інтересами ринкових агентів, з одного боку, та соціальними цілями суспільства – з другого. Найважливішими з них є, зокрема, ключова роль інституту держави у підтримці соціальної стабільності і справедливості, великомасштабні адресні програми медичної підтримки працівників з боку їх професійних організацій, розгалужені партнерські відносини між державою, громадськими та благодійними організаціями.

Є всі підстави стверджувати, що солідарно-корпоративна модель медичних послуг базується *на таких принципах*. По-перше, гарантування усім громадянам права на отримання у разі необхідності мінімального пакету медичних послуг, який забезпечується бюджетним фінансуванням сфери охорони здоров'я, державними стандартами якості медичного обслуговування та унормуванням механізму ціноутворення на медичні послуги і системи взаєморозрахунків між державними органами охорони здоров'я та фондами обов'язкового медичного страхування. По-друге – це рівноважний баланс між активним державним регулюванням медичної сфери та ринковими механізмами її функціонування й фінансування; по-третє, професійна солідарність та паритетність відносин між роботодавцями і найманими працівниками у розподілі витрат на медичне страхування; по-четверте, комутативна справедливість у наданні медичних послуг з чіткою деталізацією їх

видів та ув'язкою їх діапазону і рівня з трудовим внеском кожного громадянина; по-п'яте, національна солідарність у сфері охорони здоров'я з гарантуванням отримання медичних послуг навіть малозабезпеченому населенню; по-шосте, безперервність відрахувань на медичне страхування, які здійснюються упродовж усього економічного активного життя і набувають форми відкладених доходів; по-сьоме, децентралізація системи охорони здоров'я з її фрагментацією на національний, регіональний і місцевий рівні; по-восьме, незалежність фондів страхування здоров'я з їх управлінням з боку державних і приватних страхових компаній.

Ще одна специфічна риса моделі Бісмарка в організації системи медичних послуг, яка особливо яскраво окреслюється на сучасному етапі її розвитку, – це поступове витіснення державної форми власності лікарняних закладів регіональною і місцевою з формуванням якісно нових інституційних форм госпітальних консорціумів (госпітальних трастів, регіональних госпітальних трастів, окружних рад, рад графств тощо). Така інституційна реорганізація дає змогу не тільки значно підвищити рівень географічної доступності медичних послуг для населення, але й зміцнити конкурентні позиції лікарняних закладів. Наприклад, у Нідерландах в останні роки реалізуються масштабні проекти злиттів і об'єднань лікарень з метою забезпечення їх вертикальної інтеграції з замовниками медичних послуг. Як наголошують з цього приводу М. Каной і В. Саутер, даний процес потребує реалізації дуже зваженого підходу насамперед у контексті вибору стратегічних цілей державної політики (протидія банкрутству лікарняних закладів чи попередження надмірного «роздування» штату медичних працівників) [7].

Модель Бісмарка в організації медичних послуг і їх управлінні набула найбільш яскравого втілення у Франції. Ця держава характеризується централізованим державним регулюванням медичної індустрії з концентрацією фінансового забезпечення лікувально-профілактичних закладів у руках Національної лікарняної каси, що акумулює кошти обов'язкового медичного страхування. Його фінансовий ресурс формується за рахунок податків з роботодавців і працівників у розмірі 12,8% і 0,75% фонду заробітної плати

відповідно [139, с. 164]. Крім того, фінансування національної системи охорони здоров'я значною мірою доповнюється ресурсним забезпеченням з боку системи добровільного медичного страхування, що дає змогу забезпечити повне медичне обслуговування населення як на госпітальному, так і амбулаторному рівнях з широкими можливостями пацієнтів щодо вибору провайдера медичних послуг [149].

Хоча система обов'язкового соціального забезпечення Франції, контрольована урядом, поширюється на 99% населення і реалізується через професійно орієнтовані програми, обов'язкове медичне забезпечення не є всеохоплюючим, тож майже 87% громадян Франції додатково страхуються через механізми приватного страхування або неприбуткові товариства взаємного страхування на солідарній основі [139, с. 164]. Крім того, найбідніші верстви населення, нездатні власним коштом забезпечувати щонайменші потреби у медичних послугах, можуть у разі необхідності звернутись за допомогою до благодійних організацій.

Свою чергою, у Німеччині система медичних послуг, базуючись на принципах соціальної солідарності та децентралізації, охоплює практично усі верстви громадян і забезпечує їм відносно рівний доступ до якісного медичного обслуговування. Вона перебуває на повній господарській самоокупності, є незалежною від державного фінансування і регулювання, а її ресурсне забезпечення досягається механізмами обов'язкового і добровільного медичного страхування [191, с. 67-78]. Так, акумуляція фінансового ресурсу національної системи охорони здоров'я Німеччини здійснюється нині на рівні федерального бюджету, 16 бюджетів земель та 453 лікарняних кас [139, с. 165], що є цілком достатнім для забезпечення усіх її потреб в основних і оборотних коштах, постійній модернізації виробничих потужностей, оплати експлуатаційних витрат, інноватизації і технологізації усіх операційних процесів. У той час як центральний уряд держави відповідальний головним чином за розробку нормативно-правового забезпечення функціонування медичної індустрії, функціональні компетенції регіональних адміністрацій полягають у практичній реалізації механізму

медичного обслуговування населення на основі концентрації фінансових ресурсів суспільних лікарняних кас територіального, професійного чи галузевого рівнів.

Нині у суспільних лікарняних касах застраховано близько 90% населення Німеччини, а розмір страхових внесків становить 12-14% заробітної плати працівника до оподаткування. При цьому внески на медичне страхування розраховуються, виходячи з 63 тис. євро річного доходу працівника; непрацюючі члени сімей автоматично страхуються на безкоштовній основі; а перелік медичних послуг, відшкодовуваних місцевими лікарняними касами, є універсальним і не залежить від розміру внесків застрахованої особи [140, с. 26].

Резюмуючи, відзначимо, що солідарно-корпоративна модель медичних послуг, надаючи широкі можливості доступу до них усім громадянам, найбільш повно забезпечує реалізацію головного принципу гуманізму – безперервності медичного обслуговування. Вона демонструє найбільшу ефективність за умов активної самоорганізації найманих працівників, особливо тих, котрі зайняті у найбільш прибуткових галузях і секторах народного господарства. Однак, ті верстви населення, котрі не мають медичного страхування за місцем роботи (безробітні та частково зайняті), можуть у разі необхідності розраховувати тільки на мінімальний, гарантований державою, рівень медичної допомоги. Ще одним вагомим недоліком даної моделі є можливі ризики зростання вартості медичних послуг та відносно високий рівень витрат на їх адміністрування.

У комплексному дослідженні варіативності національних систем медичних послуг на неабияку дослідницьку увагу заслуговує *модель Беверіджа*. Дана модель охоплює системи охорони здоров'я скандинавських країн, Ірландії та Великобританії, країн Південної Європи – Греції, Португалії, Іспанії та інших). Її *головними засадничими елементами* є наступні:

- по-перше, загальна доступність медичних послуг з повним охопленням усього населення медичним страхуванням та уніфікацією обсягу й переліку медичних послуг, що йому надаються;

- по-друге, домінування державного фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечується на основі цільового оподаткування центрального, регіонального та місцевого рівнів;

- по-третє, пріоритет системи планування витрат державного бюджету у фінансовому механізмі функціонування системи охорони здоров'я із жорстким державним контролем рівня витрат у медичній сфері та закріпленням за регіональними органами державного регулювання відповідальності за розподіл його коштів між провайдерами медичних послуг;

- по-четверте, жорстка ув'язка рівня заробітних плат і компенсацій медичного персоналу з кількістю пацієнтів, що обслуговуються.

Разом з тим, незважаючи на прогресивність подібної системи організації медичних послуг та суттєво вищий, порівняно зі страховою системою, рівень її ефективності щодо оптимізації адміністративних витрат, модель Беверіджа має один суттєвий недолік – значна забюрократизованість процесу ухвалення управлінських рішень, висока вартість адміністрування системи охорони здоров'я та значна залежність медичної сфери від вартісних обсягів та структури її державного фінансування. Не слід скидати з рахунків і брак мотивації провайдерів медичних послуг до економії ресурсів і зниження трансакційних витрат, а також підвищення якості медичного обслуговування і рівня задоволення потреб споживачів, що значною мірою погіршує конкурентні умови діяльності агентів ринку медичних послуг.

Загалом же, у більшості країн ОЕСР, що сповідують модель Беверіджа в організації національних систем медичних послуг, ключові управлінські рішення, пов'язані з масштабами їх фінансування, формуванням бюджету закладів охорони здоров'я, оподаткуванням підприємницького сектору чи соціальними внесками для медичного обслуговування населення, ухвалюються парламентом (як вищим законодавчим органом), або спільно парламентом і центральними / федеральними урядами. Ще один інституційний механізм – це прямі переговори представників фондів соціального страхування з національними урядами з питань розміру соціальних внесків та інших аспектів функціонування національних систем

охорони здоров'я. Наприклад, в Австралії, Канаді, Італії та Великобританії ключові рішення щодо їх фінансування ухвалюються на центральному і регіональному/муніципальному рівнях; в Австрії, Польщі і Швеції – одночасно три рівні державного управління беруть участь у цьому процесі; в Іспанії відповідальність за управління системою охорони здоров'я несуть регіони; а у Фінляндії – муніципалітети [148, с. 17].

Красномовним прикладом ефективної реалізації моделі Беверіджа є Великобританія, яка посідає нині світові лідерські позиції як за показниками доступності й якості медичних послуг, так і ефективності діючого механізму їх організації і фінансування. Запорукою досягнутих успіхів є насамперед відсутність посередницького сегменту у національній системі охорони здоров'я [68], а відтак – економія значних трансакційних витрат на медичному обслуговуванні населення та підвищення цінової конкурентоспроможності медичних послуг.

Ще однією конкурентною перевагою системи охорони здоров'я Великобританії є її загальнодержавне фінансування з податкових платежів економічних агентів (що забезпечує майже 90% сукупного бюджету медичної галузі, тоді як тільки 7,5% його загальної суми формується внесками роботодавців [189, с. 392]), а відтак – безкоштовність для усіх громадян. Інакше кажучи, відсутність полісів медичного страхування робить національну систему охорони здоров'я доступною для усіх, хто легально працевлаштований у країні і сплачує податки до державного бюджету. Подібний механізм організації і фінансування медичних послуг значною мірою забезпечується їх раціональною організацією на основі концентрації їх продукування у сегменті висококваліфікованих лікарів загальної практики, або так званих сімейних лікарів. Як первинний інститут медичного обслуговування населення Великобританії, спеціалісти загальної практики забезпечують високий ступінь зручності, персоналізації й індивідуалізації національної системи медичних послуг, а видача ними направлень до вузьких спеціалістів є запорукою високої оперативності і кваліфікації медичного обслуговування населення.

Разом з тим, орієнтація системи охорони здоров'я переважно на бюджетне фінансування є причиною неухильного наростання монополістичних тенденцій у медичній сфері, обмеженості прав пацієнтів у вільному виборі лікаря чи медичної установи, звуженні можливостей інноватизації медичної діяльності. Так, загальною для Великобританії практикою є повне покриття витрат так званих «бажаних постачальників» медичних послуг і не більше 80% [176, с. 46] витрат інших медичних установ.

Не слід скидати з рахунків і охоплення медичним страхуванням лише ризиків, передбачених Національною службою охорони здоров'я, що вимагає від громадян включатись у страхові програми приватного (добровільного) медичного страхування (яким охоплено нині близько 13% населення [189, с. 392] і яке забезпечує лише 1,2% загальних витрат на охорону здоров'я [244, с. 72]) за умов лікування чи профілактики захворювань за межами суспільних зобов'язань держави. Як результат – загалом низька якість медичних послуг і неможливість забезпечити ефективний суспільний контроль за діяльністю медичних закладів, що є вкрай негативними факторами розвитку конкурентного середовища.

І, нарешті, характеризуючи національні моделі систем медичних послуг, не можна оминати увагою і її радянську модель, яка отримала назву *модель Семашка*⁴ і набула найбільшого поширення у країнах колишнього СРСР. Її характерними рисами є наступні [180, с. 100]:

- виключно державне кошторисне фінансування системи охорони здоров'я на основі загальної податкової системи;
- повна безоплатність медичних послуг для пацієнтів, їх прямих (вільний) доступ до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів;
- централізоване державне управління та повний державний контроль над медичною сферою через систему загальнодержавного планування та галузевих нормативів;

Примітка.

Семашко Микола Олександрович – лікар, радянський партійний і державний діяч, один з фундаторів системи охорони здоров'я в СРСР, з 1918 р. до 1930 р. – перший нарком охорони здоров'я РРФСР.

- диференційована структура провайдерів медичних послуг та багаторівневість їх надання залежно від тяжкості захворювань (районні, центральні районні, міські, обласні та федеральні лікарні);

- багатопрофільність діяльності медико-санітарних установ за одночасної можливості отримання хворими високоспеціалізованих медичних послуг; дільнично-територіальний принцип медичного обслуговування.

Не випадково, ключову роль у цій системі відігравав дільничний лікар, відповідальний за надання медичної допомоги населення на своїй дільниці. Це забезпечувало чітку ієрархізацію медичних закладів та вертикальну інтеграцію діяльності усіх медичних служб, рівномірний розподіл хворих у медичній системі, а також посегментне і повне охоплення усіх верств населення медико-санітарним та профілактичним обслуговуванням. На тлі достатньо високих показників державного фінансування радянської медицини на рівні 6-6,5% ВВП [200, с. 215] результатом цього стало подолання низки хронічних й інфекційних захворювань, від яких страждало радянське населення.

Разом з тим, повна відсутність ринкового сегменту медичних послуг (а отже їх приватного сектору), консервація мережі діючих медичних закладів та відсутність чіткого видового розмежування медичної допомоги практично унеможливлювали формування конкурентного середовища медичної індустрії, а відтак – спричиняли неефективне використання її ресурсів, значну фрагментарність фінансових потоків та величезний брак фінансування багатьох її галузей і підсистем. Достатньо сказати, що, незважаючи на декларовану рівність усіх радянських громадян у доступі до медичних послуг, практично половина із сукупного державного фінансування сфери охорони здоров'я СРСР (загальним обсягом 3-5% ВВП) виділялась на так званий «четвертий відділ» Міністерства охорони здоров'я. Він обслуговував лише представників партійної номенклатури, чисельність яких не перевищувала 1% сукупного населення, тож решта 99% [122, с. 11] радянських громадян були вкрай обмежені у задоволенні своїх потреб у медичних послугах.

Окремої уваги заслуговує і такий недолік радянської системи охорони здоров'я як її виключно екстенсивний характер, що визначав її зорієнтованість на нарощування кількості лікарняних ліжок, лікарського і медсестринського персоналу за колосального браку інвестиційних капіталовкладень у розробку нових засобів і методів діагностики й лікування. Саме екстенсивне будівництво лікарень з гіперпродукуванням лікарів і молодшого медичного персоналу стало причиною вкрай неефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я (коли заробітна плата медиків не перевищувала 70% середньої зарплатні по промисловості), а отже й низької якості медичних послуг.

Не слід скидати з рахунків і значну складність будь-якої структурної модернізації системи Семашка та панування бюрократичних й адміністративно-командних методів її управління, що спричиняє неефективність економічних механізмів її стратегічного розвитку та менеджменту. Нині країни, медичні системи яких було сформовано за моделлю Семашка, перебувають на різних щаблях її структурної модернізації та реформування з чітким дрейфуванням у бік страхових чи комбінованих засад. Йдеться насамперед про медичні системи таких постсоціалістичних країн, як Молдова, Грузія, Естонія, Киргизстан, Литва, Російська Федерація.

Так, одним з найбільш успішних можна вважати реформування системи медичних послуг Грузії. Його ключові тренди були пов'язані насамперед з формуванням висококонкурентного середовища надання медичних послуг, повним усуненням зовнішньоторговельних бар'єрів у сфері імпорту лікарських засобів та медичного обладнання, посиленням державно-приватного партнерства у медичній сфері, а також докорінним реформуванням госпітальної діяльності та фармацевтичної сфери. Так, на початок реформування медична сфера Грузії не тільки потерпала від хронічного недофінансування, але й була надто переобтяжена глибокими структурними деформаціями. Достатньо лише сказати, що у результаті довготермінового браку фінансування національної системи охорони здоров'я загальна кількість лікарень у період 1988-1998 рр. скоротилась з 402 до 272; за 1998-1999 рр. кількість лікарів зменшилася на 20%, а медсестринського персоналу

– на 50%. І це при тому, що на кінець 1990-х років Грузія лідирувала серед колишніх республік СРСР і країн Центрально-Східної Європи за показником кількості лікарів на 1 тис. населення (3,86, тоді як перших двох груп – 3,72 та 2,49 відповідно) [122, с. 18]. Протягом 1990-2002 рр. рівень материнської смертності у Грузії зріс майже на 80%, сягнувши максимального показника у 1997 р. [122, с. 20]; а на початок 2000-х років госпіталізовані громадяни з числа незаможних верст населення змушені були сплачувати біля 70% сукупних доходів свого домогосподарства на кожен випадок стаціонарного лікування, а нерідко на оплату медичних послуг їм доводилось позичати кошти і, навіть, продавати нерухоме майно [122, с. 21].

Тож реалізація диверсифікованих інвестиційних програм приватизації державних лікарень і поліклінічних закладів та запровадження транспарентних умов тендерних закупівель товарів медичного призначення дали змогу докорінно їх переобладнати і вивести на новий щабель лікарського й інноваційно-технологічного забезпечення. Прикметно також відзначити, що перехід медичних закладів у власність інвесторів супроводжувався прийняттям приватними установами зобов'язань надавати медичні послуги упродовж семи років в обмін на право використовувати лікарняну нерухомість та устаткування у своїх комерційних цілях.

Своєю чергою, повна імплементація національної системи медичного страхування на основі механізмів купівлі населенням медичних страхових ваучерів дала змогу створити фінансову базу для покриття вартості базового пакету медичних послуг у приватному секторі охорони здоров'я; а державні програми медичного страхування забезпечили соціально незахищені верстви населення Грузії базовим медичним обслуговуванням. Так, тільки у період 2009-2012 рр. загальна кількість громадян Грузії, охоплених приватним медичним страхуванням, зросла з 40 до 450 тис. осіб, охоплюючи на кінець періоду 51% громадян на рівні загального фінансування та 38% на рівні державного фінансування медицини [122, с. 31]. Саме з цього часу національна система охорони здоров'я перейшла на конкурентні «рейки» функціонування, коли провайдери медичних послуг дедалі

більшою мірою переорієнтовуються на максимізацію своїх прибутків шляхом як диверсифікації спектру медичних послуг, так і підвищення їх якості.

Запорукою високої ефективності проведених у Грузії реформ медичної сфери стали і її глибокі інституційні реформи, пов'язані насамперед з мінімізацією ролі державного регулювання, різким скороченням чисельності бюрократичного апарату на обслуговування медичної індустрії, суттєвим спрощенням діючих ліцензійних і реєстраційних процедур, а також формуванням транспарентного регуляторного середовища. Так, запровадження автоматичної реєстрації медичних препаратів та виробів медичного призначення, що практикується нині Європейським медичним агентством та Управлінням з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США, дало змогу усунути корупційну складову у цій сфері (у тому числі корупцію у сфері державних закупівель) та майже утричі знизити для лікарень закупівельну вартість медикаментів. Крім того, скорочення кількості ліцензійних та дозвільних видів підприємницької діяльності на 84% [38, с. 86] створило підґрунтя для запровадження у практику чітких, прозорих і зрозумілих «правил гри» для усіх агентів ринку медичних послуг.

Заслугує на неабияку увагу досвід реформування медичної сфери Молдови, початок якої було покладено у 1996 р. започаткуванням загальнодержавної програми підготовки сімейних лікарів. Вже у 2003 р. було засновано Національну компанію медичного страхування, яка не тільки дала змогу оперативно перевести систему охорони здоров'я Молдови на солідарний механізм фінансування, але й суттєво диверсифікувати види медичних послуг, підвищити їх якість, наростити фонд оплати праці медичних працівників, а також значно розширити доступ населення до стаціонарної медичної допомоги, особливо пацієнтів з обмеженою платоспроможністю. Крім того, заснування Фонду інвестування в охорону здоров'я забезпечило диверсифікацію джерел фінансування національної медичної сфери, перевівши її на якісно вищий щабель розвитку.

Вагомою конкурентною перевагою молдовської реформи медичних послуг стало також запровадження пропорційного принципу розподілу витрат на медичне страхування між роботодавцями і працівниками за одночасного визначення

найбільш нужденних категорій населення, медичне обслуговування яких повною мірою забезпечується державним коштом. Це – діти, пенсіонери, багатодітні сім'ї та інваліди, доступ яких до системи охорони здоров'я є нині вагомим чинником суспільної стабільності та вирівнювання соціальних асиметрій.

Характеризуючи здобутки реформування системи охорони здоров'я Молдови, не можна оминати увагою і такий його напрям як оптимізація мережі закладів стаціонарного лікування з одночасним запровадженням стандартів медичної допомоги у відповідності з діючими програмами медичного страхування і державних гарантій у сфері охорони здоров'я. Навіть за збереження переважно державного статусу лікувальних закладів Молдова, одна з небагатьох країн колишнього СРСР змогла в останнє десятиліття подолати демографічну кризу і вийти на щорічні показники приросту населення на рівні 0,5% [132].

Підбиваючи підсумок, відзначимо, що діючі на сьогодні національні моделі медичних послуг сформувались у результаті складної взаємодії соціально-економічних, політико-правових та культурно-гуманітарних чинників суспільного прогресу, котрі у сукупності детермінують характер історичного поступу різних типів суспільних систем. При цьому визначальний вплив на формування країнових систем медичних послуг справили ментальні особливості кожної нації, а також сповідувані нею гуманітарні і морально-етичні норми і цінності, котрі становлять «становий хребет» національних медичних систем, насамперед щодо характеру акумулювання і розподілу ресурсного забезпечення галузі.

Сформовані в останні два століття еволюційним шляхом національні моделі медичних послуг, мобілізують і розподіляють ресурси між медичними інституціями різного рівня, спрямовують їх на індивідуальне і суспільне споживання товарів і послуг (що створює для населення потік благ, пов'язаних зі створенням запасу здоров'я) та зорієнтовані на забезпечення максимальної конвергенції ринку і суспільних інтересів, динамічний розвиток інституту корпоративної соціальної відповідальності, а також досягнення високого рівня соціальних стандартів. Ця стратегічна мета функціонування національних систем медичних послуг найбільшою мірою реалізована у країнах з домінуючими

солідарно-корпоративними принципами їх надання, сповідуваними західноєвропейськими соціал-демократичними режимами.

Підтвердженням цієї тези є і міжнародні рейтинги, що їх складають різноманітні аналітичні й дослідницькі інституції з метою оцінки ефективності організації національних систем охорони здоров'я. Найчастіше для цього використовуються інтегральні індикатори, що враховують їх найважливіші елементи й структурні компоненти кількісного й якісного характеру. З-поміж таких оцінок найважливішими є, зокрема, індекс тривалості життя, скоригований на інвалідність – *DALE (disability-adjusted life expectancy)*; індекс очікуваної тривалості життя, скоригований на здоров'я – *HALE (health adjusted life expectancy)*; європейський споживчий індекс здоров'я – *EHCI (Euro health consumer index)*. Шкала індексу ЕНСІ є загальним мірилом того, якою мірою кожна з 35 країн, включених до рейтингу, відповідає критеріям вискоєфективної, орієнтованої на споживача, системи медичних послуг.

Прикметно також відзначити, що якщо у 2006 р. країна-лідер у рейтингу мала даний показник на рівні 84%, то у 2018 р. максимальний показник становив майже 90%, а 8 держав були оцінені на 80% і вище [18]. Так, за результатами рейтингування країн у 2018 р. у першу десятку країн з найрозвинутішими системами охорони здоров'я увійшли Швейцарія (зі значенням індексу 893), Нідерланди (883), Норвегія (857), Данія (855), Бельгія (849), Фінляндія (839), Люксембург (809), Швеція (800) (рис. 1.4).

Незважаючи на наявні країнові диференціації в організації, фінансуванні і регулюванні національних систем медичних послуг, спільними для усіх країн дотепер залишаються глибокі структурні проблеми їх функціонування, пов'язані насамперед з динамічним зростанням медичних витрат, недоступністю медичного обслуговування для певних верств населення та дефіцитом інноваційних медичних технологій і лікувальних методик. Незмінною для усіх держав залишається і дуалістична роль інституту держави у процесах медичного обслуговування населення. З одного боку, функціональні компетенції держави полягають у прямому фінансуванні медичних послуг, а з другого – у розробці «правил гри» для

функціонування медичної сфери, пов'язаних зі створенням необхідних нормативно-правових, інституційних та організаційно-економічних умов для її розвитку та консолідації зусиль державного, приватного, суспільного і транснаціонального секторів економіки у розв'язанні найгостріших проблем медичного обслуговування населення і досягненні цілей суспільного розвитку.

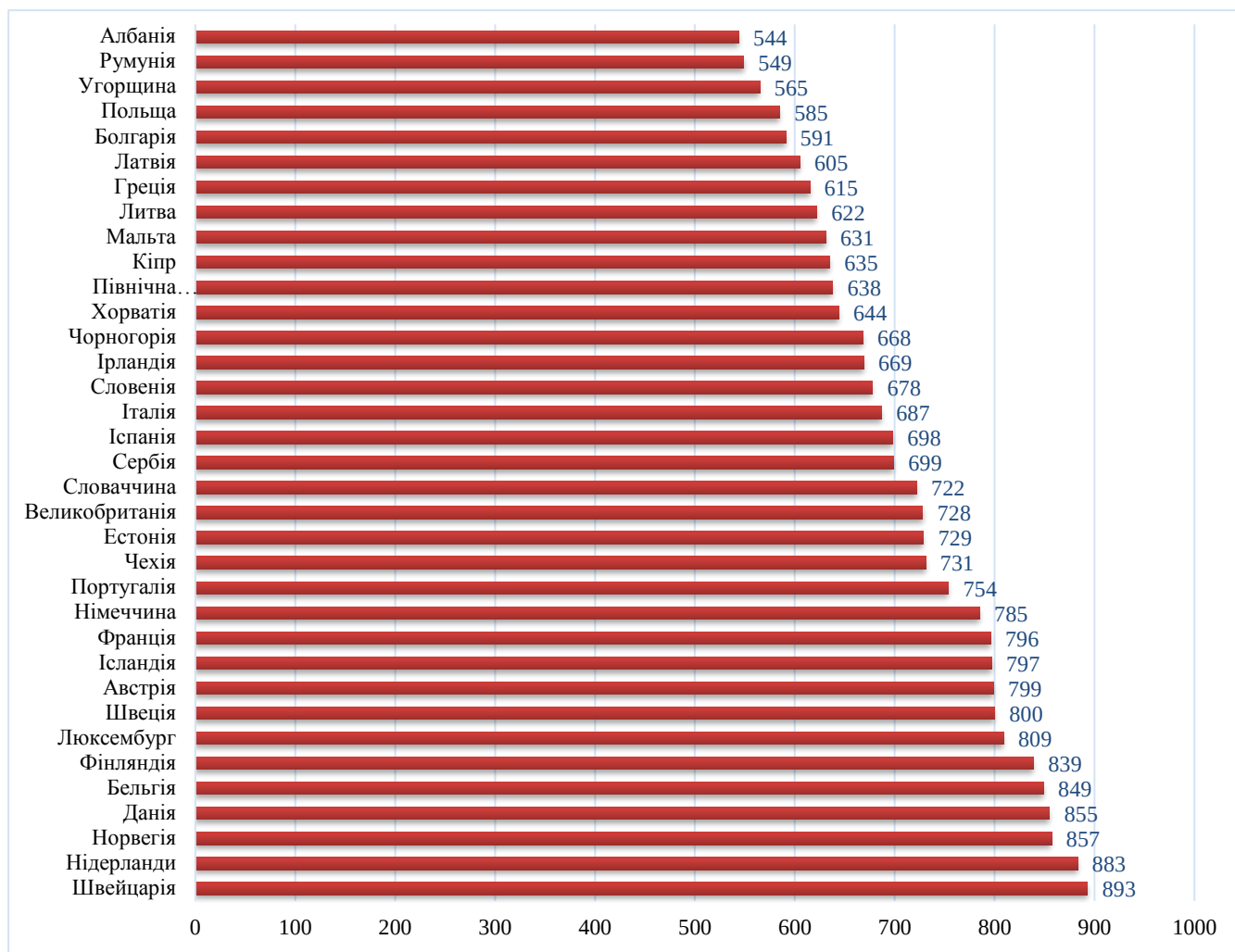


Рис. 1.4. Рейтинг країн за європейським споживчим індексом здоров'я у 2018 р. [18]

Хоча розбудувати універсальну для усіх країн світу систему медичних послуг неможливо, однак глобальні умови функціонування медичної індустрії та динамічні процеси її транснаціоналізації в останні десятиліття спричиняють певну уніфікацію національних медичних систем. Вона пов'язана насамперед з міжнародною стандартизацією якості медичних послуг та диверсифікацією суб'єктної структури їх надання; універсалізацією механізмів державно-

приватного партнерства у медичній сфері та урізноманітненням джерел її фінансування; перерозподілом функціональних компетенцій між державним і приватним секторами медичних послуг; зростанням частки медичних послуг, що надаються на міжнародному рівні; а також дедалі більшою інтернаціоналізацією і глобальним поширенням медичних інновацій і технологій. Це об'єктивно диктує необхідність формування якісно нової системи медичної індустрії, яка має включати не лише національні системи медичних послуг, але й передбачати дедалі більшу активізацію транснаціоналізаційного сегменту медичних послуг.

Наростання транснаціоналізаційних тенденцій у розвитку національних систем медичних послуг пояснюється також тим, що хоча держава традиційно й виражає і захищає інтереси усіх верств населення в охороні здоров'я через реалізацію відповідної політики у даній сфері, однак в умовах глобалізації даний інститут вже неспроможний повною мірою виконувати свою соціальну функцію у цій царині. Тож частина функціональних компетенцій, пов'язаних з медичним обслуговуванням делегується міжнародним структурам. Це є свідченням глобального характеру сучасних трансформаційних змін у національних системах медичних послуг, які набувають свого концентрованого вираження як на рівні їх рушійних сил, так і векторної спрямованості і механізму.

Висновки до розділу 1

1. У сучасному спектрі послуг, що продукуються з метою задоволення виробничих й індивідуальних потреб, центральне місце посідають медичні послуги. Будучи зорієнтованими на задоволення специфічного спектру людських потреб щодо підтримки і зміцнення фізичного і морального здоров'я людей, а також забезпеченням їм гідних умов життя і високих його якісних кондицій, медичні послуги є економічними благами особливого типу і у довгостроковому періоді формують стійку базу економічного і технологічного прогресу країн і націй.

2. Практично усі концепції і теорії, що досліджували упродовж багатовікового періоду роль людського фактору у процесах суспільного відтворення, більшою чи меншою мірою включали у поле наукового аналізу медичні послуги, як з погляду їх внутрішнього змісту, так і економічної природи і суспільних функцій. При цьому основний дослідницький інтерес завжди був зосереджений переважно на багатофакторній залежності здоров'я людини від умов її життєдіяльності, а також взаємозв'язку між здоров'ям населення і масштабами суспільного багатства. На сьогодні процеси відтворення медичних послуг набувають свого концентрованого вираження як на рівні виробництва суспільного продукту, так і на рівні його споживання, що підтверджує наявність тісного взаємозв'язку між динамікою розвитку медичних послуг і процесами розширеного відтворення глобального людського ресурсу.

3. Функції медичних послуг у сучасних процесах відтворення глобального людського ресурсу мають як загальний, так і специфічний характер у силу різної природи результату суспільно корисної діяльності у сфері медичного обслуговування. Механізм впливу медичних послуг на макроекономічне зростання країн та їх міжнародні конкурентні позиції на світових ринках детермінується самим процесом їх споживання, що забезпечує виникнення низки економічних ефектів. Останні пов'язані з розвитком людського ресурсу як невід'ємного компоненту процесу суспільного відтворення і набувають свого концентрованого вираження у подовженні періоду продуктивного використання національного людського ресурсу, поліпшенні якісних кондицій людського ресурсу наступних поколінь; розширенні можливостей людей щодо здобуття ними освіти і професійної підготовки, а також здійсненні інших видів суспільного інвестування у людський розвиток.

4. Медичні послуги з урахуванням їх всеохоплюючого характеру, здатності пронизувати усі сфери людської життєдіяльності, а також фундаментального впливу на різні об'єкти, процеси і явища суспільного життя усіх країн світу, мають природу глобальних суспільних благ, не тільки детермінуючи загальний стан суспільства, але й визначаючи кількісні й якісні кондиції глобального людського ресурсу. У контексті теорії глобальних суспільних благ, медичні послуги

одночасно уособлюють собою і патронатні, і мериторні блага. Їх патронатна природа пов'язана з одночасним втіленням у медичних послугах індивідуальної і соціальної корисності, які впливають з їх цінності як ключового механізму збереження здоров'я окремих індивідів та суспільства в цілому; а мериторна – із специфічним характером формування суспільного попиту на них та активною роллю держави у розширенні попиту на медичні послуги з боку індивідуальних споживачів.

5. У сучасних умовах розширене відтворення медичних послуг реалізується на національному, регіональному і міжнародному рівнях і включає складний інструментарій мобілізації і використання бюджетних коштів держав і регіональних утворень; медичних страхових внесків роботодавців і найманих працівників; а також фінансових ресурсів міжнародних організацій і суспільних фондів. При цьому механізм глобального відтворення медичних послуг передбачає чіткі процедури їх суспільного вибору, відповідні поведінкові параметри споживачів, альтернативні способи надання даного виду послуг, а також фіскальні важелі й інструменти, що забезпечують задоволення у них суспільного попиту.

6. Діючі на сьогодні національні моделі медичних послуг сформувались у результаті складної взаємодії соціально-економічних, політико-правових та культурно-гуманітарних чинників суспільного прогресу країн, котрі у сукупності детермінують характер історичного поступу різних типів суспільних систем. Сформовані в останні два століття еволюційним шляхом національні моделі медичних послуг, мобілізують і розподіляють ресурси між медичними інституціями різного рівня, спрямовують їх на індивідуальне і суспільне споживання товарів і послуг та зорієнтовані на забезпечення максимальної конвергенції ринку і суспільних інтересів, динамічний розвиток інституту корпоративної соціальної відповідальності, а також досягнення високого рівня соціальних стандартів. Ця стратегічна мета функціонування національних систем медичних послуг найбільшою мірою реалізована у країнах з домінуючими солідарно-корпоративними принципами їх надання, сповідуваними західноєвропейськими соціал-демократичними режимами. Незважаючи на наявні країнові диференціації в організації, фінансуванні і регулюванні національних

систем медичних послуг, спільними для усіх країн дотепер залишаються глибокі структурні проблеми їх функціонування, пов'язані насамперед з динамічним зростанням медичних витрат, недоступністю медичного обслуговування для певних верств населення та дефіцитом інноваційних медичних технологій і лікувальних методик.

7. Незважаючи на неможливість розбудови у глобальному вимірі універсальної для усіх країн і регіонів моделі медичних послуг, динамічні процеси їх транснаціоналізації в останні десятиліття спричиняють певну уніфікацію національних медичних систем. Вона пов'язана насамперед з міжнародною стандартизацією якості медичних послуг та диверсифікацією суб'єктної структури їх надання; універсалізацією механізмів державно-приватного партнерства у медичній сфері та урізноманітненням джерел її фінансування; перерозподілом функціональних компетенцій між державним і приватним секторами медичних послуг; зростанням частки медичних послуг, що надаються на міжнародному рівні; а також дедалі більшою інтернаціоналізацією і глобальним поширенням медичних інновацій і технологій. Це об'єктивно диктує необхідність формування якісно нової системи медичної індустрії, яка має включати не лише національні системи медичних послуг, але й передбачати дедалі більшу активізацію транснаціоналізаційного сегменту медичних послуг.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [212, 213, 216, 217, 218, 219, 220].

РОЗДІЛ 2

ІНСТИТУЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГЛОБАЛЬНОМУ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНОМУ ПРОСТОРІ

2.1. Кількісно-якісні виміри трансформаційних змін у глобальній системі медичних послуг

Національні системи охорони здоров'я як сукупність взаємопов'язаних інститутів медичної інфраструктури, кваліфікованих кадрів і спеціалістів медичної сфери, що взаємодіють у процесі суспільного відтворення медичних послуг з метою поліпшення, відновлення і підтримання здоров'я населення, у глобальних умовах зазнають глибоких трансформаційних змін. Вони пов'язані як з нарощуванням капіталізації медичної сфери, так і глибокими якісними змінами у виробництві, розподілі, обміні і споживанні медичних послуг, диверсифікацією їх структури, а також реформуванням методів й інструментарію управління системою охорони здоров'я.

Усі ці зміни обумовлені цілою низкою ендогенних й екзогенних факторів, насамперед науково-технічним прогресом, стрімким зростанням частки медичних послуг у формуванні валового внутрішнього продукту країн, демографічним старінням населення держав-лідерів, підвищенням показників продуктивності праці та рівня добробуту у більшості країн світу, активізацією бізнес-діяльності. Принагідно також відзначити, що глобальні трансформаційні зміни у національних системах охорони здоров'я мають нині яскраво виражений дуалістично-суперечливий характер, коли, з одного боку, зростає рівень їх інноватизації і технологічної місткості, розширюється інтернаціональний сегмент медичних послуг та підвищуються їх якісні кондиції, а з другого – зростає вартість медичного обслуговування та рівень його комерціалізації, а також виникають значні загрози національній безпеці країн з причин виїзду за кордон висококваліфікованих медичних кадрів, обмеження доступу держав до інноваційних розробок у сфері

медицини, їх патентного блокування тощо. Достатньо сказати, що у 2013 р. тільки у ЄС понад 1,2 млн. осіб [33, с. 1] померли від захворювань і травм, яких можна було б уникнути завдяки більш ефективній політиці у сфері охорони здоров'я, належній профілактиці здоров'я та оптимізації фінансового механізму функціонування медичної сфери.

Комплексне дослідження трансформаційних змін у національних системах медичних послуг вимагає детального аналізу провідних тенденцій і закономірностей у сфері їх глобального відтворення. Важливим у даному контексті є комплексний аналіз масштабів і структури фінансування національних систем охорони здоров'я. Що стосується загальносвітових вартісних обсягів фінансування систем охорони здоров'я, то тільки у період 2000-2016 рр. у розрахунку на одну особу вони зросли майже утричі – з 345,2 до 1001 дол. США у рік, або з 5,4 до 6,3% глобального валового внутрішнього продукту [12; 112, с. 88]. Як впливає з даних рис. 2.1, у регіональному розрізі найбільший приріст було зафіксовано у країнах Південно-Східної Азії (з 38,7 до 96 дол. США у рік за вказаний період), Західно-Тихоокеанському регіоні (з 387,4 до 1358 дол.) та Європі (з 929,8 до 1990 дол. відповідно).

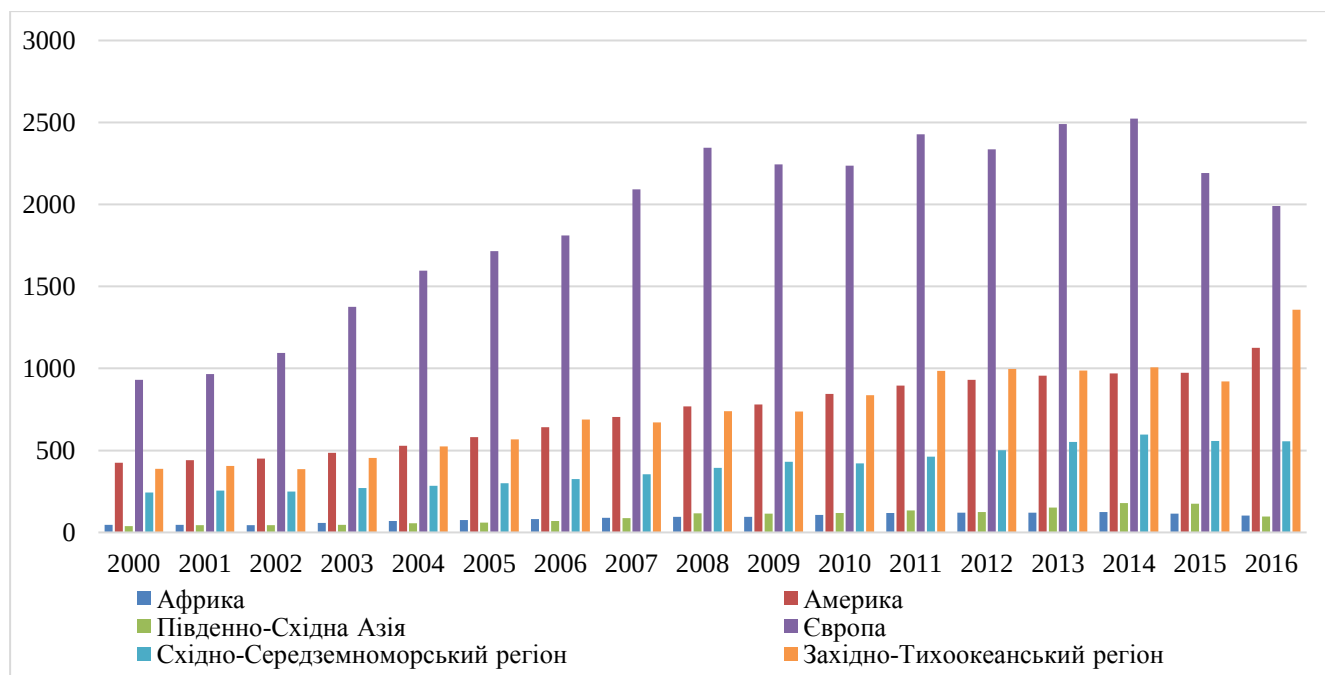


Рис. 2.1. Динаміка вартісних обсягів фінансування систем охорони здоров'я на одну особу за окремими регіонами у 2000-2016 рр., дол. США [12; 112, с. 88]

Своєю чергою, структура фінансування національних систем охорони здоров'я за своєю сутністю відбиває співвідношення державного, приватного та суспільного секторів у наданні медичних послуг, а відтак – рівень їх залучення до процесів відтворення глобального людського ресурсу. Динаміка даного показника у період 1980-2018 рр. показує суттєве зростання сукупних витрат країн ОЕСР на охорону здоров'я відповідно з 6,1 до 8,8% їх ВВП, у тому числі США – з 8,2 до 16,9%; Швейцарії – з 6,6 до 12,2%; Австрії – з 7 до 10,3%; Данії – з 8,4 до 10,5%; Японії – з 6,4 до 10,9%; Нідерландів – з 6,6 до 9,9%; а Франції – з 6,7 до 11,2% відповідно [30, с. 216; 31, с. 33]. У 2016 р. загальні витрати країн ЄС на охорону здоров'я досягли 9,9% їх ВВП, тоді як у 2005 р. вони не перевищували 8,7% [33, с. 2; 37]. Це свідчить як про динамічне поширення нових діагностичних і лікувальних технологій, так і про підвищену увагу урядів країн до медичної сфери як одного з ключових факторів усталеного макроекономічного зростання та забезпечення високої якості життя населення.

Світовий досвід засвідчує, що ядром національних систем медичних послуг є *державний сектор*, який в останні десятиліття стабільно утримує лідерські позиції за обсягами фінансування медицини усіх країн світу. Так, частка державних витрат на охорону здоров'я у період 1970-2016 рр. в Австрії зросла з 2,8 до 7,6% ВВП, Канаді – з 4,5 до 7,7%, Німеччині – з 4,1 до 9,3%, Швеції – з 4,6 до 9,1%, Великобританії – з 3,4 до 7,8%, а США – з 2,3 до 13,9% відповідно (рис. 2.2). За прогнозами авторитетних експертів, на період 2014-2030 рр. очікується 1,5%-не зростання державних витрат на охорону здоров'я, з яких близько половини відбиватиме усталений глобальний тренд старіння населення, а решта – стане результатом надмірного зростання витрат у зв'язку з появою інноваційних (однак більш дорогих) медичних технологій, підвищення доходів населення, дії ефекту Баумоля, а також трансформації політики і діючих інститутів у сфері охорони здоров'я [10, с. 25].

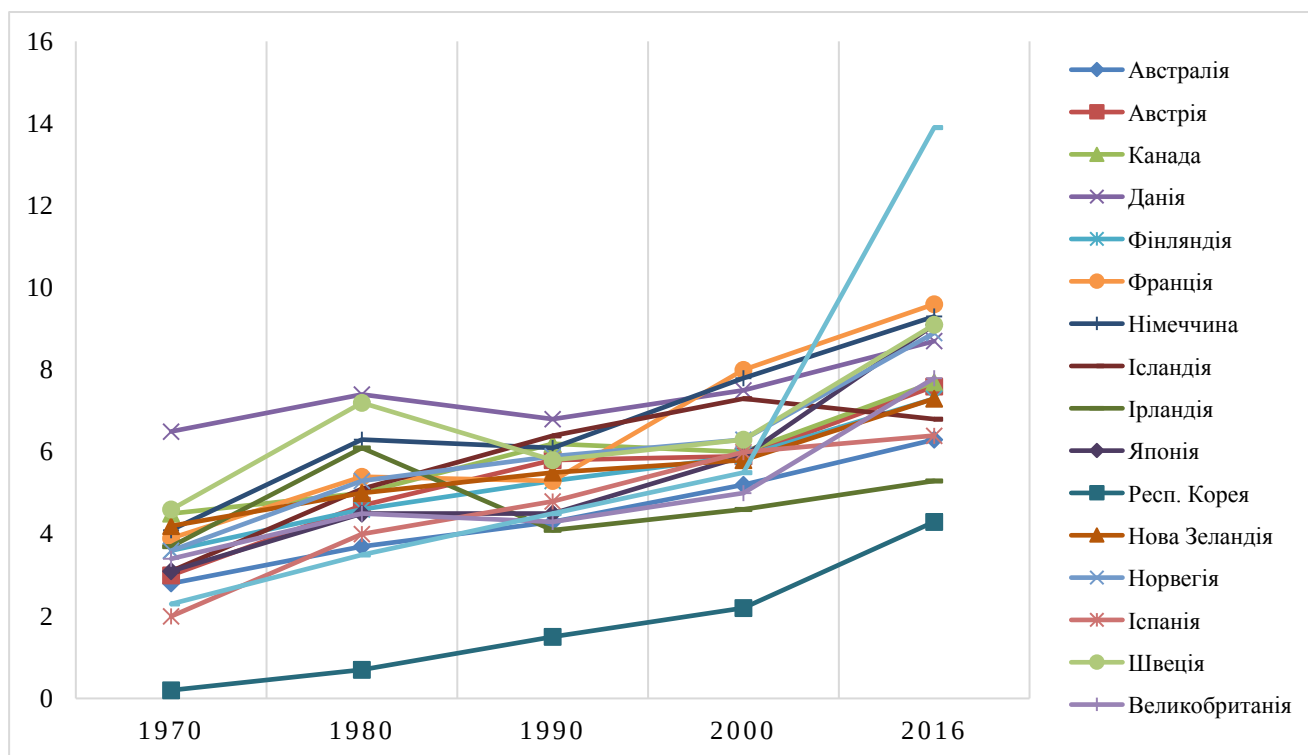


Рис. 2.2. Частка державного фінансування національних систем охорони здоров'я у 1970-2016 рр., % ВВП [36; 15]

Випереджальне зростання державних витрат на охорону здоров'я (порівняно з приватними) свідчить про те, що, незважаючи на незаперечні конкурентні переваги приватного підприємництва у медичній сфері (наявність ефективних каналів відтворення медичних послуг, висока здатність до інновацій, панування комерційних принципів у медичному обслуговуванні, стійкість бюджетів приватних медичних установ тощо), домінуючу роль у фінансуванні національних систем охорони здоров'я відіграє інститут держави. Держава бере також активну участь в організації медичного обслуговування тих верств населення, які не мають достатніх фінансових можливостей для його отримання від приватних провайдерів; здійсненні моніторингу і регулюванні національних ринків медичних послуг з метою недопущення корупції, експлуатації та інших видів зловживань у медичній сфері.

З погляду функціональної структури державних витрат на медицину, найбільша частка припадає нині на стаціонарне й амбулаторне лікування, а також придбання медичних товарів. Як свідчать дані, представлені у табл. 2.1, у період з 1970 р. до 2017 р. практично в усіх країнах ОЕСР спостерігаються *стабільно високі*

обсяги державних витрат на стаціонарне лікування, які, як відомо, є найвитратнішим елементом національних систем охорони здоров'я. Не випадково, від половини до двох третин їх загального фінансування припадає саме на фінансування лікарняних закладів. Зокрема, в Австралії вони становили у 2017 р. 1,9% валового внутрішнього продукту, Австрії – 2,9%, Бельгії – 2,2%, Данії – 2,3%, Франції – 3%, Німеччині – 2,9%, Швейцарії – 2,6%, Іспанії – 2%, США – 1,5%. Витрати на амбулаторне лікування становили за вказаними країнами у 2017 р. відповідно 2,1%, 1,9%, 1,4%, 2,5%, 1,6%, 2%, 1,8%, 1,7% та 4,3% валового внутрішнього продукту; а на медичні товари – 0,8%, 1,1%, 1,1%, 0,4%, 1,6%, 1,6%, 1%, 1% та 1,6% ВВП.

Таблиця 2.1

**Структура державних витрат на охорону здоров'я в окремих країнах
протягом 1970-2017 рр., % ВВП [36]**

Рік	Австралія	Австрія	Бельгія	Канада	Данія	Франція	Німеччина	Люксембург	Нідерланди	Іспанія	Швейцарія	США
<i>Стаціонарне лікування</i>												
1970	1,7	...	...	2,9	4,1	1,9	...	...	...	...	...	1,4
1980	2,5	...	...	2,7	4,4	3,2	...	...	...	...	...	1,9
1990	2,2	...	...	3,1	3,8	3,4	2,6	1,6	2,0	2,6	2,2	2,2
2000	1,9	2,7	1,9	1,4	2,1	2,9	2,5	1,5	1,3	1,6	...	1,5
2010	2,0	...	2,2	1,8	2,7	3,0	2,9	1,6	2,0	2,0	2,2	1,7
2017	1,9	2,9	2,2	1,7	2,3	3,0	2,9	1,3	1,7	2,0	2,6	1,5
<i>Амбулаторне лікування</i>												
1970	0,4	...	...	1,2	...	1,0	...	...	...	...	...	0,4
1980	0,8	...	...	1,7	1,0	1,2	...	...	...	...	...	1,3
1990	1,5	...	...	1,7	1,0	1,5	...	...	...	...	...	1,7
2000	1,8	1,7	...	1,3	1,7	1,2	1,7	1,5	0,9	1,7	...	2,5
2010	1,9	1,8	1,3	2,0	2,2	1,2	2,0	1,9	1,7	1,8	1,5	3,9
2017	2,1	1,9	1,4	2,0	2,5	1,6	2,0	1,2	2,0	1,7	1,8	4,3
<i>Медичні товари</i>												
1970	0,4	...	...	0,1	...	0,9	...	...	...	...	...	0,1
1980	0,3	...	...	0,2	0,3	0,8	...	...	...	...	...	0,1
1990	0,3	...	...	0,4	0,2	0,9	1,3	...	...	1,1	0,4	0,2
2000	0,7	1,0	...	0,5	0,5	1,2	1,3	0,6	0,7	1,1	0,8	0,3
2010	0,7	1,0	1,1	0,7	0,6	1,4	1,7	0,7	1,0	1,3	0,9	0,7
2017	0,8	1,1	1,1	0,7	0,4	1,6	1,6	0,5	0,7	1,0	1,0	1,6

Це свідчить, з одного боку, про незаперечну мериторну природу медичних послуг з активною роллю держави у формуванні суспільного попиту на них. З другого ж боку, зростання державних витрат на охорону здоров'я відбиває колосальні витрати на госпіталізацію пацієнтів (яка нерідко є необґрунтованою) та значну тривалість їх перебування на стаціонарному лікуванні. Так, результати цілої

низки досліджень рівня госпіталізації дорослого населення Канади підтверджує, що від 24 до 90% усіх госпіталізацій і 27 – 66% загального часу стаціонарного лікування пацієнтів є необґрунтованими. І це без урахування фактору нераціональної, з погляду економічних показників ефективності, кількісної структури стаціонарних лікувальних установ і асортименту пропонованих ними медичних послуг. Згідно результатів досліджень американських і британських учених, неефективність діяльності лікарняних закладів починається за кількості лікарняних ліжок менш ніж 200 і більш як 600; а дослідження експертів ВООЗ за групою 18 країн з низьким і середнім доходом показало вкрай недостатній рівень використання лікарняних ліжок – у середньому 55% за рекомендованого економічними параметрами ефективності граничного рівня – не менше 80 – 90% [108, с. 67].

Що стосується приватного сектору у загальних витратах на охорону здоров'я, то у 2016 р. вони становили у розрахунку на одну особу у Сполучених Штатах Америки 5032 дол. США у рік, Швейцарії – 2881 дол., Люксембурзі – 1269 дол., Норвегії – 983 дол., Німеччині – 856 дол., Ірландії – 1650 дол., Нідерландах – 1032 дол., Швеції – 884 дол. [81]. Саме цей індикатор відбиває реальну капіталізацію глобального ринку медичних послуг з огляду на виключно ринковий механізм їх виробництва і споживання. Якщо, виходити з такого методологічного засновку, то капіталізація медичного сегменту світового ринку зросте до 2022 р. до 11,9 трлн дол. США [93].

Характеризуючи сукупні приватні витрати на охорону здоров'я, слід відзначити, що найбільшу вагу у них мають готівкові виплати домогосподарств. Зокрема, у 2018 р. вони становили в Австрії 25,3% загальних витрат на охорону здоров'я, Канаді – 15,1%, Фінляндії – 20,1%, Німеччині – 12,3%, Італії – 23,1%, Японії – 12,7%, Респ. Корея – 32,9%, Литві – 32,3%, Нідерландах – 10,8%, Новій Зеландії – 12,9%, Великобританії – 16% відповідно [36]. Більше того, на сьогодні понад 5,5 млрд населення, яке проживає переважно у країнах із середнім і низьким рівнем доходів, змушене сплачувати вартість медичних послуг власним коштом, а більше 100 млн осіб [146, с. 91] взагалі опиняються за межею крайнього зубожіння,

не маючи жодних можливостей оплачувати медичне обслуговування. Як бачимо, подібні умови, будучи відображенням певного дистанціювання держави від виконання своїх соціальних функцій та нормативних потреб суспільства в охороні здоров'я, певною мірою ставлять під сумнів статус медичних послуг як патронатних і мериторних суспільних благ в силу перекладання тягара фінансування медичних послуг на плечі пацієнтів та їх перетворення на заручників недосконалих інститутів медичного обслуговування.

Наступною тенденцією, яка красномовно віддзеркалює сучасний характер трансформаційних змін у національних системах медичних послуг, є чітко виражений тренд *щодо зниження попиту на стаціонарне лікування, а відтак – послаблення орієнтації національних медичних систем на лікування хворих у стаціонарах та динамічний розвиток спеціалізованих і високоспеціалізованих медичних послуг*. Йдеться про те, що якщо у ХХ ст. основними їх провайдерами у національних системах охорони здоров'я були лікарняні й госпітальні установи, укомплектовані вузькоспеціалізованими спеціалістами; то з початку 1990-х років у країнах-лідерах під впливом наростаючої неефективності функціонування медичної сфери та нерівності доступу різних верств населення до медичних послуг намітився усталений тренд дедалі більшого витіснення лікування хворих у медичних стаціонарах доглядом за ними на дому за одночасного посилення орієнтації медичних установ на залучення висококваліфікованих спеціалістів широкого профілю.

Одночасно, з року в рік посилюється й тенденція *одночасного скорочення кількості лікарняних ліжок із запровадженням ефективних механізмів оптимізації витрат лікарняних установ та вартості медичних послуг, нормуванням медичного майна тощо*. Достатньо сказати, що тільки у період 2000-2017 рр. загальна кількість лікарняних ліжок (у розрахунку на 1 тис осіб населення) за групою країн Євросоюзу (за виключенням Болгарії) скоротилась з 6,7 до 5,2, що у відносному подушовому вираженні становить майже 20%. Зокрема, як показують дані, подані на рис. 2.3, з 1985 р. до 2017 р. загальна кількість лікарняних ліжок на 1 тис осіб населення зменшилась в Австрії з 9,9 до 7,4; Бельгії – з 7,7 до 5,6; Канаді – з 6,8 до

2,5; Данії – з 4,7 до 2,5; Фінляндії – з 8,3 до 3,3; Франції – з 8,4 до 5,9; Німеччині – з 10,1 до 8; Італії – з 8,3 до 3,2; Японії – з 15,6 до 13,1; Іспанії – з 4,6 до 2,9; США – з 5,5 до 2,8 [44]. І це при тому, що практично в усіх розвинутих країнах світу переважна більшість лікарняних ліжок сконцентрована нині у госпітальних і реабілітаційних медичних закладах.

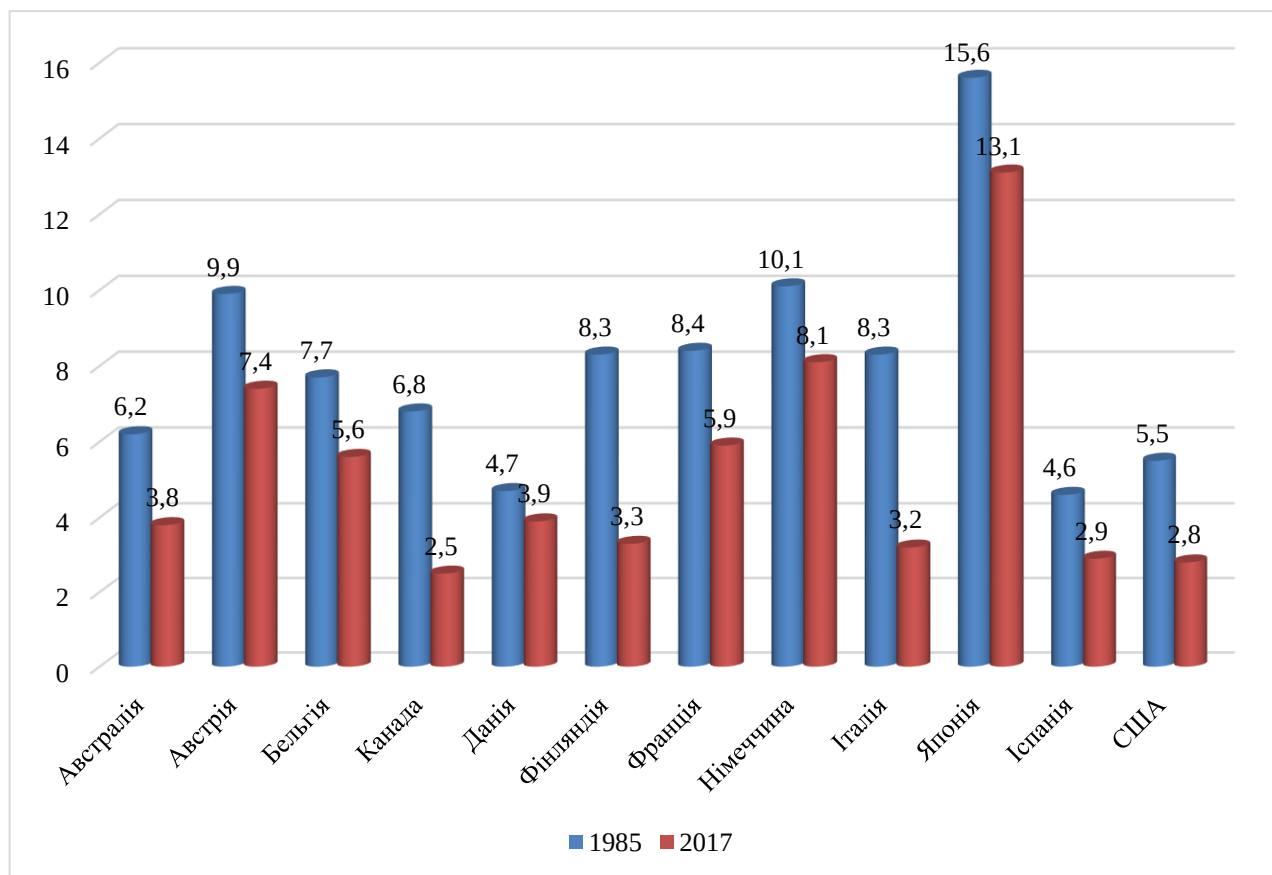


Рис. 2.3. Загальна кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 1 тис. населення за окремими країнами ОЕСР у 1985 р. і 2017 р. [44, с. 167]

Принагідно також відзначити, що на тлі зменшення кількості лікарняних ліжок спостерігається також *скорочення періоду стаціонарного лікування*. Так, упродовж 2000-2016 рр. середня тривалість перебування хворих у лікарнях за групою країн Євросоюзу знизилась у середньому з 10 до 7,9 днів (рис. 2.5). Особливо стрімке падіння було зафіксовано у Болгарії (з 11,5 до 5,3 днів), Нідерландах (з 9 до 5), Фінляндії (з 12,7 до 8,8) Німеччині (з 12 до 8,9), Хорватії (з 12 до 8,5), Латвії (з 11,5 до 8,3) і Великобританії (з 11 до 7,1 днів відповідно) [34, с. 187]. Подібний тренд пояснюється насамперед динамічним розвитком медичних технологій та науково-

технічного прогресу у цій сфері, що дало змогу широко запровадити у країнах-лідерах технології малоінвазивного лікування та ефективні анестетики, а відтак – звести до мінімуму післяопераційний реабілітаційний період, суттєво покращивши при цьому результати лікування пацієнтів та умови гігієни праці.

Ще один важливий напрям оптимізації витрат лікарняних установ та вартості медичних послуг, який в останні роки підтвердив свою ефективність у більшості розвинутих країн світу, – це *заміна системи оплати послуг стаціонарної медичної допомоги на основі постатейного кошторисного фінансування на систему загальних (глобальних) бюджетів закладів охорони здоров'я з подальшим її переходом на систему фінансування залежно від кількості лікувальних випадків та госпіталізації на основі принципу схожого діагнозу* (так званих клініко-статистичних груп – *Diagnosis Related Groups – DRG*). Інакше кажучи, система DRG, спираючись на фінансування процесу лікування клінічно однорідних захворювань з поєднанням однотипних методів діагностики і лікування з відносно однаковою вартістю використовуваних ресурсів, дає змогу знівелювати прив'язку вартісних обсягів фінансування лікувальних закладів до обсягу їх витрат, специфічних для кожного конкретного стаціонарного закладу. У такий спосіб у лікарень з'являються потужні стимули до впровадження систем управління витратами із застосуванням принципу оплати за кожен пролікований епізод за укрупненими тарифами. Як результат – більша передбачуваність фінансових потоків для продуцентів і споживачів медичних послуг, підвищення транспарентності роботи закладів охорони здоров'я та споживання ними ресурсів, а також підвищення якості стаціонарного лікування та загальної системи менеджменту лікарень.

Не слід скидати з рахунків і таких факторів як нівелювання впливу на медичні тарифи непомітної зміни медичних процедур, розширення можливостей виявлення випадків необґрунтованої госпіталізації та створення стимулів щодо перенесення частини медичних процедур в амбулаторні умови. Звичайно, не можна оминати низку «вузьких місць» даної системи, як-от: зниження рівня деталізації послуг, розширення епізодів щодо дострокового виписування недолікованих пацієнтів з

лікарняних закладів, збільшення випадків маніпулювання лікарями діагнозів з метою віднесення пацієнтів до дорожчих груп оплати та можливі відмови у лікуванні важких станів за умов їх більш дорогого (порівняно з діючими тарифами) лікування (які тим не менше можна ефективно нейтралізувати на основі стандартизації та експертизи медичних послуг лікарень) [170].

В якості прикладу можна навести Німеччину, усі лікарняні заклади якої, у відповідності з Законом «Про фінансування лікарень» Федерального міністерства охорони здоров'я, перейшли на систему G-DRG – адаптованої до німецьких реалій австралійської системи AR-DRG. Нині G-DRG включає 23 основні діагностичні категорії (*Major Diagnostic Categories – MDC*), до яких включено понад 1200 можливих протоколів лікування. Кожному протоколу присвоюється оціночний коефіцієнт (*costweight*), залежно від складності захворювання, тривалості перебування у лікарні та вартості витрачених на медичні процедури ресурсів. На цій основі розраховується загальна вартість лікування – так звана ставка *Basisrate*, що є єдиною й універсальною для усіх земель.

Про ефективність застосовуваної у Німеччині системи G-DRG свідчить, зокрема, той факт, що завдяки їй вдалось на 40% знизити вартість стаціонарного лікування (щоправда за одночасного зростання вартості амбулаторного лікування), скоротити тривалість перебування хворих у стаціонарі, посилити спеціалізацію медичної допомоги та підвищити її економічну ефективність, а також створити конкурентне середовище у медичній сфері та посилити транспарентність фінансування і діяльності лікарень. Більше того, запроваджена в останні роки система зовнішнього контролю й аудиту діяльності закладів охорони здоров'я (на основі системи з понад 200 індикаторів [204, с. 78]) дала змогу вивести їх діяльність на якісно вищий щабель матеріально-технічного й технологічного забезпечення. Так, нині близько 25% лікарень (у тому числі 10 університетських клінік) Німеччини щороку надсилають свої розрахункові дані до спеціально створеного Інституту розвитку лікарняної розрахункової системи – InEK. На основі цих даних формується каталог з повною деталізацією усіх параметрів, що лежать в основі

розрахунку вартості кожного стандартного випадку лікування з кодуванням діагнозів, від яких безпосередньо залежатиме вартість лікування кожного пацієнта.

У контексті оптимізації витрат лікарняних установ та вартості медичних послуг не слід скидати з рахунків і суттєвий економічний ефект від скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарних медичних закладах. Він виявляється насамперед у зниженні собівартості медичних послуг (а відтак і їх цін) та можливостях диверсифікації джерел доходів закладів охорони здоров'я за рахунок розширення асортименту виконуваних високоспеціалізованих лікувальних і профілактичних процедур. Красномовним підтвердженням тенденції щодо динамічного розвитку високоспеціалізованих медичних послуг є і структура країнових капітальних витрат на охорону здоров'я (медичні машини і обладнання – діагностичне, амбулаторне, хірургічне, інформаційне та ін. Наприклад у 2017 р. вони становили у Японії і Німеччині по 1,1% валового внутрішнього продукту; Бельгії і Нідерландах – по 0,9% ВВП; Швеції, Франції, Данії, США і Канаді – по 0,6% ВВП відповідно (рис. 2.4).

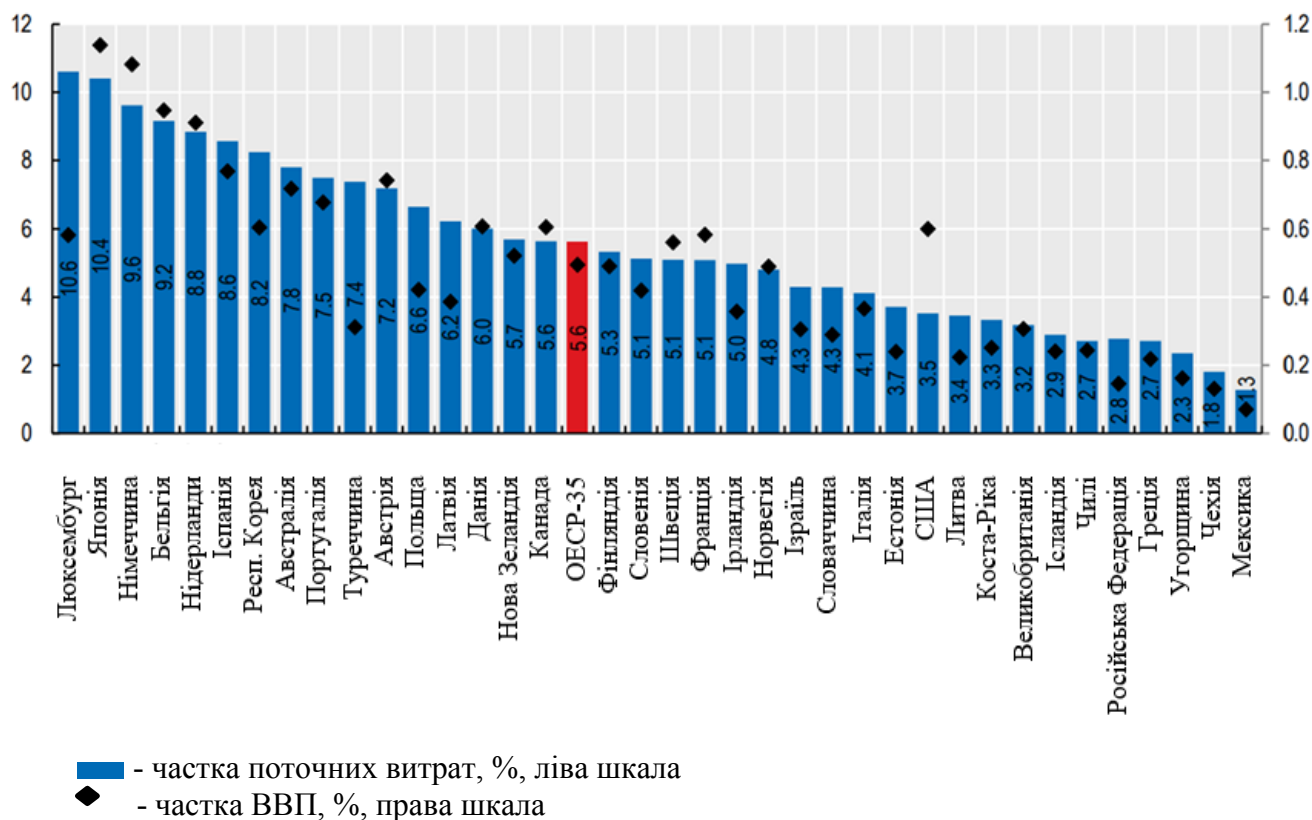


Рис. 2.4. Капітальні витрати на охорону здоров'я за окремими країнами у 2017 р. [31, с. 165]

Разом з тим, стрімке постаріння населення, яке особливо характерне для країн-лідерів, справляє вагомий вплив на структуру патологій і медичні потреби пацієнтів. Йдеться про те, що медичні патології значною мірою набули нині комплексного характеру зі зростаючою часткою тяжких форм неінфекційних захворювань, які об'єктивно вимагають тривалого медичного догляду за хворими пацієнтами. Наприклад, у США понад дві третини усіх смертей викликані хронічними захворюваннями, такими як хронічна серцева недостатність, хронічна обструктивна хвороба легень, діабет, гіпертонія, астма.

Саме на лікування цих захворювань припадає до 75% загальних витрат на охорону здоров'я у цій країні; а середня вартість однієї госпіталізації в останні роки зросла з 6 до 12 тис. дол. [63, с. 13] Крім того, у цій країні сукупні державні витрати на медичне обслуговування населення віком понад 65 років (яке традиційно бере участь у державній програмі медичного страхування для осіб літнього віку «Medicare») перевищують відповідні витрати на дітей віком до 18 років у 3,9 разу. У наступні три десятиліття дана ситуація ще більше загостриться у зв'язку з виходом на пенсію 77 млн. осіб [96, с. 7] (які народились у хвилю бебі-буму 1960-х років), тож вже у період 2019-2024 рр. сукупні витрати американців на медицину щорічно зростатимуть на 6,2% [184].

Закономірною реакцією на такий стан речей з боку глобальної системи охорони здоров'я стало *суттєве розширення мережі первинної медико-санітарної допомоги*, збільшення у її структурі частки сестринського догляду, опіки над людьми похилого віку, будинків інвалідів і хоспісів, медичного обслуговування на дому, а також більш широке залучення до медичного обслуговування хворих членів їх сімей, близьких родичів та добровольців (у рамках так званої колективної системи медичних послуг). Тільки у США загальні витрати на догляд за хворими на дому зросла в останні роки до 65 млрд. дол. щорічно, що у розрахунку на одного пацієнта становить понад 75 тис. дол. на рік [63, с. 13].

Як свідчать дані, подані на рис. 2.5, у сучасній функціональній структурі сукупних витрат країн Євросоюзу на охорону здоров'я близько третини припадає на амбулаторне лікування хворих, а в окремих країнах його частка суттєво

перевищує середньоєвропейський рівень (Португалії – 49%, Кіпрі – 40%, Естонії – 42%, Іспанії – 37%, Фінляндії і Хорватії – по 36%).

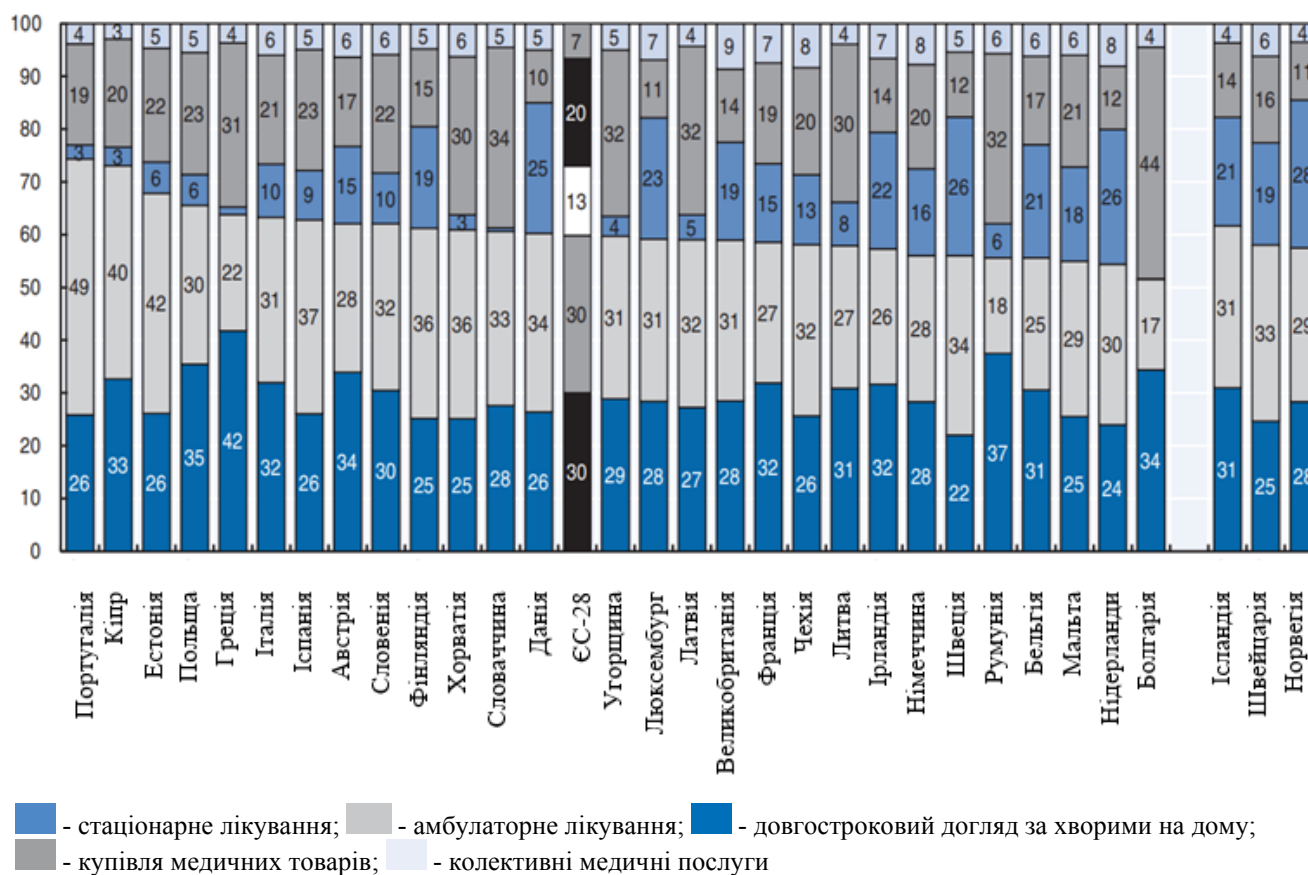


Рис. 2.5. Функціональна структура сукупних витрат на охорону здоров'я за окремими країнами у 2016 р. [34, с. 137]

Далі йдуть витрати на купівлю медичних товарів – 20% (Франції і Португалії – по 19%, Італії – 21%, Іспанії і Польщі – по 23%, Литві і Угорщині – по 32%) та довгостроковий догляд за хворими на дому – 13% (у Люксембурзі – 23%, Данії – 25%, Швеції і Нідерландах – по 26%, Норвегії – 28% відповідно). Подібна структура витрат є свідченням, з одного боку, *дедалі більшої орієнтації медичних установ провідних країн світу на оптимізацію своїх транзакційних витрат та підвищення фінансової результативності діяльності*, а з другого – динамічних диверсифікаційних процесів, які охопили медичну сферу, подібно іншим підсистемам і сферам глобальної економічної діяльності.

У комплексній характеристиці сучасних трансформаційних змін у глобальній системі медичних послуг, не можна оминути увагою і такий тренд як наростання їх *фрагментації на міжкраїновому і внутрішньокраїновому рівнях* (між різними

регіонами, міськими і сільськими територіями, різними верствами і стратами населення). У той час як держави-лідери світогосподарського поступу характеризуються нині значним прогресом у сфері медичного обслуговування населення, країни, що розвиваються, суттєво відстають за його основними кількісно-якісними параметрами. Підтвердженням цього є, зокрема, той факт, що найбільша частка світових споживачів медичних послуг віком старше 60 років припадає нині на європейський регіон, де уже у 2050 р. вона досягне рекордного значення 37% у демографічній структурі населення. Натомість відповідний показник для країн африканського регіону не перевищуватиме у 2050 р. 10%. У той час як системи охорони здоров'я Сінгапуру, Респ. Корея, Японії і Тайваню здатні забезпечувати якісні і доступні медичні послуги місцевому населенню і міжнародним медичним туристам, сусідні країни Південно-Східної Азії (Індонезія, Бруней, В'єтнам, Камбоджа, Індія, Бірма, М'янма) здатні охопити своє населення лише базовими медичними послугами.

Крім того, надання населенню медичних послуг у містах найчастіше здійснюється у лікарняних та госпітальних установах і включає доволі диверсифікований спектр послуг (включаючи профілактичні), тоді як сільські жителі найчастіше змушені задовольнятися лікуванням лише окремих захворювань, у тому числі тих, що фінансуються державними програмами і проектами у сфері охорони здоров'я. Наприклад, в Індії нині понад 80% населення проживає у сільській місцевості [103], а відтак воно не має належного доступу хоча б до мінімальної медичної інфраструктури – лікарень, диспансерів, діагностичних центрів, фельдшерсько-акушерських пунктів тощо.

Спостерігається також наростання асиметрій у рівнях заробітних плат працівників медичної сфери у державному і приватному секторі, особливо за умов активного освоєння фінансових ресурсів різного роду програм і проектів у медичній сфері (у тому числі і міжнародних). За таких умов надання населенню медичних послуг в рамках державного фінансування обмежується форматом лікування захворювань, профінансованого відповідними програмами і проектами, тоді як неохоплені ними захворювання залишаються без достатньої уваги медиків.

У комплексному аналізі глобальних трансформацій у сфері відтворення медичних послуг особливої уваги заслуговує і така тенденція, як *наростання комерціалізації національних систем охорони здоров'я*. Це виявляється у дедалі більшій їх орієнтації виключно на фінансові результати медичних закладів, нерідко без належної їх уваги до соціального ефекту медичного обслуговування населення і його соціальної відповідальності. У багатьох країнах з низьким і середнім доходами комерціалізація медичної сфери стає причиною, з одного боку, перекладання вартості лікування на пацієнтів незалежно від форми власності медичних закладів, в які вони звертаються, а з другого – наростання асиметрії інформації на ринку медичних послуг, а відтак – неконтрольованого зростання цін на них або зниження якості медичного обслуговування.

Принагідно відзначити, що навіть у країнах-лідерах з традиційно розвинутими національними системами медичних послуг в останні десятиліття суттєво посилюється тенденція щодо їх комерціалізації. Наприклад, у Німеччині у період 2002-2014 рр. на тлі зменшення кількості лікарняних ліжок у державних лікарнях і госпітальних установах (з 330 до 270 тис.) спостерігається їх динамічне збільшення у сегменті приватних медичних закладів (з 170 до 200 тис.). Своєю чергою, у Франції протягом 2000-2014 рр. державні установи скоротили кількість лікарняних ліжок з 320 до 260 тис., а приватні заклади охорони здоров'я – збільшили відповідно з 96 до 98 тис. [32, с. 166] Такий стан речей загрожуює «підривом» якісних кондицій людського ресурсу країн і справляє потужний негативний вплив на функціонування глобальної системи медичних послуг, завдаючи значних збитків національним економікам країн у формі гальмування динаміки макроекономічного зростання, науково-технічного й інноваційного прогресу.

Важливим аспектом розкриття трансформаційних змін у глобальному відтворенні медичних послуг є також *аналіз їх сучасного кадрового і матеріально-технічного забезпечення*. Характеризуючи їх, слід відзначити, що за останні півстоліття за усіма країнами ОЕСР спостерігається *зростання абсолютної кількості медичних працівників усіх рівнів і кваліфікацій*. Так, упродовж 2009-2018 рр. середньосвітовий показник кількості практикуючих лікарів у

розрахунку на 10 тис. осіб становив 15,1 особи; акушерок і медичних сестер – 34,8 [112, с. 112]; дантистів – 2,8; фармацевтів – 4,5; фізіотерапевтів – 0,2 особи у період 2007-2013 рр. [110, с. 122]. Найвищий рівень кадрового забезпечення медичної сфери мають нині такі країни ОЕСР, як Австралія, Австрія, Німеччина, Люксембург і Японія; яке до того ж доповнюється високою ефективністю, технологічністю й інноваційністю медичного обслуговування у цих країнах. Як впливає з даних табл. 2.2, упродовж 1960-2017 рр. кількість практикуючих лікарів в Австралії зросла увосьмеро, Австрії і Великобританії – учетверо, Бельгії і Японії – утрьох. Кількаразове зростання медичного персоналу спостерігається у вибірці досліджуваних країн і за показниками чисельності акушерок, медичних сестер, дантистів, фармацевтів і фізіотерапевтів, що є відображенням суттєвого поліпшення кадрового забезпечення їх національних систем охорони здоров'я.

Комплексний аналіз глобальних трансформаційних змін у національних системах охорони здоров'я вимагає дослідження *сучасного фірмово-корпоративного сегменту світового ринку медичних послуг*. Його репрезентують комерційні інституції й установи, які спеціалізуються на наданні широкого діапазону медичних послуг на комерційній основі і включають таку суб'єктну структуру:

- постачальники медичних послуг (лікарі швидкої допомоги, лікарні, клініки, хоспіси, установи альтернативної медицини, швидка допомога, діагностика тощо);
- заклади роздрібної торгівлі медичними препаратами та дистриб'юторські установи;
- навчальні заклади медичного профілю (медичні школи, університети, училища тощо);
- фінансові інституції (організації медичного менеджменту, страхові компанії, медичні плани тощо);
- виробничі структури, що продукують лікарські засоби, медичні інструменти й обладнання та ін.

Таблиця 2.2

**Кадрове забезпечення національних систем охорони здоров'я
окремих країн протягом 1960-2017 рр. [35; 112, с. 106-112]**

Рік	Австра- лія	Австрія	Бельгія	Канада	Фінлян- дія	Есто- нія	Німе- ччина	Люксем- бург	Японія	Іспанія	Велико- британія	США
<i>Практикуючі лікарі, осіб</i>												
1960	11904	11229	11730	...	...	2518	...	318	96038	...	44457	...
1970	16697	12438	14887	...	...	3860	...	384	113214	...	52516	...
1980	27160	16685	22759	...	...	5345	...	621	148815	68900	74209	...
1990	36991	23097	32547	...	11193	5473	220445	766	204001	79600	92583	...
2000	47372	30871	28999	...	12936	4371	266869	938	245315	127200	115310	647430
2014	81478	43126	33353	88873	16410	4326	332695	1589	300075	176665	180543	809845
2017	90417	45596	35069	99436	17511	4569	351195	1780	308105	180633	188783	849126
<i>Кількість практикуючих лікарів на 10 тис. населення, осіб</i>												
2009- 2018	35,9	51,4	33,2	26,1	38,1	34,7	42,1	30,3	24,1	40,7	28,1	25,9
<i>Акушерки, осіб</i>												
1980	...	826	...	...	...	1087	...	...	...	...	...	...
1990	13581	801	...	...	...	1056	...	75	...	...	...	...
2000	14640	1073	...	...	1476	507	17000	97	21734	...	28379	...
2014	21140	1434	...	...	2166	422	23000	207	30337	...	32288	...
2017	21151	2338	6973	...	2283	455	24000	214	31734	...	31500	...
<i>Медичні сестри, осіб</i>												
1980	151800	...	...	155178	...	1093 6	...	...	...	...	...	...
1990	198500	...	...	224008	...	1275 4	...	2838	...	130000	...	...
2000	191568	57367	91644	232566	55426	8153	859000	3220	1074629	143567	530658	...
2014	271288	68338	118608	347637	76445	7437	1064000	6657	1394985	239333	529088	...
2017	287405	60263	124196	365450	77867	8157	1069000	6992	1439721	267266	517000	...
<i>Кількість акушерок і медичних сестер на 10 тис. населення, осіб</i>												
2009- 2018	126,6	81,8	111,0	99,1	147,2	64,5	132,0	123,5	115,2	55,3	82,9	85,5
<i>Дантисти, осіб</i>												
1980	...	1622	...	...	...	682	...	131	51597	...	...	...
1990	...	2771	7285	...	4373	812	53148	198	72087	...	...	...
2000	8691	3722	7659	18178	4410	1053	61462	260	88416	...	...	163300
2014	13529	4893	8108	19334	4234	1215	69089	506	100994	...	...	192300
2017	14620	5009	8516	23352	3988	1265	70445	581	101584	...	35000	...
<i>Кількість дантистів на 10 тис. населення, осіб</i>												
2009- 2018	5,9	5,7	7,5	6,4	7,2	9,6	8,6	10,0	8,0	7,2	5,3	6,1
<i>Фармацевти, осіб</i>												
1980	11000	2972	7494	...	...	716	...	223	63765	...	...	...
1990	9000	3486	8170	...	...	926	41607	307	90025	23333	...	...
2000	15300	4532	10724	...	5005	815	47907	280	142910	25633	34959	...
2014	19792	5647	13508	32537	6857	889	52004	396	216077	54567	53261	...
2017	21656	6349	14084	37500	5941	956	53480	416	230186	53867	59704	...
<i>Кількість фармацевтів на 10 тис. населення, осіб</i>												
2009- 2018	8,7	7,1	12,2	10,0	11,0	7,3	6,4	7,1	18,0	12,1	8,8	10,5
<i>Фізіотерапевти, осіб</i>												
1980	...	600	10216	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1990	10233	1236	18568	...	8135	...	...	255	...	...	...	...
2000	12143	2223	18218	15918	10088	130	78000	301	...	26343	19417	126450
2014	20507	3506	20844	20134	13489	445	175000	1113	...	42490	28628	200670
2017	23325	3905	23001	22387	11303	475	188000	1198	...	51130	28071	225420

Незважаючи на подібну доволі розгалужену суб'єктну структуру світового ринку медичних послуг, найважливішу роль у функціонуванні національних систем охорони здоров'я відіграють постачальники медичних послуг – найбільший за кількісними вимірами сегмент ринку. Оскільки ринок медичних послуг є типовим ринком недосконалої конкуренції, домінуючі позиції на ньому посідає невелика кількість провайдерів, а відтак – вхід у дану сферу завжди

характеризується високими олігополістичними бар'єрами. Для їх подолання агенти ринку медичних послуг в обов'язковому порядку мають володіти необхідною матеріально-технічною і фінансовою базою, висококваліфікованим кадровим ресурсом та ефективним менеджментом, здатними забезпечити високу норму прибутку на вкладений капітал.

Світовий досвід засвідчує, що найпоширенішими постачальниками послуг охорони здоров'я є малі і середні підприємства, які можна згрупувати у наступний спосіб [28, с. 10-11]:

- по-перше, медичні працівники-індивідуали приватної практики: лікарі, стоматологи, медичні сестри, медичні практики;
- по-друге, комерційні клініки з невеликою кількістю персоналу, що спеціалізуються на первинному медичному обслуговуванні населення в амбулаторних умовах;
- по-третє, комерційні лікарні і госпіталі, які надають послуги діагностики, стаціонарного й амбулаторного лікування більш високого технологічно-місткого рівня та хірургічного втручання, мають у своїй структурі фонд лікарняних ліжок та аптечні заклади, перебувають у приватній або публічній власності бізнес-структур, а також перебувають під управлінням спеціалістів системи охорони здоров'я або професійних менеджерів у сфері бізнес-адміністрування;
- по-четверте, комерційні діагностичні центри у самостійному статусі або включені до інфраструктурної системи госпітальних установ, що спеціалізуються на наданні медичних послуг з діагностики захворювань і профілактичного обстеження пацієнтів.

Загальна вартість активів корпоративного сегменту глобального ринку медичних послуг становить нині 73,3 млрд. дол. США, з яких 60,7% (44,6 млрд.) припадає на медичні компанії північноамериканського й європейського регіонів. Водночас на бізнес-структури країн з новостворюваними ринками регіонів Близького Сходу і Африки припадало 16,7% (12,3 млрд.), глобальної капіталізації ринку медичних послуг, Азії й Австралії – 14,1% (10,3 млрд.), Латинської Америки – 8,5% (6,2 млрд. відповідно) (рис. 2.6).

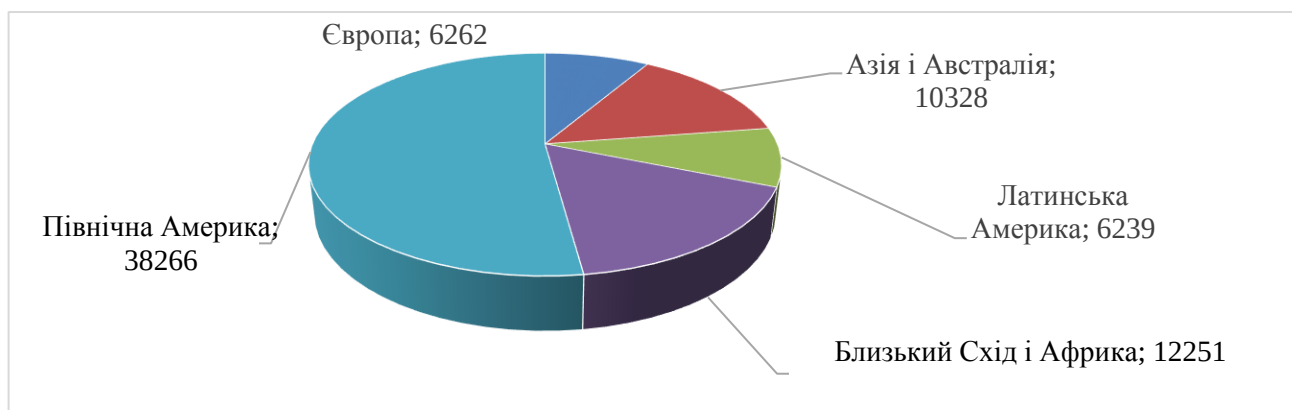


Рис. 2.6. Сучасна регіональна структура активів корпоративного сегменту глобального ринку медичних послуг, млн. дол. США [27, с. 46]

Про високий рівень прибутковості бізнес-структур медичної індустрії свідчить, зокрема, той факт, що у 2014 р. темп приросту загального прибутку медичних компаній, що належать до рейтингу «S&P 1500», становив майже 17% порівняно з попереднім роком, а у 2015 р. – 14,7% [58] відповідно, що є найвищим показником у порівнянні з рештою секторів і галузей національних економік. Як свідчать дані, подані у табл. 2.3, вісім з Топ-15 клінік США з найбільшими доходами мають статус неприбуткових організацій.

Згідно дослідження компанії «Medicare» [67], проведеного на основі фінансових звітів 3 тис. лікарень невідкладної допомоги, ключовими факторами їх конкурентоспроможності є частка ринку медичних послуг, наявність домінуючої страхової компанії, рівень роздрібної націнки, а також співвідношення кількості застрахованих і незастрахованих пацієнтів. При цьому багато лікарняних установ, маючи навіть збитки від основного виду діяльності (догляд за хворими), характеризувались позитивним показником загальної операційної рентабельності. Їх середній чистий дохід, скоригований на фінансові потоки від інших операцій (інвестиції, благодійні внески, прокат медичних товарів і обладнання тощо), становив у середньому 353 дол. США на одного пацієнта для усіх лікарень та 178 дол. для клінік з кількістю місць до 50 [67].

Таблиця 2.3

Рейтинг найбільш прибуткових клінічних установ США у 2016 р. [1]

Рейтинг	Клінічна установа	Загальний прибуток, млн. дол. США	Середня вартість лікування одного пацієнта, тис. дол. США	Статус медичного закладу*	Місто	Штат	Система охорони здоров'я
1	Gundersen Lutheran Medical Center	302,5	4,2	НП	Лакрос	Вісконсін	відсутня
2	Sutter Medical Center Sacramento	271,9	2,2	НП	Сакра-менто	Каліфорнія	Sutter Health
3	Stanford Hospital & Clinics	224,7	1,3	НП	Пало-Альто	Каліфорнія	відсутня
4	Norton Hospital	211,2	1,2	НП	Луїзвіль	Кентуккі	Norton Healthcare Inc.
5	Medical City Dallas Hospital	210,3	3,1	П	Даллас	Техас	HCA INC
6	Swedish Medical Center	192,5	3,1	П	Інглевуд	Колорадо	HCA
7	Hospital of the University of Penna	184,5	1,1	П	Філа-дельфія	Пенсільванія	відсутня
8	Methodist Hospital	172,4	1,0	П	Сан-Антоніо	Техас	HCA
9	SHMC-Riverbend	171,2	2,5	НП	Спрінг-філд	Орлеан	Peacehealth
10	Carle Foundation Hospital	163,5	2,1	НП	Урбана	Іллінойс	The Carle
11	VCU Health System MCV	152,2	1,4	Д	Річмонд	Вірджинія	відсутня
12	Milton S. Hershey Medical Center	151,8	1,4	НП	Херші	Пенсільванія	відсутня
13	Womans Hospital of Texas	149,5	10,4	П	Х'юстон	Техас	HCA
14	Mayo Clinic Methodist Hospital	148,3	1,7	НП	Рочестер	Міннесота	Mayo Clinic Home Office
15	Lutheran Hospital of Indiana	145,0	2,9	П	Уейн	Індіана	Community Health System

* неприбуткові клініки (НП); прибуткові клініки (П), державні клініки (Д).

Загострення глобальної конкуренції між лікувальними закладами за пацієнтів і об'єктивна необхідність зміцнення ними своїх конкурентних позицій на ключових сегментах світового ринку медичних послуг змушують медичні компанії здійснювати стратегічну переорієнтацію своєї діяльності насамперед на основі *злиттів і поглинань* індивідуальних лікарняних закладів та їх об'єднання з незалежними групами лікарів. У такий спосіб формуються великокапіталізовані системи охорони здоров'я, здатні забезпечувати не тільки значну економію фінансових ресурсів на масштабах продукування медичних послуг, але й розширення їх асортименту, нарощування інноваційних розробок у медицині, нівелювання бар'єрів входу на нові сегменти ринку та інтенсивніше використання основних сфер спеціалізації компаній. Як результат – глобальний сектор охорони здоров'я дедалі більшою мірою переорієнтовується з традиційної фрагментованої

моделі здійснення медичними закладами клінічних і фінансових операцій на консолідовану модель. Вона базується на об'єднанні і конвергенції різних технологічних ланок системи охорони здоров'я з досягненням синергійного ефекту їх функціонування та консолідацією їх ресурсів по усьому ланцюжку створення доданої вартості. Найбільш яскраво дана тенденція виявляється у сфері виробництва медичного обладнання і матеріалів. Як показують дані, подані на рис. 2.7, злиття і поглинання у даному секторі мають хвилеподібний характер і у період 1985-2007 рр. їх вартісні обсяги зросли з 7,1 до 89,6 млрд. дол. США, а кількість щорічно укладених угод – з 61 до 730. Наступний «сплекс» злиттів і поглинань у сфері виробництва медичного обладнання і матеріалів припав на 2012 р. і 2018 р., коли було укладено відповідно 592 і 988 угод ЗіП загальною вартістю 41,1 і 79,3 млрд дол. США [60]. Наголосимо також, що лєвова частка операцій ЗіП припадає нині на великомасштабні корпоративні угоди: у 2010 р. вона становила 93,1% їх загальної вартості, у 2011 р. – 86,6%, у 2012 р. – 87,8%, у 2013 р. – 92,1%, у 2014 р. – 92,6%, у 2015 р. – 95,8% відповідно [22].

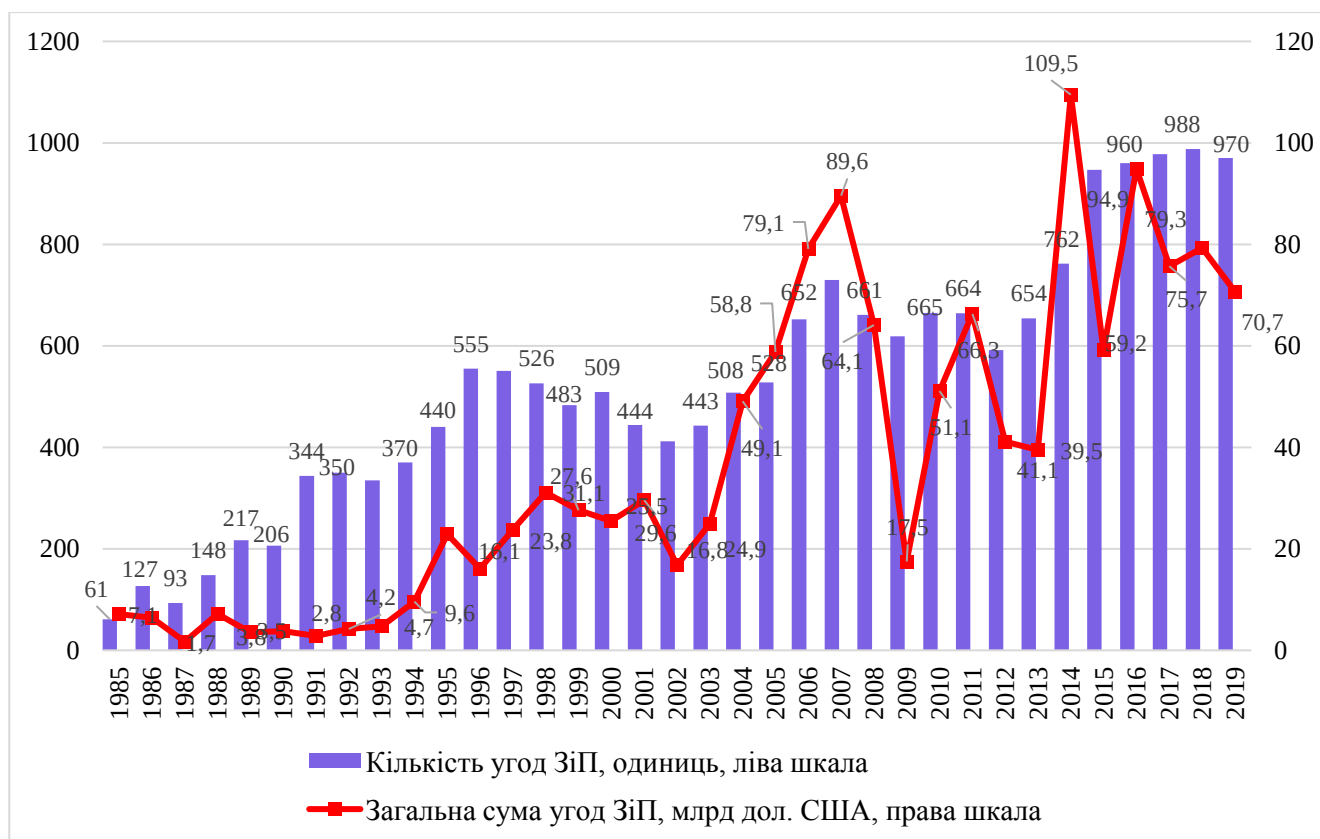


Рис. 2.7. Кількість і вартість угод злиттів і поглинань у сфері виробництва медичного обладнання і матеріалів у 1985-2019 рр. [60]

Ще одна прикметна риса глобальних операцій злиттів і поглинань медичних закладів – це зростання кількості гігантських за вартісними обсягами угод. Так, у 2015 р. (порівняно з попереднім роком) темп приросту угод вартістю понад 20 млрд дол. США склав 29%, від 5 до 20 млрд. – 32%, від 0,5 до 5 млрд. – 13% відповідно. Так, найбільшими операціями 2015 р. стали, зокрема, мегазлиття компанії «WuXi Pharma Tech» і медичного консорціуму за участі «Hillhouse Capital Groupe» і «Temasek Life Sciences» загальною вартістю 3,3 млрд. дол. США; «MedAssets» і «Pamplana Capital Management» (2,8 млрд.), «Air Medical Group» і «KKR» (2 млрд.), «Labco» і «Cinven» (1,3 млрд.) [22].

З-поміж причин, котрі обумовлюють в останні роки активізацію процесів злиттів і поглинань у сфері охорони здоров'я, головну роль відіграють зростання доступності на глобальних ринках капіталів недорогих кредитних ресурсів, висока вартість акцій медичних компаній та можливості отримання ними значних фінансових вигод у формі податкових інверсій від повторної державної реєстрації юридичних осіб у країнах з низьким рівнем оподаткування. Так, на сьогодні більшість медичних компаній реалізує податкові інверсії за рахунок купівлі іноземних компаній менше 25% своєї власної капіталізації. Як приклад можна навести концерн «Medtronic» – один з найбільших виробників медичного обладнання (заснований у 1949 р. у Міннеаполісі), який нещодавно отримав ірландську «прописку».

Своєю чергою, фармацевтичний гігант «Pfizer» ще у 2014 р. мав пройти повторну перереєстрацію у Великобританії через поглинання компанії «AstraZeneca», яка на завершальному етапі здійснення угоди була відхилена. Згодом «Pfizer» мав намір злитись з ірландською фармацевтичною компанією «Allergan» з вартістю угоди 160 млрд. дол. США, однак і вона була відтермінована [77]. А загалом, у 2017 р. 500 найбільших бізнес-структур зі списку Fortune-500 з метою уникнення сплати податків у США тримали в офшорних зонах близько 2,6 трлн. дол. [75, с. 2]. Особливо «відзначився» тут вищезгаданий концерн «Pfizer» зі 157 дочірніми компаніями, який у цілях «оптимізації» своїх податкових зобов'язань тримає за кордоном 198,9 млрд. дол. [75, с. 3].

Крім зазначених універсальних мотивів вагомий вплив на активізацію процесів ЗіП у медичній сфері справляє також і низка галузевих тенденцій, а саме: зростання попиту на послуги охорони здоров'я через посилення хронічних захворювань і старіння населення у провідних країнах світу; розширення середнього класу глобального суспільства зі стабільно високим попитом на медичні послуги; зростання їх технологічної й інноваційної місткості; а також активізація державних програм щодо підвищення якості медичних послуг та розширення доступу до них широких верств населення.

Не слід скидати з рахунків і *особливостей сучасних корпоративних стратегій злиттів і поглинань компаній медичної індустрії*, які найбільшою мірою зорієнтовані на реалізацію лікувальними закладами стратегій ринкового лідерства насамперед на основі диверсифікації портфелів своїх продуктів. Досягнення цієї стратегічної мети передбачає в якості обов'язкових компонентів, з одного боку, максимальну орієнтацію медичних закладів на задоволення потреб споживачів у медичних послугах з розбудовою більш тісних відносин з клієнтами, оперативним реагуванням на найменші зміни у їх попиті та розробкою відповідних продуктово-товарних стратегій, а з другого – на консолідацію продуцентів медичних послуг із реалізацією ними ефективних (з погляду економії трансакційних витрат) методів закупівель медичних товарів.

Яскравим прикладом реалізації глобальної стратегії ринкового лідерства є фармацевтична компанія «Drugmaker Shire». Прагнучи здобути незаперечні глобальні конкурентні переваги у лікуванні рідкісних захворювань, вона придбала компанію «NPS Pharmaceuticals» за 5,2 млрд. дол. США у 2015 р. [21], корпорацію «Duax» за 5,9 млрд. у 2016 р. і компанію «Baxalta» за 32 млрд. у 2016 р. [16]. Своєю чергою, лідер глобального ринку стоматологічних витратних матеріалів корпорація «Dentsply» у 2015 р. анонсувала купівлю за 5,5 млрд. дол. США компанії «Sirona» [14], що спеціалізується на виробництві високотехнологічного стоматологічного обладнання.

Як бачимо, стратегічна орієнтація вищезазначених угод зі злиттів і поглинань виходить далеко за межі здобуття компаніями медичної індустрії сегментних

конкурентних переваг, поширюючись і на забезпечення їх глобального конкурентного лідерства за усіма ланцюжками вертикально інтегрованого виробничого процесу на основі контролю повного його циклу, продукування високоякісних товарів і послуг, оптимізації трансакційних витрат, поліпшення структури активів, використання кваліфікованого кадрового ресурсу та суттєвого підвищення норми рентабельності інвестиційних капіталовкладень у дослідження й розробки. Так, поглинання корпорацією Drugmaker Shire компанії NPS Pharmaceuticals дало змогу першій не тільки суттєво диверсифікувати свій портфель медичних препаратів, але й стати активним агентом ринкового сегменту лікування рідкісних видів захворювань через долучення до навігаційних процесів затвердження медикаментів та управління цільовими групами учасників клінічних досліджень і випробувань.

Перехід в останні десятиліття світового ринку медичних послуг до споживчо орієнтованої моделі висуває в число пріоритетних здатність ефективно поєднувати їх виробництво з індивідуальними перевагами споживачів щодо лікування і профілактики захворювань. Це справляє потужний вплив на формування й реалізацію медичними закладами корпоративних бізнес-моделей, орієнтованих на максимальну економію грошових коштів і процесну оптимізацію їх діяльності на основі впровадження у національних системах охорони здоров'я *аутсорсингових механізмів*. Останні передбачають передачу стороннім медичним закладам виконання певних виробничих функцій. Їх реалізація, з одного боку, необхідна для підтримки операційних процесів медичних установ (що не можуть бути забезпечені лише їх власними силами), а з другого – дає їм змогу уникнути доволі обтяжливих функцій підвищення кваліфікації обслуговуючого персоналу.

За своєю природою медичний аутсорсинг відбиває, на нашу думку, докорінну зміну парадигми суспільного поділу праці у контексті його переходу до кластерно-мережевої системи організації виробничих процесів з відповідними зв'язками і механізмами взаємодії їх структурних компонентів, а також делокалізацією, децентралізацією й індивідуалізацією суспільної праці. Інакше кажучи, мереживізація економіки поєднавши воєдино національні і локальні центри

економічної діяльності, набула особливо кристалізованих форм в охороні здоров'я як одній з найважливіших соціальних функцій держави.

Найчастіше у медичний аутсорсинг на умовах конкурсних і тендерних процедур делегуються приватному сектору додаткові і підтримуючі виробництво функції, зокрема, інформаційне обслуговування, ведення бухгалтерського обліку й звітності, дослідження і розробки, управління основними фондами клінічних установ, служба безпеки, юридичне абонентське обслуговування медичних установ, а також підбір персоналу, маркетинг і логістика. При цьому можливою є навіть передача до організаційної структури компанії-партнера цілих підрозділів організації з їх виробничими активами й основними фондами. Звернімось до цифр: капіталізація ринку IT-аутсорсингу в охороні здоров'я на період до 2024 р. досягне, за прогнозними оцінками, понад 67,5 млрд дол. США за щорічних темпів її зростання на рівні 7,5% [41]. При цьому перелік топ-5 медичних послуг, що передаються в аутсорсинг, включає: процедури з анестезії (37%), невідкладну медичну допомогу (36%), діаліз (32%), діагностичну візуалізацію (25%) і госпіталізацію пацієнтів (25%) [42, с. 2].

Однак, найбільший економічний ефект, як свідчить світовий досвід, має передача в аутсорсинг вузькоспеціалізованих (найчастіше так званих «прив'язаних» до лікаря [178, с. 44]) медичних послуг. Умови подібних аутсорсингових підрядів передбачають забезпечення компанією-аутсорсером, яка має у своєму штаті висококваліфіковані, затребувані ринком медичні кадри різної спеціалізації, на договірних умовах своїми спеціалістами інших медичних організацій. При цьому оплата її послуг здійснюється переважно коштами страхових компаній або лікарняних кас.

Своєю чергою, економічний ефект аутсорсингу високотехнологічних видів медичних послуг пов'язаний із застосуванням найбільш передового, інноваційного медичного обладнання і лікувальних технологій, застосування яких вимагає наявності висококваліфікованого медичного і технічного персоналу. З огляду на цю обставину, вже стала звичною практикою передача багатьма клініками і госпіталями у підпорядкування аутсорсингових компаній своїх виробничих

приміщень зі стоматології, пластичної хірургії, урології, радіології, комп'ютерної діагностики (у рамках так званого внутрішнього аутсорсингу – *in-house outsourcing*); а також передача функцій своїх відділень спеціалізованим клінікам (зовнішній аутсорсинг – *out-house outsourcing*) [127, с. 139].

Красномовним прикладом ефективних аутсорсингових підрядів у системі охорони здоров'я є, зокрема, Румунія, де з 2002 р. функції з проведення хворим гемодіалізу в амбулаторних умовах було передано чотирьом приватним іноземним компаніям. Інвестувавши 28,6 млн. євро у модернізацію медичного обладнання для гемодіалізу, ці фірми взяли на себе усі функції з управління центрами діалізу у 8 лікарнях по всій країні [82, с. 1; 258, с. 241]. Це дало змогу не тільки вивести дану надважливу медичну послугу на якісно вищий технологічний й операційний щабель (оскільки ще у 2003 р. у Румунії було лише 36 гемодіалітичних апаратів на 1 млн. населення, тоді як в Угорщині – 93, а у Чехії – 102), але й зекономити за три роки 2,9 млн. євро державного фінансування [82, с. 2].

Заслуговує також на увагу досвід Філіппін, де ще у 2012 р. 20 з 28 лікарень передали в аутсорсинг приватним установам непрофільні (немедичні) функції щодо прання білизни, забезпечення санітарії, охорони і дієтичного харчування; а 19 з 28 медичних закладів – діагностичні і лабораторні функції [4, с. 13]. Своєю чергою, у Швейцарії щорічні витрати на впровадження лікарняними установами аутсорсингу медичних послуг коливаються від 50 тис. до 7,8 млн. швейцарських франків. Узагальнення ключових форм медичного аутсорсингу, механізмів його реалізації стосовно профільних і непрофільних послуг у медичних закладах дає змогу конкретизувати низку його конкурентних переваг та недоліків (табл. 2.4).

Як бачимо, головні переваги аутсорсингу в охороні здоров'я – більша продуктивність інвестиційного капіталу, скорочення державних витрат на медицину, підвищення якості медичних послуг та вища ефективність використання медичного обладнання – дають змогу не тільки підняти на якісно новий рівень організацію діяльності суб'єктів ринку медичних послуг, але й суттєво підвищити рівень задоволення споживачів масштабами, якістю і асортиментом медичної продукції.

Таблиця 2.4

**Переваги і недоліки аутсорсингових контрактів
у сфері охорони здоров'я [50, с. 3]**

Переваги	Середнє значення оцінки	Недоліки	Середнє значення оцінки
Більша увага внутрішнім і зовнішнім споживачам медичних послуг у приватному секторі	57,2	Аутсорсинговий ефект зростання витрат пацієнтів на медичне обслуговування	45,6
Більша продуктивність інвестиційного капіталу	56,6	Зниження рівня медичного страхування на робочому місці	42,6
Вища ефективність операційного використання і підтримки медичного обладнання	56,6	Зростання залежності державних закладів медичних послуг від приватного сектору	40,6
Скорочення державних витрат на охорону здоров'я	53,2		
Підтримка з боку національної економіки	50,4		
Підвищення якості медичних послуг	48,6		
Популяризація здорового способу життя	47,0		

Резюмуючи, відзначимо, що у нинішньому форматі глобальних економічних трансформацій медичні послуги акумулюють у собі найпередовіші інновації у сфері наук про життя, досягнуті за весь історичний період людської цивілізації. Даний вид сервісної індустрії зорієнтований на задоволення як усталених, традиційних людських потреб у підтримці й зміцненні здоров'я, так й якісно нових запитів, пов'язаних з підвищенням естетичних, екологічних і гармонійних норм людської життєдіяльності. Як результат – нині медичні послуги не тільки зазнають глибоких якісних змін у частині їх суб'єктної структури, але й докорінно трансформуються форми, методи й інструментарій медичного менеджменту, що підтверджує системність і незворотність структурних модифікацій даної сфери сервісної індустрії, яка відбувається на національному, регіональному і глобальному рівнях.

Загострення глобальної конкуренції у сфері охорони здоров'я, зростаючі масштаби міжнародної торгівлі медичними послугами, поява інноваційних лікувальних методик та передового медичного обладнання на тлі їх глобальної

стандартизації породжуючи якісно нові тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. Вони пов'язані як з випереджальним зростанням державних витрат на охорону здоров'я, зниженням попиту з боку пацієнтів на стаціонарне лікування, динамічним розвитком спеціалізованих і високоспеціалізованих медичних послуг, так і дедалі більшою орієнтацією медичних установ на оптимізацію своїх трансакційних витрат і підвищення фінансової результативності діяльності, наростанням рівня комерціалізації національних систем охорони здоров'я тощо.

Своєю чергою, панування споживчо орієнтованої моделі функціонування світового ринку медичних послуг стає головною рушійною силою стратегічної переорієнтації корпоративних бізнес-моделей медичних установ на основі злиттів і поглинань індивідуальних лікарняних закладів, їх об'єднання з незалежними групами лікарів, широкої імплементації механізмів медичного аутсорсингу. Закономірним результатом цих процесів стає формування велико-капіталізованих систем охорони здоров'я, здатних не тільки досягати значної економії фінансових ресурсів на масштабах продукування медичних послуг, але й розширювати їх асортимент, нарощувати інноваційні розробки у медицині, нівелювати бар'єри входу на нові сегменти ринку та інтенсивніше використовувати основні сфери спеціалізації компаній.

2.2. Інноваційні і телекомунікаційні технології – стратегічний вектор діджиталізації системи медичних послуг

Динамічний розвиток глобального ринку медичних послуг та його фундаментальні структурні трансформації в останні десятиліття значною мірою обумовлені системним впровадженням у медичну практику проривних інноваційних і телекомунікаційних технологій. Їх масштабне застосування спричиняє суттєве зміщення акцентів у медичному обслуговуванні населення з власне обсягів наданих медичних послуг на якісні результати лікування. Це має своїм наслідком не тільки зниження глобального попиту на дорогі стаціонарні

послуги охорони здоров'я, але й зародження принципово нової моделі взаємодії лікувально-профілактичних установ зі спеціалізованими медичними закладами шляхом дистанційного надання високоспеціалізованих медичних послуг з масштабним використанням інформаційних технологій і кращих спеціалістів. Дана модель отримала влучну дефініцію «телемедицина» (яка виникла у 1959 р. на стику медицини й інформатики), а найбільш повне трактування її змісту знаходимо у доповіді експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я 1997 р. – це «діяльність, послуги і системи, пов'язані з наданням на відстані послуг охорони здоров'я з використанням інформаційно-комунікаційних технологій для підтримки глобального здоров'я на основі діагностики, лікування і профілактики захворювань і травм; проведення досліджень у сфері медицини; а також забезпечення безперервної освіти медичних працівників та ефективного управління медичною сферою» [2, с. 10].

Про динаміку розвитку глобального ринку телемедицини (телемедичних технологій і послуг – *Telemedicine Technologies and Services*⁵) свідчать такі дані: якщо у 2009 р. його капіталізація становила 8,2 млрд. дол. США, у 2010 р. – 9,8 млрд. [63, с. 6]; у 2012 р. – 14,2 млрд. дол. США [102, с. 3], у 2014 р. – 21,1 млрд. дол., у 2018 р. – 49,8 млрд, то до 2026 р., за експертними оцінками, вона досягне відмітки 266,8 млрд. [53] за середньорічних темпів зростання на рівні 19% у період 2019-2025 рр. [92]. При цьому частка телегоспіталів становила у 2018 р. 66,1% його загальної капіталізації (25,3 млрд дол. США) [92], що відбиває тренди минулих років, упродовж яких даних показник стабільно становив від 65 до 70% [63, с. 6]. За даними дослідницької агенції «Office Practicum», близько 30% американських пацієнтів для отримання медичної й діагностичної інформації регулярно використовують комп'ютери і мобільні додатки; майже половина професіоналів сфери охорони здоров'я у наступні п'ять років планують інтегрувати мобільні додатки у свою практику [99, с. 1, 4]. А загалом, за даними дослідження «Health

Примітка.

До даного сегменту належать комп'ютерна техніка, програмне забезпечення, телегоспіталі і теледодатки за хворими на дому.

Index», здійсненого експертами компанії «Synovate Comcon», медична тематика входить сьогодні у п'ятірку найбільш частих Інтернет-запитів в Інтернеті, поступаючись лише погоді, музиці, відео і розвагам [203, с. 43].

Своєю чергою, сукупні доходи операторів даного сегменту ринку протягом 2012-2018 рр. зросли з 310 млн. до майже 4,8 млрд. дол. США; а кількість пацієнтів, охоплених даною послугою – з 490 тис. до 7,1 млн осіб (рис. 2.8).

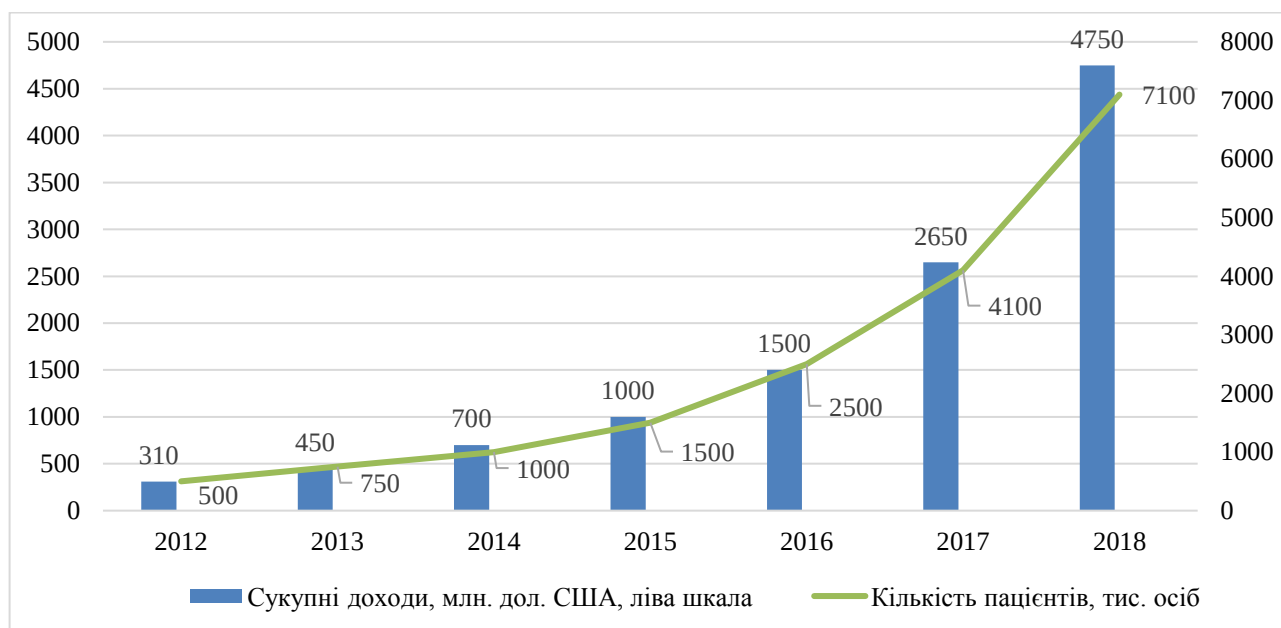


Рис. 2.8. Сукупні доходи і кількість пацієнтів, охоплених телемедичними послугами, у 2012-2018 рр. [9, с. 11; 80]

Капіталізація лише американського ринку телемедичних послуг становила у 2018 р. близько 19,5 млрд дол. США, з найбільшим приростом в останнє десятиліття частки послуг з відстежування важливих життєвих показників пацієнтів у домашніх умовах [92]. Щоденно у цій державі здійснюється близько 1,5 млн. сеансів надання телемедичних послуг на дому; кожна медична сестра у цій країні, яка упродовж дня може обслужити 5-6 пацієнтів, завдяки телемедичним технологіям надає послуги 15-25 хворим. Крім того, використання теледопомоги на дому у середньому на 30% зменшує кількість звертань пацієнтів до лікарів і на 30% знижує витрати на охорону здоров'я [121, с. 8].

У сучасній регіональній структурі глобального ринку телемедичних послуг безсумнівним лідером є північноамериканський з місткістю ринку на рівні 12,5

млрд. дол. США у 2018 р. За прогнозами експертів, до 2025 р. його капіталізація досягне 43,4 млрд. за середньорічних темпів зростання на рівні 19,9% у період 2019-2026 рр. [73]. При цьому основним локомотивом зростання північноамериканського регіону закономірно є ринок телеконсалтингу. Прогнозується, що телеконсалтинговий сегмент ринку медичних послуг США зросте до 2025 р. до 28,1 млрд. дол. США [101]. Сектор телеконсалтингу, що спеціалізується на наданні широкого спектру консультаційних послуг з лікувальної терапії, способів візуалізації та постановки діагнозів, по усьому світу здобув потужні драйвери розвитку завдяки динамічній розбудові телекомунікаційної інфраструктури, зростанню платоспроможного попиту на централізовані системи управління охороною здоров'я, мобільні та інтернет-технології, підвищенню якості і безпеки мобільних додатків, а також масштабним перетворенням у системі охорони здоров'я з розширенням кола застрахованих громадян. Достатньо сказати, що на сьогодні загальна кількість американських пацієнтів, які користуються послугами телемедицини, становить понад 3,2 млн. осіб [48].

Є всі підстави стверджувати, що телемедицина втілює у собі найбільш проривні інноваційні підходи у наданні медичних послуг, поєднуючи, з одного боку, передові медичні знання й обладнання, а з другого – сукупність інформаційних і комунікаційних технологій, здатних у віддаленому режимі забезпечувати оперативну діагностику і лікування пацієнтів, а також проведення комплексних досліджень і розробок у сфері медицини. За своєю природою, діагностичними і лікувальними методиками, механізмами продукування і компенсації вартості медичних послуг телемедичний сегмент глобального ринку репрезентує прикладний напрямок науки, пов'язаний з розробленням і практичним втіленням методів дистанційного медичного обслуговування і обміну спеціалізованою інформацією на базі використання сучасних інформаційних і телекомунікаційних технологій.

Більше того, сучасні умови розвитку інформаційних технологій перетворюють телемедицину не просто на якісно новий сегмент світового ринку медичних послуг, але й надають їй статусу невід'ємного компоненту глобальної системи охорони

здоров'я, тісно пов'язаного з потужним клінічним, економічним, моральним й організаційним ефектом. Телемедицина утворює єдиний канал обміну спеціалізованою інформацією, з одного боку, між пацієнтами і провайдерами медичних послуг, а з другого – між різними їх постачальниками, формуючи у такий спосіб ядро багаторівневої інтегрованої системи електронної («підключеної» – *Connected Care*) охорони здоров'я. Остання, забезпечуючи тісний зв'язок і консультації у реальному часі між лікарями, медичними сестрами й іншими медичними спеціалістами і професіоналами по всій території країни (або у транскордонному режимі) формує єдину мережеву систему охорони здоров'я.

В якості прикладу можна навести співпрацю американських компаній «United Health Group» і «Cisco» з розбудови у Сполучених Штатах першої в історії держави національної мережі телемедицини. Сьогодні вона об'єднує у своїх лавах 590 тис. лікарів і медичних працівників та понад 4,9 тис. клінік [249, с. 43], які на основі використання у лікувальній практиці найкращих технологій «Cisco» у сфері відеоконференцій активно залучені до спільної діяльності з медичного обслуговування населення (у тому числі сільських жителів), досягнувши ключової мети – донесення якісних медичних послуг до кожного пацієнта зі зняттям усіх бар'єрів між пацієнтами, лікарями загального профілю, медичними спеціалістами і клініками. При цьому постійно діючий контакт-центр «Cisco» забезпечує оперативну інтелектуальну маршрутизацію медичних викликів, а розроблені цією компанією технології мережевої безпеки надійно захищає віддалені канали зв'язку між медичними працівниками і пацієнтами.

Загалом сучасні корпоративні стратегії найбільших гравців глобального ринку телемедичних послуг найбільшою мірою зорієнтовані на формування, обслуговування й використання спільних телемедичних мереж, підключених до глобального пулу найбільш кваліфікованих фахівців та найпередовіших лікувальних методик. При цьому усі зацікавлені сторони активно використовують спільні мережі, особливо не переймаючись питанням інвестування власних мереж. Одним з красномовних прикладів є, зокрема, медичний факультет Техаського університету, який у рамках програми «Корекційний керований догляд»

обслуговує нині 126 тис. пацієнтів у 100 медичних закладах [63, с. 76], забезпечуючи їм повний спектр послуг у сфері медицини, стоматології та психічного здоров'я. При цьому розроблена факультетом інтегрована система включає електронні записи медичної інформації, лабораторні дані постачальників, дані рентгенівської діагностики, систему рецептурних призначень, інформацію щодо аптечного наповнення і логістичної системи доставки медпрепаратів. Дана мережа орієнтується на обслуговування колл-центрів телемедицини, яка включає постачальників телемедичних послуг, оснащених необхідним програмним забезпеченням і медичною периферією.

Саме тому широке застосування телемедичних технологій дає змогу ефективно вирішувати цілу низку найгостріших проблем глобального ринку медичних послуг, пов'язаних, зокрема, з постійним зростанням вартості медичних послуг та глибоко асиметричним доступом населення до висококваліфікованих медичних послуг і кадрового ресурсу. Наприклад, у США, за даними дослідницької агенції «BCC Research», вже сьогодні багато провайдерів медичних послуг під потужним тиском страхових компаній (котрі вимагають зниження вартості медичних процедур), в останні роки оптимізують свої витрати насамперед на основі купівлі інформаційно-комунікаційних продуктів (ІТ – систем і процесів) вартістю близько 5% їх загальної суми [63, с. 14].

Світовий досвід засвідчує, що поряд з об'єктивними тенденціями щодо динамізації розвитку інформаційно-комунікаційних технологій і їх активним проникненням в усі сфери медичної індустрії, головною рушійною силою стрімкої розбудови в останні роки сегменту телемедицини, є значні економічні переваги, отримувані медичними працівниками й організаціями за умов постійного зростання вартості медичних послуг, а отже – й вартості робочого часу. Так, охорона здоров'я як компонент складної системи підтримки здоров'я населення і профілактики захворювань є надзвичайно ресурсо-місткою ланкою суспільного виробництва з традиційно високими прямими і непрямими витратами енергетичних, сировинних, матеріально-технічних та інших видів ресурсів. Зокрема, тільки витрати води на обслуговування одного стаціонарного ліжка

становлять 150 літрів на добу, а електроенергії – не менше 500 кВтч за рік [128, с. 117]. Зрозуміло, що телемедицина нівелює ці витрати, роблячи медичні послуги більш доступними для споживача.

З погляду ж пацієнтів (особливо тих, які проживають у територіально віддалених районах і регіонах) їх медичне обслуговування каналами телемедицини та отримання висококваліфікованих медичних послуг, крім власне економічних вигод, має також цілу низку позитивних наслідків. Так, згідно клінічних досліджень, проведених спеціалістами медичних закладів США, Великобританії, Канади, Італії, Німеччини та Австралії, конкурентними перевагами для пацієнтів від практичної імплементації телемедичних послуг в охороні здоров'я є такі як-от: посилення домашнього самоконтролю пацієнтами стану свого здоров'я та підвищення їх інформованості про свої захворювання; зниження рівня смертності пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями на 20-25% (порівняно з традиційними методами організації медичного обслуговування) [121, с. 8]; рання діагностика захворювань і підвищення рівня їх первинної і вторинної профілактики; можливість для пацієнтів звернутись зі своєю проблемою одночасно до кількох спеціалістів; формування соціальних мереж лікарів і пацієнтів; оперативна корекція лікарської терапії та висока ефективність медикаментозного лікування; ефективна реабілітація пацієнтів з психіатричними і психофізичними відхиленнями; поліпшення їх психологічного стану і підвищення рівня соціальної адаптації тощо.

Не слід скидати з рахунків і таких факторів зростання глобального попиту на телемедичні послуги як неухильне збільшення частки осіб похилого віку та пацієнтів з соціофобією й іншими неврологічними захворюваннями; а також підвищення рівня інвалідизації і травматизації населення, що суттєво ускладнюють процес його медичного обслуговування традиційним способом. Конкурентні переваги телемедицини набувають додаткової актуальності й особливого значення у надзвичайних ситуаціях, пов'язаних зі стихійними лихами, природними і техногенними катастрофами, бойовими діями.

Таким чином, завдяки використанню інформаційних технологій в охороні здоров'я з'являються можливості застосування нових діагностичних і лікувальних підходів, що значно розширюють коло пацієнтів під амбулаторним наглядом [121, с. 8], суттєво зменшуючи кількість клінічних візитів – а отже і навантаження на медичні заклади. Не випадково, реальністю сьогодення вже стало активне включення послуг телемедицини у страхові плани і програми компенсації вартості лікування пацієнтів у розвинутих країнах світу. Так, за даними дослідницької агенції «Office Practicum», працедавці Сполучених Штатів Америки щорічно економлять до 6 млрд. дол. США, пропонуючи найманим працівникам послуги телемедицини [99].

Комплексна сегментація глобального ринку телемедичних послуг дає змогу виокремити низку його *сегментів*, що відбивають як широкий спектр медичних спеціальностей, так і асортимент пропонованих послуг. Так, спеціалізаційні сегменти телемедичного ринку включають такі напрями як дерматологія, гінекологія, кардіологія, неврологія, ортопедія, внутрішня медицина, невідкладна медична допомога. Нині за даними Tranparency Market Research 20% загальної капіталізації світового телемедичного ринку припадає на дерматологію; 16,7% – гінекологію; 16,6% – кардіологію; 16,5% – неврологію; 13,4% – ортопедію; 3,4% – внутрішню медицину; 3,3% – невідкладну медичну допомогу; 10,1% – інші напрями (рис. 2.9).

Дані рис. 2.9 показують також, що у видовій структурі телемедичних послуг домінують дистанційні консультації (8,9 млрд. дол. США у 2013 р.); дистанційне навчання (2,2 млрд.) та дистанційний моніторинг (1,8 млрд. відповідно). Як бачимо, саме за вищеназваними спеціалізаційними і видовими напрямками телемедицини найбільшою мірою розкривається її потужний потенціал у продукуванні медичних послуг на усіх етапах діагностичного обстеження пацієнтів – від комп'ютерної томографії й ультразвукової діагностики до цитології, гістології, променевої діагностики, клінічних консультацій у режимі реального часу тощо. Так, постійно зростаючий глобальний попит на дистанційні консультації відбиває їх високу

ефективність з погляду ресурсних витрат та конфіденційність і зручність отримання пацієнтом даної послуги.

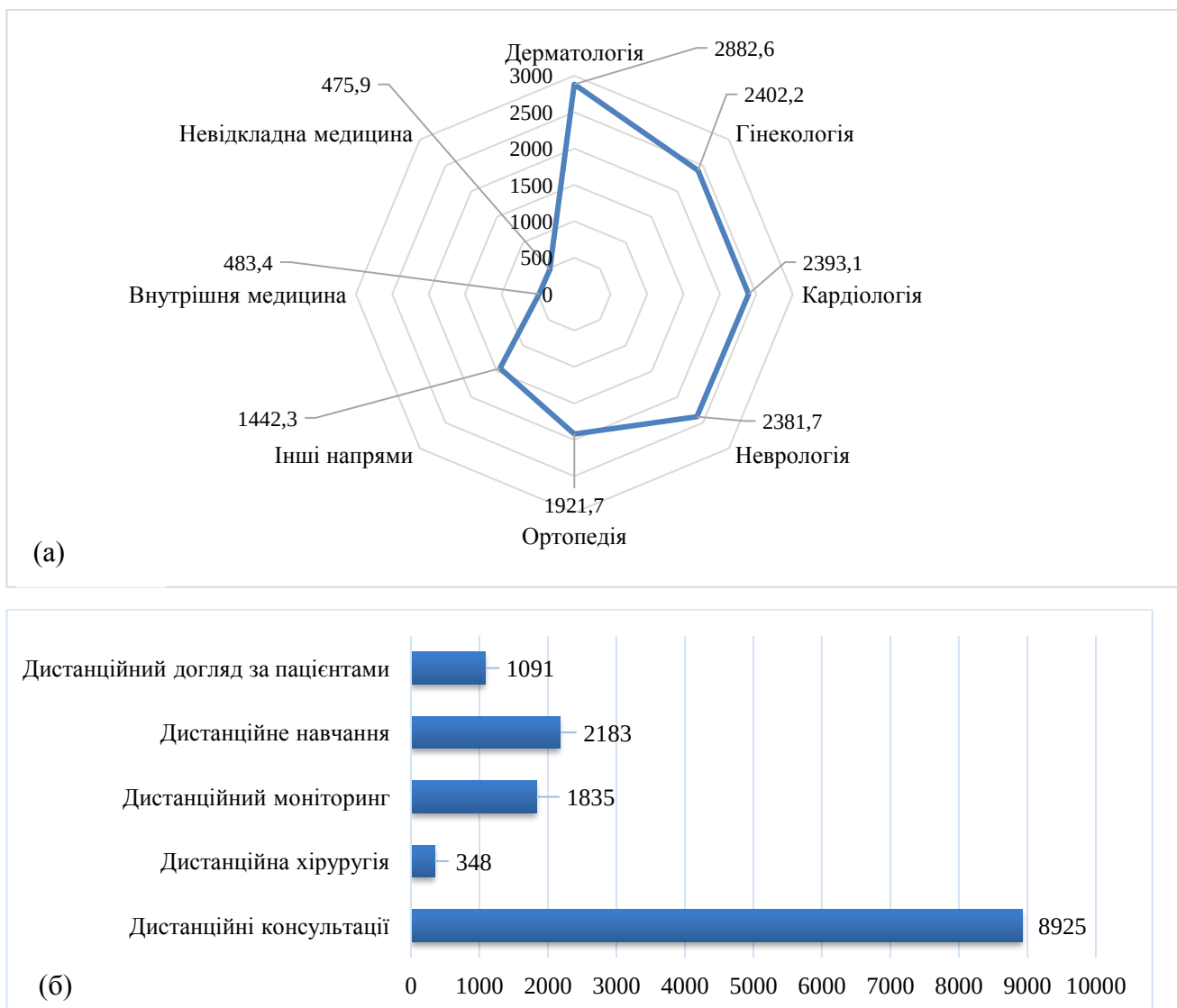


Рис. 2.9. Сучасна спеціалізаційна структура світового ринку телемедицини (а) та видами медичних послуг (б), млн. дол. США [91]

Дистанційні консультації особливо важливі при діагностиці і лікуванні соціально небезпечних захворювань, які дуже часто супроводжуються лікарськими помилками. Водночас за прогнозами експертів «Transparency Market Research», на період до 2020 р. найвищі середньорічні темпи приросту очікуються у сегменті дистанційного моніторингу – 15% [91]. Це пов'язано зі зростанням частки геріатричних і непрацездатних груп населення, обумовленим насамперед поширенням захворювань на цукровий діабет, серцево-судинних та неврологічних

ускладнень (інсульт, хвороби Альцгеймера і Паркінсона тощо). Саме ці групи громадян практично цілодобово потребують дистанційного моніторингового спостереження стану здоров'я.

Однак, у сучасних умовах стрімкого розвитку інформаційно-комунікаційних технологій спектр телемедичних послуг суттєво розширюється, включаючи у свою «орбіту» усе нові й нові клінічні і профілактичні напрями; реабілітацію хворих й консультаційно-експертну діяльність; санітарно-епідеміологічний нагляд; управлінську, освітню і наукові сфери; а також медико-організаційні послуги, включаючи дистанційний запис пацієнтів у консультаційних пунктах, ведення електронних медичних карт, обслуговування інформаційних баз даних і медико-соціальних реєстрів тощо [179, с. 18]. Наприклад, у Китаї в останні роки високий економічний ефект і лікувальну результативність при вирішенні проблем запобігання у пацієнтів сліпоти на етапі надання первинної офтальмологічної допомоги (поряд з програмами навчання фахівців, збільшення кількості офтальмологів, виділення спеціалізованих відділень в регіональних лікарнях) демонструє масштабна інформаційна підтримка сільських лікарів на основі телекомунікаційних технологій. Так, відкриття у провінціях КНР 222 робочих станцій та їх об'єднання в єдину комп'ютерну мережу [173, с. 15] дає змогу не тільки суттєво зменшити кількість випадків сліпоти у пацієнтів, але й забезпечити ефективне використання ресурсів національної медицини на основі уніфікації лікувальних методик на усіх етапах лікування офтальмологічних захворювань.

Водночас, у Євросоюзі з 1976 р. ефективно функціонує Європейська федерація медичної інформатики (*European Federation for Medical Informatics – EFMI*) за участі 32 європейських країн, на базі якої створено робочі групи з управління медичною інформацією [19]. Це, зокрема, групи: EHR – для роботи з електронними картами пацієнтів; NURSIE – інформаційне обслуговування медсестринського корпусу; HIME – управління медичною інформацією у Європі; PCI – інформаційні системи первинної медичної допомоги; PPD – персональні портативні пристрої; IDeS – інформаційна й управлінська підтримка у біомедицині і охороні здоров'я; MIP – обробка медичних зображень тощо.

Телемедичні послуги, як стратегічний вектор глобальної трансформації національних систем охорони здоров'я, характеризуються доволі диверсифікованою суб'єктною структурою операторів, репрезентованих великими і дрібними агентами. Так, найбільшу глобальну присутність мають нині такі телемедичні компанії, як «American Telecare», «Cybercare» та «Honeywell HomeMed», на які в сукупності припадає 64% ринку США (рис. 2.10).

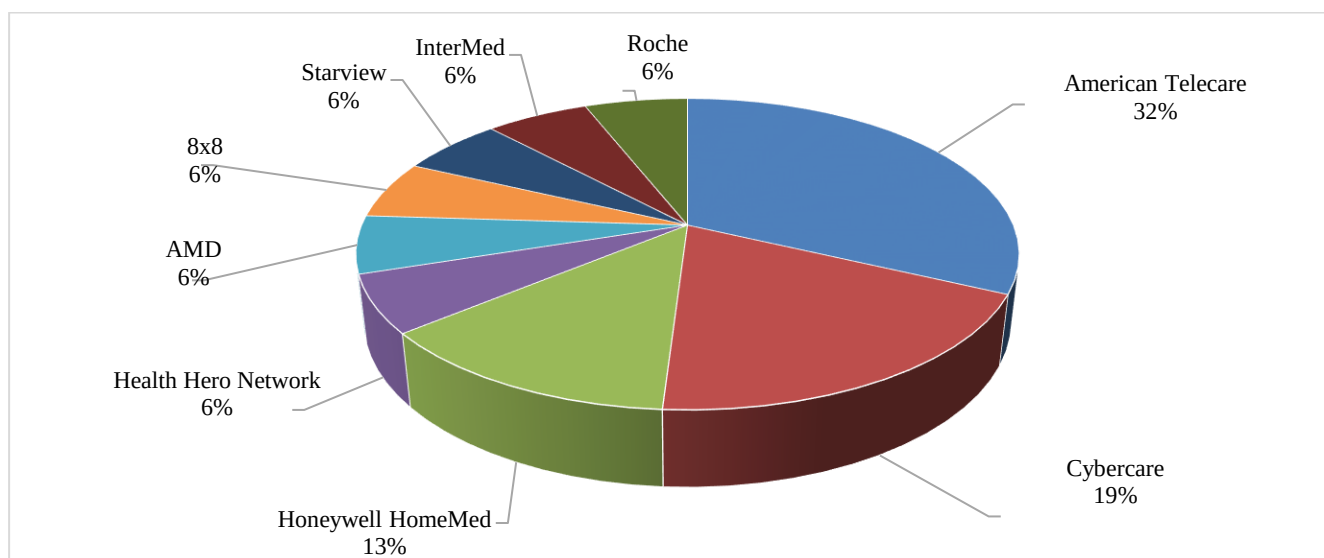


Рис 2.10. Корпоративний розподіл ринку телемедицини США [63, с. 54]

Саме ці корпоративні структури пропонують американським і глобальним споживачам не тільки широкий спектр телемедичних послуг, але й свій багатий досвід у розробці програмних рішень у цій сфері. Значну роль на світовому ринку телемедичних послуг відіграють також і компанії «другого ешелону»: «Agfa HealthCare NV», «Allscripts Healthcare Solutions», «Cisco Systems», «LifeWatch AG», «Medtronic», «OBS Medical Ltd.», «Siemens Healthcare», «McKesson Corp.» та ін. Переважна більшість з них у реалізації своїх корпоративних стратегій намагаються у будь-який спосіб диверсифікувати свої портфелі продуктів з тим, щоб максимально відповідати потребам глобального ринку. При цьому найбільшу ефективність щодо зміцнення конкурентних позицій компаній-лідерів демонструють стратегії поглинання конкурентів, тоді як дуже незначна кількість операторів розширюють свою присутність на ринку через розробку інноваційних продуктів в якості ключової бізнес-стратегії.

Переважна більшість програмних продуктів, що використовуються сьогодні при наданні медичних послуг за каналами телемедицини, розроблені провідними транснаціональними конгломератами – левіафанами глобального медіа- і телекомунікаційного бізнесу та операторів стільникового зв'язку. Наприклад, американські концерни «AT&T», «Verizon», «Bell South», «Southwestern Bell» та «Ameritech» розробили відповідно 11, 10, 7, 7 та 4 [63, с. 71] програми для надання телемедичних послуг. А загалом у світі сьогодні розроблено понад 450 різного роду телемедичних програм (80% з яких реалізуються у США), у тому числі взаємні консультації і консилиуми – 290 програм, інтерпретація результатів аналізів – 169 програм, лікування хронічних захворювань – 130 програм [55, с. 34]. У США і країнах Європи завдяки широкому використанню даних продуктів активно розвиваються мобільні телемедичні системи контролю електрокардіограм, артеріального тиску, режимів харчування і фізичних навантажень, спостереження за хворими на цукровий діабет тощо.

Більше того, поява якісно нових функцій у сучасних телесистемах моніторингу здоров'я суттєво диверсифікує сфери його практичного застосування – від охоплення медичними послугами пацієнтів з тяжкими хронічними захворюваннями до «відносно здорових» людей, котрі ведуть активний спосіб життя, зазнають значних фізичних і психологічних навантажень і постійно потребують медичних консультацій. В якості прикладу можна навести кооперацію компаній «General Electric» та «Intel», спрямовану на «об'єднання зусиль з виведення на ринок і розвитку технологій домашнього застосування, які допоможуть людям похилого віку жити незалежно, а пацієнтам з хронічними захворюваннями – отримувати повноцінну медичну допомогу у домашніх умовах». Результатом їх співпраці має стати розробка для медичних працівників і професіоналів програмного інструменту для догляду за хворими. У проведення наукових досліджень і розробку даної телемедичної технології створений альянс «GE Healthcare» та «Intel» планує інвестувати упродовж п'ятирічного періоду понад 250 млн. дол. США [174, с. 60].

Кількадесятирічний досвід реалізації проектів у сфері телемедицини вже сьогодні дає змогу конкретизувати низку проблем і викликів, які умовно можна об'єднати у технічні, фінансові, оперативні і регуляторні. Згідно дослідження аналітиків дослідницької агенції «BCC Research», проведеного на базі 176 американських програм телемедицинських послуг, найвагомішими з них є проблеми, пов'язані з інтеграцією телемедицини у національні системи охорони здоров'я, залученням довгострокового фінансування, відсутністю надійних каналів компенсації вартості медичних послуг та загальною їх вартістю (рис. 2.11).



Рис. 2.11. Головні проблеми реалізації програм і проектів у сфері телемедицини, % відповідей респондентів [63, с. 18]

Узагальнюючи вищенаведене, відзначимо, що стрімкий розвиток науки, техніки й інноваційних технологій дедалі більшою мірою поширюється на сферу медичних послуг, спричиняючи посилення їх орієнтації на запити і потреби пацієнтів, а також їх структурну трансформацію з децентралізацією лікувальних і технологічних операцій. Це забезпечується завдяки широкому впровадженню у медичній індустрії мобільних і гнучких організаційно-технологічних платформ і наукомістких видів діяльності на основі простих, поелементних і легко

регульованих технологічних ланцюжків і операцій щодо діагностики, лікування і матеріально-технічного забезпечення продукування послуг охорони здоров'я.

Подальші перспективи розвитку телемедицини в умовах техноглобалізму пов'язані з мініатюризацією контрольовано-вимірювальних і діагностичних засобів, впровадженням у процеси продукування медичних послуг смарт-технологій, робототехніки та інноваційних досягнення комп'ютерної техніки й інформатики. Однак, найбільший прорив в інноватизації медичних послуг очікується у міждисциплінарних дослідженнях на стику біологічних наук з фізикою, механікою, обчислювальною технікою і нанотехнологіями. Базуючись на нових дистанційних формах взаємодії лікарів, консультантів, медичних працівників і пацієнтів, телемедицина має усі перспективи вже в недалекому майбутньому набути всеохоплюючого характеру і перетворитись на систему масового медичного обслуговування не тільки у країнах-лідерах світогосподарського прогресу, але й в інших регіонах світу.

2.3. Міжнародний медичний туризм як трансфункціональний компонент формування глобального сегменту медичних послуг

Якісно новою формою прояву трансформації національних систем медичних послуг, що чітко викристалізувалась в епоху глобалізації, є *міжнародний медичний туризм*, який можна кваліфікувати як специфічний вид суспільно корисної діяльності, спрямований на надання туристичних послуг лікувального й оздоровчого характеру у формі тимчасового виїзду окремої людини чи групи осіб за кордон. Його динамічний розвиток в останні десятиліття і перетворення на початку 1980-х років у самостійний вид високодохідної індустрії вирішальною мірою обумовлені фундаментальним впливом глобальних технологічних зрушень й інноваційних проривів на медичні, інформаційно-комунікаційні і біотехнології, що стало потужним драйвером їх загальносвітового поширення; полегшення доступу усе більшої кількості країн до новітніх розробок у сфері медицини; зростання міждержавних потоків пацієнтів, фахівців сфери охорони здоров'я і

медичної техніки й обладнання, а також нарощування обсягів капітального фінансування системи охорони здоров'я з суттєвим пом'якшенням регуляторних режимів транскордонного надання медичних послуг.

Усі вищезазначені процеси формують нині ядро нової бізнес-моделі у сфері охорони здоров'я, яка включає як повний комплекс планових медичних процедур та високоспеціалізованих операцій, так і системне вивчення складних медичних випадків, альтернативні види лікування, психологічну допомогу, догляд за хворими і, навіть, похоронні послуги. Так, капіталізація глобального ринку медичного туризму оцінювалась у 16,8 млрд дол. США з прогнозним її зростанням до 20,3 млрд на період до 2024 р. та середньорічними темпами зростання у складних відсотках (GARP) на рівні 8,5% у період 2019-2023 рр. [64]. У цій індустрії сформувалась розгалужена мережа міжнародних посередницьких організацій, у тому числі Асоціація медичного туризму, Європейський альянс медичного туризму, Міжнародна асоціація медичного туризму тощо. Як результат – усі ми нині є свідками активного інтернаціонального впровадження нових медичних технологій, подальшого поглиблення спеціалізації регіональних ринків медичних послуг, посилення стандартизації процесів їх виробництва і споживання, а також формування якісно нових моделей їх суспільного відтворення. Це відкриває небачені дотепер можливості розв'язання на міжнародному рівні найгостріших і найбільш насущних проблем глобального економічного розвитку, підвищення тривалості і якості життя населення багатьох країн і регіонів світу.

Не випадково, глобальний режим вільного переміщення товарів і послуг, впроваджуваний під егідою СОТ і її Генеральної угоди з торгівлі послугами [87, с. 2313-2323; 88]; а також діючих регіональних і двосторонніх торговельних угод суттєво динамізували лібералізацію торгівлі послугами, у тому числі і медичними, спричинивши стрімке нарощування вартісних обсягів міжнародного медичного туризму. На сьогодні загальна кількість міжнародних медичних туристів у світі становить близько 16-17 млн осіб щорічно [13]; понад 50 країн світу набули усталеного статусу активних провайдерів медичних послуг іноземним громадянам і така їх спеціалізація кваліфікується як один з ключових напрямів національного

економічного розвитку у глобальних координатах. Достатньо сказати, що вартісні обсяги глобальної торгівлі медичними послугами (від складної хірургії до процедур омолодження) оцінювались у 54 млрд дол. США у 2017 р., що становить лише 0,4% світової торгівлі послугами, зі щорічними темпами зростання на 11% з 2005 р. [113, с. 31].

Нині понад 72% світової торгівлі медичними послугами припадає на розвинені країни світу через мережі своїх афілійованих лікарень та зарубіжних відділень власних медичних центрів, а 22% послуг експортується шляхом надання медичних послуг іноземним пацієнтам під час їх перебування за кордоном [113, с. 31]. Наприклад, частка експорту медичних послуг Чехії становить нині 3,5% загальних витрат на систему охорони здоров'я, Люксембургу – 1,8%, Словенії – 1,5%, а Угорщини – 1,2%; за відповідних показників для імпорту послуг на рівні 0,15%, 3,5%, 0,27% та 0,25% [54, с. 3]. Своєю чергою, рис. 2.12 демонструє сучасний світовий розподіл пацієнтів, які у пошуках альтернативного лікування, більш доступних або вищої якості медичних послуг формують своєрідну глобальну «карту» міжнародного медичного туризму.

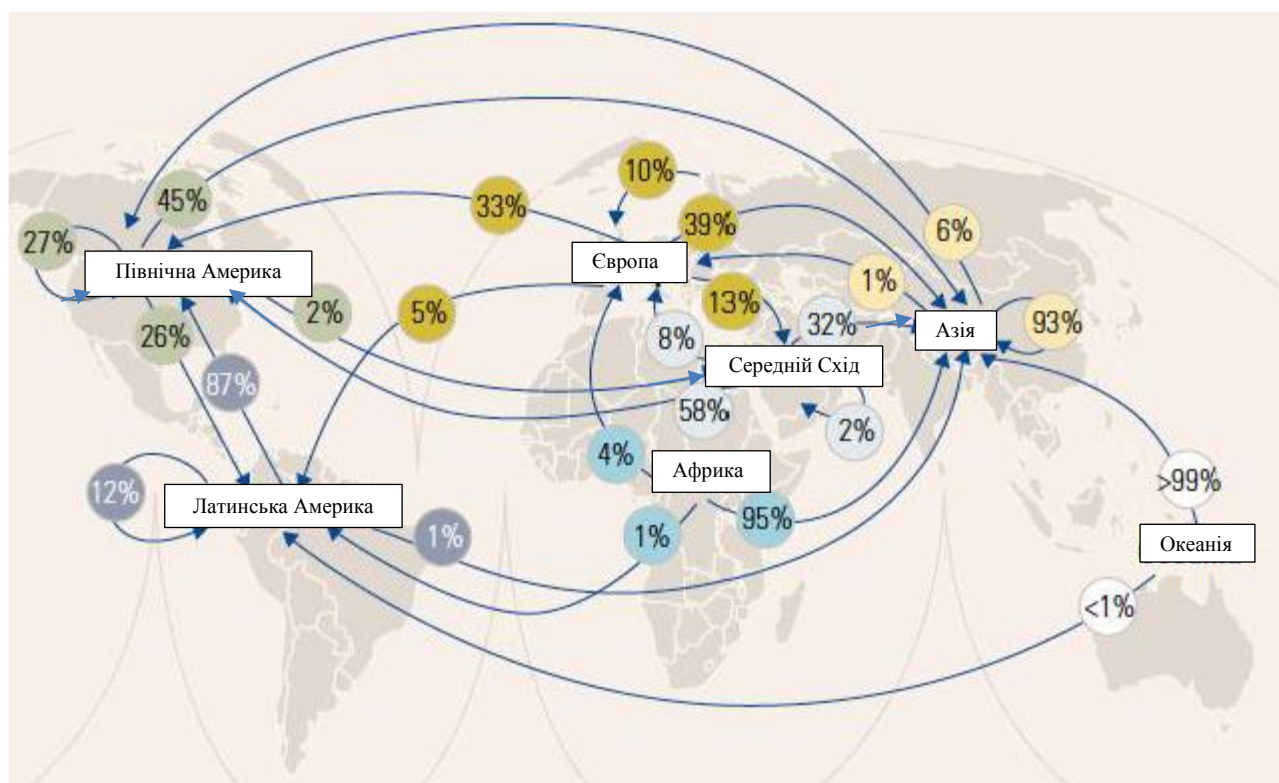


Рис. 2.12. Глобальна карта міжнародного медичного туризму [52, с. 9]

Головним висновком, який можна зробити з даних рис. 2.12, є те, що провайдером послуг у сфері медичного туризму може бути будь-яка країна, яка має достатню кількість висококваліфікованих кадрів і необхідну інфраструктуру. Так, щорічні доходи Куби від медичних туристів-іноземців (20 тис. осіб [134, с. 66]) становлять нині близько 25 млн. дол. США; Індії – 2,2 млрд.; Сінгапуру – 3 млрд. (або 3% загальної частки місцевого ринку медичних послуг [143]); Туреччини – 1 млрд.; а Коста-Ріки – 196 млн [76]. Одна-єдина багатoproфiльна клініка «Бумрунград» у Бангкоку щорічно надає медичні послуги понад 400 тис. медичним туристам з понад 150 країн світу [66], що підтверджує, наскільки мозаїчною є сучасна їх національно-етнічна структура. І саме з цими пацієнтами, що репрезентують різні культури, мови й етноси, доводиться працювати медичному персоналу у будь-якій точці планети.

Азійський регіон щорічно залучає близько 2 млн. осіб іноземних пацієнтів, які генерують дохід понад 6,4 млрд. дол. США [65]. На Таїланд, Індію і Сінгапур у сукупності припадає нині 60% [17, с. 136] доходів від в'їзного медичного туризму у регіоні Південно-Східної Азії. Як показують дані табл. 2.5, найбільші обсяги експорту медичних послуг Індії постачаються нині у країни Азії (557 млн дол. США щорічно у період 2015-2016 рр.), Америки (120,4 млн) та Європи (101,3 млн).

Таблиця 2.5

Щорічна вартість експорту медичних послуг Індії за окремими регіонами у 2015-2016 рр., млн дол. США [20, с. 47]

Вид медичної послуги	Африка	Америка	Азія	Австралія	СНД	Європа	Інші регіони	Усього
Медичний туризм	58,0	7,1	509,7	1,1	14,8	7,8	21,7	620,3
Телемедицина	0,1	1,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Клінічні випробування	0,0	19,1	2,9	0,0	0,0	7,5	0,0	29,5
Контрактні дослідження	3,7	92,3	42,7	0,2	0,0	86,0	10,8	235,7
Інші послуги	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Усього	62,0	120,4	557,0	1,3	14,8	101,3	32,6	889,3

У секторальному вимірі найбільша частка припадає на медичний туризм – 69,8% загального обсягу експорту медичних послуг (620,3 млн дол. США), контрактні дослідження – 26,5% (235,7 млн) та клінічні випробування – 3,2% (29,5 млн. відповідно).

Усталена й незворотна тенденція нівелювання відмінностей у якості й асортименті медичних послуг за різними країнами і регіонами є причиною того, що визначальним фактором міжнародної конкурентоспроможності їх провайдерів стає *ціновий*. За таких умов формуються стабільні потоки пацієнтів не тільки до держав-лідерів світогосподарського прогресу з традиційно високорозвиненою медичною індустрією, але і з розвинутих країн до країн з новостворюваними ринками. Саме тут створено усі необхідні умови для надання диверсифікованих, високотехнологічних і достатньо якісних медичних послуг за доступними цінами у клініках, лікарнях і діагностичних центрах, створених у тому числі за кошти зарубіжних компаній і капіталу. Як свідчать дані, представлені у додатку В, навіть між державами-лідерами (США і Великобританією) розрив у вартості однотипних видів медичних процедур досягає 4 – 8 разів (у тому числі операцій на серці – увосьмеро, ангіопластики – ушестеро, заміни тазостегнового суглоба – учетверо, заміни колінного суглоба – уп'ятеро), не говорячи вже про відмінності (за окремими процедурами на порядок) вартості медичних послуг у Сполучених Штатах Америки порівняно з такими країнами як Індія, Таїланд, Сінгапур, Малайзія, Мексика, Куба, Коста-Ріка чи Польща. Тут пацієнти з розвинутих країн мають змогу заощадити від 30% до 85% витрат на медичні послуги [65], не беручи до уваги комфортних умов перебування у лікарняних закладах та можливостей культурного туризму в екзотичних країнах. За даними «Пацієнтів без кордонів», вартість одного транскордонного медичного візиту (за виключенням лікування онкологічних захворювань) становить від 3,8 до 6 тис. дол. США [70], включаючи витрати на лікування, транспорт і проживання.

Основною причиною, яка обумовлює колосальний розрив у вартості медичних послуг країн-лідерів та держав з новостворюваними ринками, є насамперед прямий

кореляційний зв'язок між вартісними обсягами валового внутрішнього продукту і сукупними витратами на охорону здоров'я, коли останні встановлюються на рівні, адекватному ступеню соціально-економічного розвитку тієї чи іншої країни. Крім того, набагато нижчі адміністративні, трансакційні та судово-медичні витрати у відсталих країнах, загалом низький рівень оплати праці лікарів і медичного персоналу також суттєво розширюють доступність іноземним громадянам їх медичних послуг. Один з красномовних прикладів – це розмір професійної страхової премії відповідальності хірурга, який в Індії становить лише 4% відповідного показника хірурга у Нью-Йорку [56, с. А1].

Загалом же, у Сполучних Штатах станом на 2018 р. 30,4 млн. громадян взагалі не мають медичних страховок (у 2010 р. – 48,6 млн) [74], а 139 млн. – не охоплені системою страхування стоматологічних послуг [65]. Крім того, брак молодшого медичного персоналу і потужний тиск з боку американських страхових компаній (що намагаються скоротити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі), спонукають останніх звертатись за допомогою до закордонних клінік. Зарубіжні лікувальні заклади готові запропонувати пацієнтам (особливо незастрахованим американцям і громадянам з низьким страховим покриттям⁶) більш комфортні умови лікування і перебування. З огляду на це, цілком закономірними є прогнози оцінки експертів Всесвітньої організації здоров'я, які засвідчують, що у 2017 р. загальна кількість американських громадян, котрі отримали лікувальні послуги за кордоном, становила близько 1,7 млн. осіб [13], що матиме своїм наслідком недоотримання медичною індустрією США річного доходу на суму від 373 до 599,5 млрд. дол. США [52, с. 12]. І це є абсолютним світовим «рекордом».

У даному контексті принагідно також відзначити, що отримувані країнами-імпортерами туристичних медичних послуг доходи формуються не тільки у сфері власне споживання іноземцями медичного туристичного продукту, але й включають також доволі масштабні за обсягами доходи суміжних галузей і сфер

Примітка.

Згідно даних дослідницької фундації «Kaiser Family Foundation», щорічно на покриття витрат на медичні послуги кожна американська сім'я витрачає близько 11,5 тис. дол., з них 3 тис. дол. становлять власні кошти [97].

національних економік. Це – доходи від здачі іноземцям житла; надання інших (немедичних) послуг; індустрії гостинності, розваг і відпочинку; пізнавального туризму тощо. У такий спосіб індустрія міжнародного медичного туризму справляє на економіку приймаючої країни мультиплікативний економічний ефект, «розростаючись» як за вартісними масштабами, так і структурними параметрами охоплення галузей і секторів. При цьому слід враховувати і той факт, що доходи від медичних туристів спрямовуючись переважно на розбудову інфраструктурних об'єктів національних систем охорони здоров'я, лікувально-оздоровчих закладів та їх технологічну модернізацію, здатних вивести їх на новий щабель розвитку і підвищити якість життя громадян. Своєю чергою, податки на прибуток, сплачувані лікарнями, клініками і санаторними закладами, завжди опосередковано підтримують низку пов'язаних секторів національних економік, як-то житловий фонд, сфера послуг, рекреаційний сектор тощо.

Сучасний країновий рейтинг за показником залучення іноземних медичних туристів яскраво демонструє Індекс медичного туризму, методику розрахунку якого нещодавно розробив Міжнародний дослідницький центр з питань охорони здоров'я (*International Healthcare Research Center*). Даний індекс відбиває привабливість тієї чи іншої країни для медичних туристів з погляду якісних кондицій довкілля, національної системи охорони здоров'я, а також наявного туристично-рекреаційного потенціалу й інфраструктури. Як показують дані рис. 2.13, у Топ-25 держав – найпривабливіших глобальних «магнітів» для медичних туристів входять 7 країн Азії: Сінгапур (зі значенням індексу 73,56), Індія (72,1), Респ. Корея (70,16), Японія (68), Таїланд (66,6%), Філіппіни (66,4), та Китай (64,78 відповідно). На сьогодні щонайменше 439 лікарняних закладів у країнах азійського регіону були акредитовані компанією «Joint Commission International» [29, с. 3].

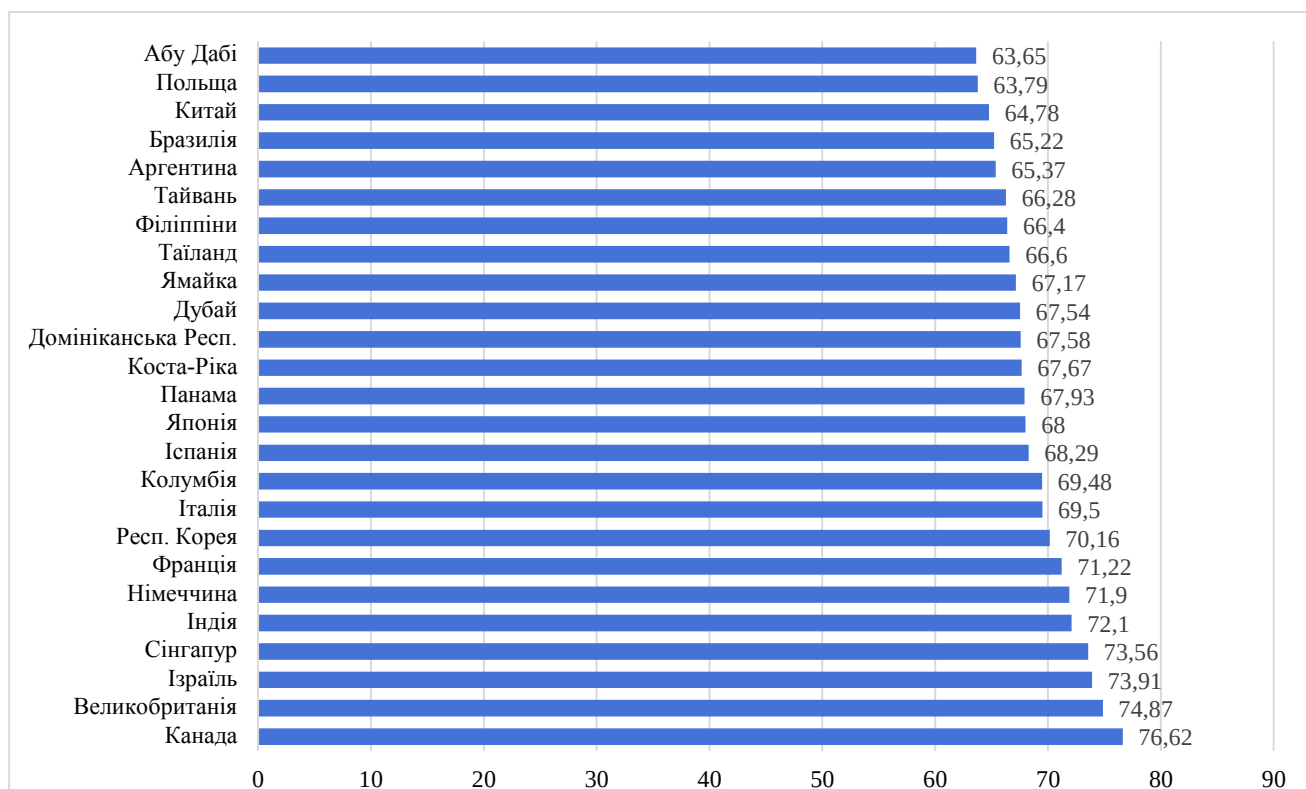


Рис. 2.13. Індекс медичного туризму Міжнародного дослідницького центру з питань охорони здоров'я у 2016 р. [23, с. 3]

Медичні туристи, виїжджаючи за отриманням лікувально-оздоровчих послуг за кордон, переслідують кілька цілей. Так, за даними Асоціації медичного туризму (Medical Tourism Association), 56% пацієнтів бажають отримати більш високу якість лікування, 22% шукають нижчі ціни на лікувальну терапію, 18% мають значний брак лікування на Батьківщині, а 10% хочуть якомога швидше пройти лікування без черг (рис. 2.14). Для більшості хворих пацієнтів виїзд за кордон – це насамперед можливість уточнити раніше поставлений діагноз і за необхідності у найкоротші терміни отримати адекватне лікування. Крім того, багато розвинутих країн світу вкрай обережно ставляться до впровадження у медичну практику нових процедур, препаратів і методик лікування до завершення повного циклу досліджень їх результативності і побічних ефектів.

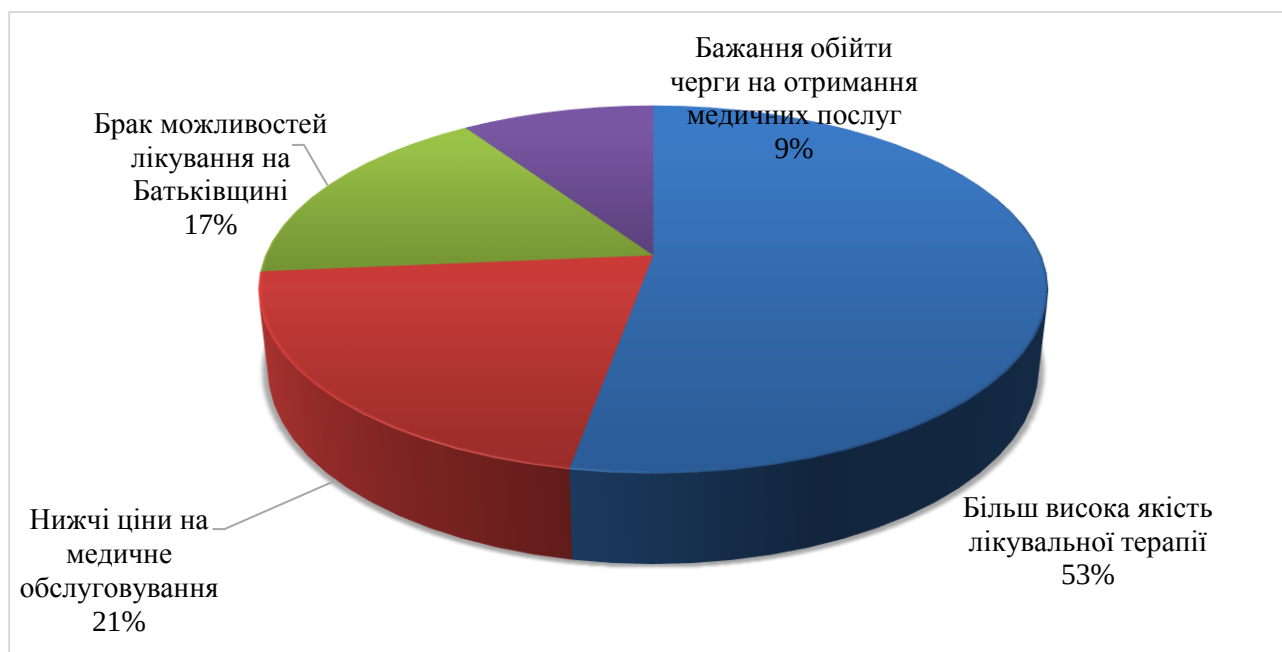


Рис. 2.14. Вирішальні фактори при виборі пацієнтами закордонних лікувальних закладів [62]

Натомість регуляторні інституції країн з новостворюваними ринками набагато лояльніші щодо регуляторного інструментарію, що спонукає пацієнтів приїздити на їх територію для отримання медичних послуг, а лікарського персоналу – проводити тут операції до того як їх національні регулятори дадуть дозвіл на використання нових методів і методик.

Не слід скидати з рахунків і такий вагомий фактор динамізації міжнародного медичного туризму як наявність значних диференціацій у національному репродуктивному законодавстві. Йдеться про те, що у багатьох країнах дотепер зберігаються прямі заборони на використання так званих допоміжних репродуктивних технологій, що включають, зокрема, екстракорпоральне запліднення («запліднення у пробірці»), сурогатне материнство, донорство статевих (репродуктивних) клітин, доїмплантаційну діагностику спадкових і генетичних захворювань, інші маніпуляції на ембріонах і статевих клітинах людини. Оскільки у багатьох державах (незважаючи на ухвалену ще у 1989 р. Міжнародну конвенцію ООН, що задекларувала право кожної людини на продовження роду) будь-яке втручання у людське життя на його ранніх стадіях викликає низку проблем етичного і релігійного характеру, то безплідні пари і

окремі індивіди активно вдаються до використання усіх можливих ресурсів стати батьками насамперед на основі допоміжних репродуктивних технологій і включення у глобальні потоки «репродуктивного туризму».

Наприклад в Італії згідно ухваленого у 2004 р. закону забороняється використання будь-яких експериментів над ембріонами, у тому числі кріоконсервацію, вилучення стовбурових клітин, запліднення у випадку смерті одного з партнерів, частковий аборт живих ембріонів тощо. Оскільки порушення даного закону карається штрафом у розмірі до 600 тис. євро, тюремним ув'язненням та позбавленням лікарської ліцензії [239, с. 84], то безплідні італійці масово користуються послугами репродуктивної медицини на території США й інших країн Європи з вільним розвитком репродуктивних технологій. Саме тому репродуктивна медицина перетворилась в останні роки не тільки на високоприбутковий інноваційний бізнес зі стабільно високим попитом та усталеним контингентом потенційних споживачів, але й надзвичайно цікавий сектор професійної діяльності для молодих спеціалістів медико-біологічного профілю та привабливий об'єкт капіталовкладень для інвесторів.

Міжнародний досвід засвідчує, що найбільш затребуваними з боку медичних туристів видами лікування є капітало-, технологічно-місткі і дорогі види медичних послуг, які на батьківщині або не охоплені системою медичного страхування, або їх отримання пов'язане з тривалими періодами очікувань, або для пацієнта існує ризик недостатньої приватності і конфіденційності процесу лікування. Це – косметична хірургія (грудей, обличчя, ліпосакція), стоматологія (косметична і реконструкційна), кардіологія і кардіохірургія (шунтування і заміна серцевих клапанів), ортопедична хірургія (заміна тазостегнового суглоба, шліфування, заміна колінного суглоба, хірургія суглобів), бариатрична хірургія (шлункова, бандажування шлунка), репродуктивна медицина (штучне запліднення, зміна статі), трансплантація органів і тканин, загальна хірургія, діагностика й медичні обстеження [59, с. 11]. Як бачимо, усі ці медичні процедури зазвичай потребують детального обстеження і госпіталізації пацієнта, а у більшості випадків – і

післяопераційного догляду, терапії і контролю за процесом одужання, навіть якщо самі процедури і не вимагають екстреного втручання.

З огляду на те, що міжнародний медичний туризм чимраз більшою мірою «замикається» у групі країн з новостворюваними ринками (у статусі провайдерів медичних послуг для іноземних громадян), усі вони в останні роки активно шукають шляхи ефективного розв'язання найгостріших проблем, що постали перед національними системами охорони здоров'я, перейшовши до реалізації на глобальному рівні масштабних рекламних кампаній і маркетингових стратегій. І хоча доступ до медичних послуг, як власне і способи оплати за них напряду залежать від укладених міжнародних угод або конвенцій з державою походження іноземного громадянина, а також його правового статусу, кожна країна реалізує унікальні маркетингові стратегії, орієнтовані на завоювання конкретних регіональних і цільових сегментів глобального ринку лікувально-оздоровчих послуг. Це формує і закріплює певну «медико-туристичну» спеціалізацію країн на світовому ринку медичних послуг, а відтак – і відповідну його регіональну і продуктово-видову сегментацію (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Спеціалізація Топ-10 країн у сфері міжнародного медичного туризму

Ранг	Країна	Спеціалізація	Ранг	Країна	Спеціалізація
1	Мексика	Косметична хірургія, бариатрична хірургія, онкологія, стоматологія	6	Туреччина	Онкологія, кардіологія, офтальмологія, ортопедична допомога
3	Сінгапур	Кардіологія, косметичні процедури, стоматологія, ортопедія, спортивна медицина, урологія	7	Бразилія	Пересадка капілярів, косметична хірургія, санаторно-курортне лікування, реконструктивна хірургія
3	Індія	Серцево-судинна хірургія, офтальмологічна хірургія, неврологія, трансплантація органів, ортопедія	8	Таїланд	Серцево-судинна хірургія, естетична хірургія, стоматологія, хірургія ожиріння, трансплантація органів, ортопедія
4	Малайзія	Гінекологія, загальна хірургія, екстракорпоральне запліднення, онкологія	9	Об'єднані Арабські Емірати	Дерматологія, спортивна медицина
5	Ізраїль	Лікування безпліддя, онкологія	10	Чехія	Дерматологія, спортивна медицина

Незважаючи на стрімке захоплення країнами з новостворюваними ринками цілих сегментів глобального ринку медичного туризму, усталені конкурентні переваги на ньому десятиліттями утримують держави-лідери, насамперед США, Великобританія, Німеччина, інші держави Західної Європи, Ізраїль тощо. Дана група країн спеціалізується на наданні високоспеціалізованих медичних послуг високої якості. Наприклад, у США (де традиційно високими є як вхідні, так і вихідні потоки медичних туристів) центри і клініки, що обслуговують іноземних громадян, генерують нині до 10% сукупних доходів національної медичної індустрії [78, с. 143].

Своєю чергою, Німеччина завдяки своєму природному безкомпромісному відношенню до якості (що має вирішальне значення, коли мова йде про життя і здоров'я людей) в останні десятиліття також досягла високого світового бренду і популярності як один з найбільших «магнітів» для медичних туристів з усього світу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у цій країні на 100 тис. жителів припадає 368 лікарів [169, с. 107-115] (що суттєво вище порівняно із середнім показником за групою держав-лідерів), які проходять дуже сувору і якісну двоетапну підготовку (базову академічну і практичну клінічну) та ретельний відбір при прийомі на роботу.

На тлі масштабної наукової діяльності університетів і госпітальних установ; наявності медичного обладнання і витратних матеріалів найвищої якості; широких можливостей виконання найскладніших медичних процедур і операцій; а також реалізації у країні принципів законодавства про лікарські помилки (які включають неякісне лікування, неправильну постановку діагнозу, помилкове призначення курсу лікування, ненадання інформації, лікування недозволеними методами, роботу некваліфікованого персоналу) Німеччина здобула неабияких успіхів і стійких конкурентних переваг на ринку медичного туризму, позиціонуючись як країна з широкопрофільною медичною спеціалізацією. Основними провайдерами медичних продуктів для іноземних туристів тут є Денна клініка онкології і гематології професора Херрманна (м. Мюнхен), Клініка протонної терапії (м. Мюнхен), Центр медицини серця «Ізар» (м. Мюнхен), Спеціалізована клініка «Кібер-ніж» (м. Мюнхен), Клініка Університету Людвіга Максиміліана (м.

Мюнхен), Клініка Технічного університету (м. Мюнхен), Діагностичний центр (м. Мюнхен), Багатопрофільна академічна клініка (м. Мюнхен), Спеціалізована клініка «Шен» в Фогтаройте, Реабілітаційна клініка Егервінкель в Бад Висзеє, Онкологічна лікувальна і реабілітаційна клініка в Оберау-дорфе [169, с. 108] та ін.

Таким чином, масштабні транскордонні переміщення пацієнтів набули на сьогодні диверсифікованого і різноспрямованого характеру, а сучасна суб'єктна структура глобального ринку медичного туризму репрезентована постійно зростаючим колом країн різних регіонів. У гострій і запеклій конкурентній боротьбі за пацієнтів з усього світу вони пропонують їм широкий спектр послуг медичного, хірургічного, стоматологічного та іншого характеру. При цьому переважна більшість медичних туристичних центрів мають у своєму арсеналі надсучасне медичне обладнання і передові технології, а їх лікарський персонал пройшов навчання або підвищення кваліфікації у найкращих клініках світу. В якості прикладу можна навести індійський Інститут серця «Fortis Escorts», укомплектований командою висококваліфікованих західних фахівців. Щорічно тут проводиться до 4 тис. операцій на серці (кожна середньою вартістю 4,5 тис. дол. США за відповідної ціни у 60 тис. дол. у Сполучених Штатах Америки) за 0,8% смертельних випадків і 0,3% післяопераційних інфекцій [29, с. 3].

Як багатопрофільна і диверсифікована діяльність у сфері медичного обслуговування населення, міжнародний медичний туризм охоплює нині не тільки зростаючі міждержавні потоки пацієнтів, але й дедалі більшою мірою поширюється на кваліфікованих фахівців сфери охорони здоров'я. Так, тільки у період 2000-2018 рр. загальна кількість лікарів, які отримали освіту за кордоном, зросла у Бельгії з 1,9 до 8,1 тис осіб, Канаді – з 13,7 до 24,6 тис, Франції з 7,8 тис. до 26,1 тис, Німеччині – з 9,9 до 41,9 тис, Новій Зеландії – з 3,8 до 7,2 тис, Швеції – з 3,8 до 14,2 тис; а їх частка у загальній чисельності лікарського контингенту – з 4,4 до 12,1%, з 21,3 до 24,6%, з 3,9 до 11,5%, з 3,7 до 11,9%, з 37,9 до 42,5% та з 13,9 до 34,8% відповідно за вказаними країнами [39].

За даними ОЕСР, 20-30% загальної кількості лікарів США, Канади і Великобританії отримали за кордоном наукові ступені, у більшості випадків у країнах, що розвиваються. Останні є нині постачальниками понад 50% усіх лікарів-

мігрантів, залучаючи натомість до 10% їх загальної кількості за рахунок повернення з-за кордону студентів медичних навчальних закладів Європи і Північної Америки [238, с. 87]. Це свідчить не тільки про потужний вплив науково-технічної, технологічної й інформаційної революції на сучасну медичну індустрію, але й конвергенцію національних систем медичних послуг у частині імплементації найпередовіших технологій і методик лікування. Водночас зростаюча міграція висококваліфікованого медико-санітарного персоналу, набуваючи з року в рік дедалі більш складного і глобального характеру, викликає наростання соціальної напруги у країнах еміграції. Останні по суті субсидують більш багаті держави, фінансуючи підготовку для них висококваліфікованого медичного персоналу. Дана проблема актуалізується ще більшою мірою з урахуванням того, що лікарський персонал найчастіше покидає сільські райони, жителі яких позбавлені можливості отримувати належне медичне обслуговування.

Динамічний розвиток в останні десятиліття міжнародного медичного туризму породжує нові за своїм характером *проблеми і суперечності*, котрі найчастіше виявляються по лінії взаємодії пацієнта-туриста і лікарняного закладу. Так, найскладніші і найменш врегульовані на інституційному і нормативно-правовому рівнях проблеми лежать нині у площині наявності колосальних ризиків післяопераційних ускладнень і реабілітації пацієнта після його повернення з офшорного медичного закладу і як результат – суттєве зростання вартості медичних послуг і неможливість її компенсування.

Другий вузол проблем – це значна складність оцінки пацієнтом рівня професійної підготовки зарубіжного спеціаліста та якості медичного обслуговування. З метою надолуження цієї прогалини в останні роки дедалі більшою мірою активізується діяльність міжнародних інформаційних ресурсів та розширюється практика міжнародної акредитації лікарняно-оздоровчих закладів, які надають послуги медичним туристам. Найвідомішими акредитаційними платформами – драйверами нарощування масштабів міжнародного медичного туризму, є на сьогодні «Joint Commission International» (яка вже акредитувала понад 800 медичних закладів у більш ніж 100 країнах світу [49]) і Міжнародна організація

зі стандартизації, пакет рекомендацій якої активно використовується пацієнтами при виборі офшорних медичних центрів і закладів.

По-третє, міжнародний медичний туризм в останні роки став епіцентром масштабної злочинності у сфері незаконного глобального обороту людських органів. Хоча у багатьох національних правових системах незаконний оборот людських органів і тканин не кваліфікується як злочин, однак такого статусу (у рамках терміну «торгівля людьми») він отримує у «Протоколі про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї», який доповнює Конвенцію ООН про транснаціональну організовану злочинність (резолюція Генеральної асамблеї ООН 55/25, додаток II); Конвенції ООН проти транснаціональної організованої злочинності; Конвенції Ради Європи про протидію торгівлі людьми; Рішення №557 «Про план дій ОБСЄ щодо боротьби з торгівлею людьми». Згідно цих документів, незаконний обіг людських органів включає їх незаконне вилучення за комерційну винагороду у рамках організованої злочинності за умов перевезення особи-донора з метою вилучення. Про сучасні масштаби цього ганебного явища опосередковано можна судити з аналітичних оцінок, згідно яких тільки у Європі нині понад 120 тис. осіб перебувають на лікуванні діалізом, 40 тис. – потребують негайної пересадки органів; а від 15% до 30% хворих помирають через відсутність органів [136].

Підбиваючи підсумок, наголосимо, що глобальні умови функціонування медичної індустрії нівелюють усі бар'єри у транскордонному русі медичних послуг у різних країнах і регіонах світу, висуваючи у число їх пріоритетних характеристик швидкість, оперативність, якість і комфорт медичного обслуговування. Як результат – на сьогодні практично завершився етап формування зрілого сегменту глобального ринку послуг медичного туризму зі своєю інфраструктурою, системою медичного менеджменту й акредитаційних інституцій, агентствами медичного туризму і туристичними операторами у сфері медичних подорожей. Інституції у сфері міжнародного медичного туризму спеціалізуються на наданні широкого спектру послуг – від призначення лікування і вибору лікувального закладу, до транспортування хворого і підготовки усієї супровідної документації. Динамічний розвиток міжнародного медичного туризму, який охоплює нині не тільки власне

індустрію охорони здоров'я, але й туристичну галузь, докорінно змінює ландшафт глобальної системи медичних послуг, породжує якісно нову концепцію медичного обслуговування, а відтак – справляє всезростаючий вплив як на національні системи охорони здоров'я, так і діяльність компаній зі страхування здоров'я, котрі чимраз частіше погоджуються оплачувати лікування своїх клієнтів у зарубіжних клініках і центрах.

Якщо ще кілька років назад основними агентами даного сегменту ринку медичних послуг були компанії-посередники між пацієнтами й іноземними клініками, то за умов динамічного розвитку Інтернет-технологій пацієнти дедалі більше схильні до самостійного пошуку провайдерів медичних послуг. Загострення ж глобальної конкуренції за пацієнтів обумовлює висування у лідери медичного сегменту глобального ринку великих гравців з багаторічним досвідом, які ділять між собою даний ринок і сегментують його. Отже, міжнародний медичний туризм формує глобальний сегмент медичних послуг, який здатен задовольнити будь-які потреби в охороні здоров'я у будь-якій точці планети і у широкому діапазоні цін на медичні послуги. Виходячи з цього, у число пріоритетних висувається питання щодо впровадження комплексної системи оцінки впливу міжнародного медичного туризму на динаміку розвитку національних систем охорони здоров'я, а також розроблення міжнародних стандартів у цій сфері з формулюванням чіткої стратегії, здатної суттєво скоротити ризики медичного туризму та підвищити його ефективність.

Висновки до розділу 2

1. Глобальний формат функціонування системи медичних послуг надає їм якісно нових рис і характеристик, що концентровано виражається в акумулюванні у них найпередовіших інновацій у сфері наук про життя, досягнутих за весь історичний період людської цивілізації. На сьогодні медичні послуги не тільки зазнають глибоких якісних змін у частині їх суб'єктної структури, але й докорінно трансформуються форми, методи й інструментарій медичного менеджменту, що підтверджує системність і незворотність структурних модифікацій даної сфери

сервісної індустрії, яка відбувається на національному, регіональному і глобальному рівнях.

2. Глобальна конкуренція у сфері охорони здоров'я стимулює процеси інтернаціоналізації національних систем охорони здоров'я, транскордонного переміщення медичних послуг і передового медичного обладнання, а також інноваційної модернізації лікувальних методик і терапевтичних практик. Панування споживчо орієнтованої моделі функціонування світового ринку медичних послуг стає головною рушійною силою стратегічної переорієнтації корпоративних бізнес-моделей медичних установ на основі злиттів і поглинань індивідуальних лікарняних закладів, їх об'єднання з незалежними групами лікарів, широкої імплементації механізмів медичного аутсорсингу.

3. Масштабне застосування у сучасній медичній практиці проривних інноваційних і телекомунікаційних технологій спричиняє становлення принципово нової моделі взаємодії лікувально-профілактичних установ зі спеціалізованими медичними закладами шляхом дистанційного надання медичних послуг і активним використанням інформаційних технологій і кращих спеціалістів у формі телемедицини. Вона втілює у собі найбільш проривні інноваційні підходи у наданні медичних послуг, поєднуючи, з одного боку, передові знання й обладнання, а з другого – сукупність інформаційних і комунікаційних технологій для дистанційного медичного обслуговування пацієнтів і обміну спеціалізованою інформацією.

4. Телемедицина формує єдиний канал обміну спеціалізованою інформацією, з одного боку, між пацієнтами і провайдерами медичних послуг, а з другого – між різними їх постачальниками, формуючи у такий спосіб ядро багаторівневої інтегрованої системи електронної, так званої «підключеної» охорони здоров'я. Сучасні корпоративні стратегії найбільших гравців глобального ринку телемедичних послуг найбільшою мірою зорієнтовані на формування, обслуговування й використання спільних телемедичних мереж, підключених до глобального пулу найбільш кваліфікованих фахівців та найпередовіших лікувальних методик. Широке застосування телемедичних технологій дає змогу

ефективно вирішувати цілу низку найгостріших проблем глобального ринку медичних послуг, пов'язаних з постійним зростанням вартості медичних послуг та глибоко асиметричним доступом населення до висококваліфікованих медичних послуг і кадрового ресурсу.

5. У видовій структурі телемедичних послуг домінують дистанційні консультації, дистанційне навчання та дистанційний моніторинг, де найбільшою мірою розкривається потужний потенціал телемедицини щодо продукування медичних послуг на усіх етапах діагностичного обстеження пацієнтів – від комп'ютерної томографії й ультразвукової діагностики до цитології, гістології, променевої діагностики, клінічних консультацій у режимі реального часу тощо. У сучасних умовах інформатизації глобального розвитку спектр телемедичних послуг суттєво диверсифікується, включаючи у свою «орбіту» усе нові й нові клінічні і профілактичні напрями; реабілітацію хворих й консультаційно-експертну діяльність; санітарно-епідеміологічний нагляд; управлінську, освітню і наукові сфери; а також медико-організаційні послуги.

6. Глобальні умови функціонування медичної індустрії та суттєве пом'якшення регуляторних режимів транскордонного надання медичних послуг нівелюють усі бар'єри у їх міждержавному русі. Це спричиняє динамічний розвиток міжнародного медичного туризму і його перетворення у самостійний вид високодохідної індустрії. Він репрезентований нині не тільки масштабними міждержавними потоками пацієнтів, але й фахівців сфери охорони здоров'я і медичної техніки й обладнання, що лежить в основі формування ядра нової бізнес-моделі у сфері охорони здоров'я, яка включає як повний комплекс планових медичних процедур та високоспеціалізованих операцій, так і системне вивчення складних медичних випадків, альтернативні види лікування, психологічну допомогу, догляд за хворими, похоронні послуги.

7. Активне впровадження на інтернаціональному рівні нових медичних технологій, подальше поглиблення спеціалізації регіональних ринків медичних послуг, а також посилення стандартизації процесів їх виробництва і споживання є потужним драйвером загальносвітового поширення медичних послуг з суттєвим

полегшенням доступу усе більшої кількості країн до новітніх розробок у сфері медицини. Нівелювання міжрегіональних відмінностей у якості й асортименті медичних послуг висувають ціновий фактор конкурентоспроможності медичних закладів у число пріоритетних при розробці й реалізації ними експансіоністських стратегій на глобальному ринку послуг охорони здоров'я. Головними причинами колосального розриву у вартості медичних послуг країн-лідерів та держав з новостворюваними ринками, є насамперед прямий кореляційний зв'язок між вартісними обсягами валового внутрішнього продукту і сукупними витратами на охорону здоров'я; набагато нижчі адміністративні, трансакційні та судово-медичні витрати у відсталих країнах; а також загалом низький рівень оплати праці лікарів і медичного персоналу.

8. Масштабні транскордонні переміщення пацієнтів набули на сьогодні диверсифікованого і різноспрямованого характеру, а сучасна суб'єктна структура глобального ринку медичного туризму репрезентована постійно зростаючим колом країн різних регіонів. В сучасних умовах формуються стабільні потоки пацієнтів не тільки до держав-лідерів світогосподарського прогресу з традиційно високорозвиненою медичною індустрією, але і з розвинутих країн до країн з новостворюваними ринками. Саме тут створено усі необхідні умови для надання диверсифікованих, високотехнологічних і достатньо якісних медичних послуг за доступними цінами у клініках, лікарнях і діагностичних центрах, заснованих у тому числі за кошти зарубіжних компаній і капіталу. Найбільш затребуваними з боку медичних туристів видами лікування є капітало-, технологічно-місткі і дорогі види медичних послуг, які на батьківщині або не охоплені системою медичного страхування, або їх отримання пов'язане з тривалими періодами очікувань, або для пацієнта існує ризик недостатньої приватності і конфіденційності процесу лікування.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [79, 221, 222, 223, 224].

РОЗДІЛ 3

ЕНДОГЕННІ Й ЕКЗОГЕННІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ В УКРАЇНІ ІНКЛЮЗИВНОЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Системний характер управлінсько-економічних проблем вітчизняного сектору охорони здоров'я

Система охорони здоров'я України за майже тридцятилітній період державної незалежності «законсервувалась» майже у незмінному стані у форматі моделі Семашка з усіма її невід'ємними атрибутами – переважанням державної власності у медичній сфері, орієнтацією державного фінансування на утримання лікарень і оплату праці медичного персоналу, фрагментованою управлінською системою медичної сфери, переважною акумуляцією медичних послуг у сегменті лікування неважких гострих станів, слабкою інституційною і фінансовою спроможністю медичної сфери щодо стримування поширення неінфекційних захворювань, а також фактичною відсутністю профілактики захворювань й ігноруванням медичних потреб здорового населення. Це стало закономірним результатом того, що функціонуюча при соціалізмі патерналістська модель державної політики у медичній сфері не була вчасно й оперативно замінена більш досконалим її ринковим аналогом із «запуском» в дію ефективних, з погляду міжнародної практики, механізмів комерціалізації медичної індустрії та суспільного відтворення медичних послуг.

Підтвердженням відсутності істотних позитивних зрушень у розвитку вітчизняної медичної сфери є, зокрема, результати громадського опитування, проведеного соціологічною групою «Рейтинг» у травні 2017 р. Вони показали, що лише 9% опитаних респондентів вважали, що у період 2015-2017 рр. якість медичних послуг покращилась, тоді як половина переконані у її погіршенні, а третина стверджує, що вона залишилась на незмінному рівні [144]. 3 січня 2018 р. в Україні стартувала медична реформа, яка станом на кінець 2019 р. етапно завершилась на рівні первинної ланки, а до 2021 р. має бути повністю завершена.

Тож цікавими у даному контексті є результати проведеного у червні 2018 р. всеукраїнського дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Вони засвідчили найбільше занепокоєння українців такими структурними перекосами вітчизняної системи охорони здоров'я, як-от: надмірно висока вартість медичних препаратів (21,9% у 2017 р. і 21% у 2018 р.); корупція у Міністерстві охорони здоров'я (20,2% і 20,3%), значний брак сучасного медичного обладнання (10,3% і 11,7% відповідно); необхідність здійснення неформальних платежів пацієнтів лікарям (11,6% у 2017 р. і 2018 р.) [245, с. 131].

Про низький рівень задоволеності українських громадян якістю отримуваних медичних послуг свідчить й інтегральний показник якості лікування, який не перевищує на сьогодні 56%, відбиваючи загалом низькі якісні кондиції вітчизняної медичної допомоги. Так, нині не більше 13% населення нашої держави задоволені якістю вітчизняних медичних послуг; 1% – задоволені повною мірою; тоді як 66% – не задоволені рівнем медичного обслуговування у державному сегменті медичної індустрії [115, с. 65]. Важливо відзначити також певне зниження в останні роки суб'єктивної оцінки українськими громадянами потреби реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Якщо у 2016 р. таку потребу усвідомлювали 92,9% громадян, то у 2018 р. – 73,1%, що є результатом деякого розчарування результатами реформ. Між тим, суб'єктивне відчуття позитивних зрушень від медичного реформування зросло з 15,2% у 2016 р. 42,5% у 2018 р. І це при тому, що нині майже 58% українських громадян так і не відчули суттєвих позитивних змін у системі охорони здоров'я [245, с. 132, 134].

Як відомо, узагальнюючими показниками стану національної системи медичних послуг будь-якої країни є насамперед тривалість життя населення, стан суспільного здоров'я та його інституційне й інфраструктурне забезпечення. У своїй сукупності вони є не тільки загальним мірилом рівня розвитку національного людського ресурсу, але й лежать в основі свободи життєвого вибору людини і реалізації нею своїх можливостей і творчих потенцій. Більше того, загальний стан системи охорони здоров'я відбиває ставлення суспільства не тільки до проблеми лікування і профілактики захворювань, але й у широкому контексті – до розвитку

людського капіталу і середовища його кількісного й якісного відтворення. Так, у період 1992-2018 рр. середня тривалість життя українців підвищилась з 69,1 до 72 років [45, с. 301], або на 2,5%.

При цьому спостерігаються дуже глибокі статеві диференціації в очікуваній тривалості життя при народженні, навіть порівняно з іншими країнами пострадянського простору. Згідно даних Звіту про людський розвиток за 2019 р., середня очікувана тривалість життя при народженні чоловіків становила в Україні – 67 років, а жінок – 76,7 років [45, с. 313], тобто розрив становить майже 10 років на користь жінок. Як бачимо, очікувана тривалість життя при народженні українських чоловіків є чи найнижчою у групі країн з високим індексом розвитку (за виключенням Туркменістану – 64,6 років) [45, с. 313].

Поряд із вищезазначеними санітарно-демографічними індикаторами стан здоров'я українського населення та систему стратегічного планування національної системи охорони здоров'я можна оцінити і за показниками захворюваності громадян. Так, у період 1990-2017 рр. загальна кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань зменшилась у нашій державі з 32,2 до 26,6 млн. (рис. 3.1). Таке падіння пояснюється насамперед неврахуванням з 2014 р. даних по анексованому Криму і частини зони проведення антитерористичної операції.

При цьому спостерігається різноспрямована динаміка уперше зареєстрованих випадків за різними видами захворювань. Якщо щорічна кількість нових випадків новоутворень протягом 1990-2017 рр. зросла з 310 до 366 тис (у 2013 р. – 410 тис); а захворювань системи кровообігу – з 1,1 до 1,8 млн (2,3 млн.); то за захворюваннями органів дихання щорічна кількість уперше зареєстрованих захворювань зменшилась за вказаний період з 17 до 12 млн. (12,6 млн.), хворобами нервової системи – з 2,6 млн. до 636,3 тис. (647 тис.), а травм і отруєнь – з 2,9 до 1,6 млн. (1,7 млн. відповідно) (рис. 3.1). Нині понад 1 млн. українців хворіють на онкологічні захворювання; 12 – 14 млн. – на серцево-судинні хвороби [115, с. 66]; а 1,1 млн. – на цукровий діабет (з яких 200 тис. осіб є інсулінозалежними).

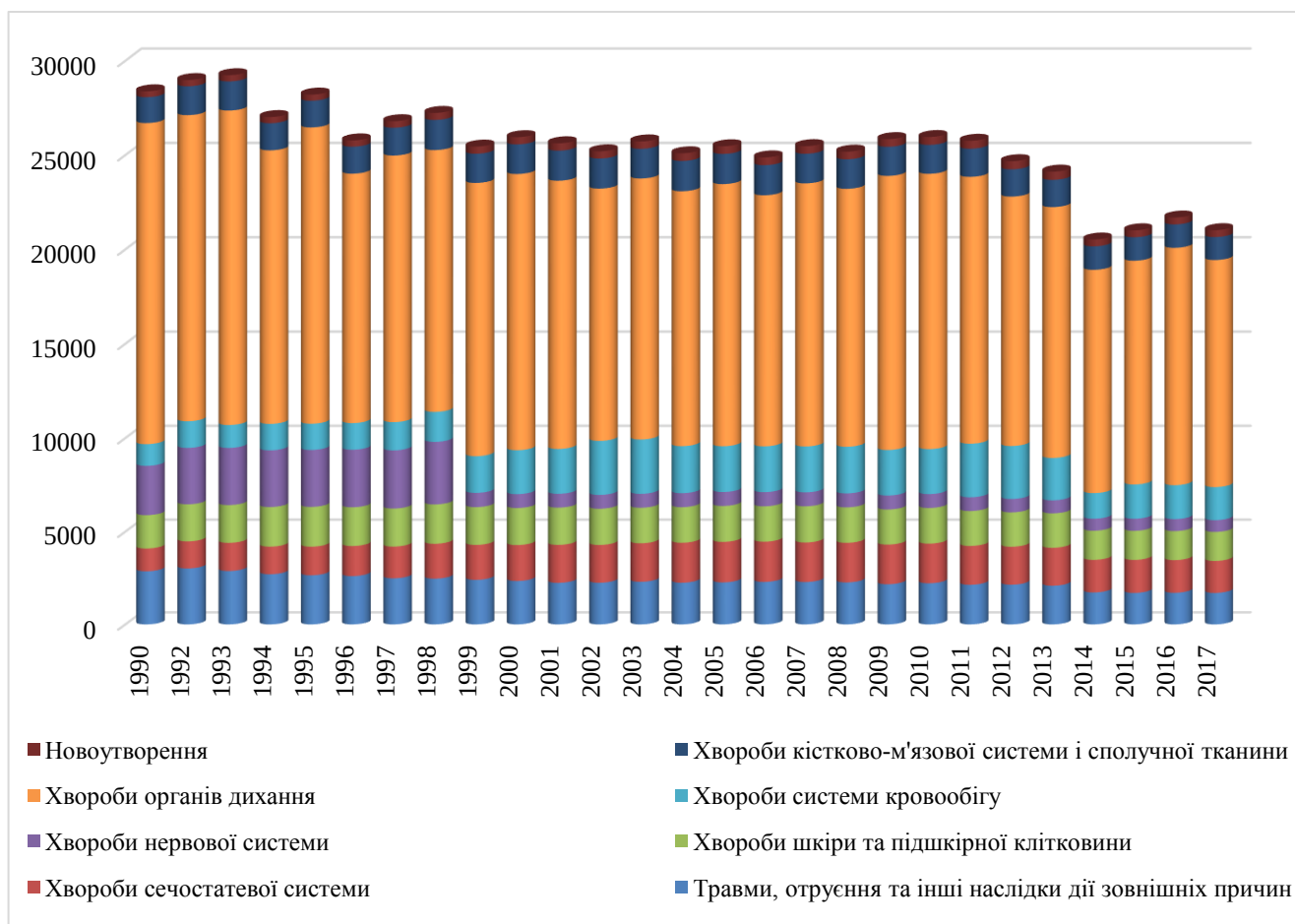


Рис. 3.1. Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань населення України за їх видами у 1990-2016 рр., тис. [142]

Традиційно високою залишається динаміка поширення усіх вищеперерахованих захворювань, яка свідчить про нагромадження хронічних патологій та характеризує сучасні якісні кондиції медичних послуг. Наголосимо, що подібні показники захворюваності спричинені не тільки факторами економічного, екологічного, соціального та психологічного характеру (зростання кількості стресових ситуацій, невпевненість населення у майбутньому тощо), але й значною мірою є закономірним результатом неякісних медичних послуг, недосконалості національної системи охорони здоров'я з цілою низкою не вирішених дотепер її глибоких структурних проблем.

Найбільш загрозливим, у контексті національної безпеки України, є динаміка захворюваності населення на соціально небезпечні захворювання насамперед туберкульоз, ВІЛ/СНІД, алкоголізм, наркоманію та хвороби, що передаються

статевим шляхом. Так, упродовж 1987-2019 рр. в Україні, за даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я, офіційно було зареєстровано майже 346,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції і за цей період від СНІДУ померли майже 50,7 тис. осіб. Тільки за дев'ять місяців 2019 р. у нашій державі було зареєстровано 13,2 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції (у тому числі 62 дитини віком до 14 років) [241]. Серед ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД українців, котрі перебувають нині на обліку у медичних закладах, понад 56% становлять чоловіки, а 46% є наркоманами, які інфікувались у результаті ін'єкцій наркотиків [201, с. 344].

Про надзвичайно складні характеристики здоров'я і демографії в Україні свідчать також *показники захворювання на активний туберкульоз*. Проблема захворюваності на туберкульоз нині вийшла далеко за рамки суто медичної проблеми і набула загальнодержавного масштабу, особливо з урахуванням високого рівня соціальної небезпеки даного інфекційного захворювання та його спричинення політичними, соціальними та економічними факторами. Щороку від туберкульозу в Україні помирає близько 4 тис пацієнтів, або 11 осіб щодня [152]. Так, станом на 2017 р. розрахункова захворюваність на туберкульоз становить у нашій країні 52,0 на 100 тис. жителів [153, с. 84] (і це без урахування 22,5% випадків захворювання, що не були виявлені вчасно і призвели до подальшого поширення туберкульозу серед населення) [135].

Офіційно «пік» захворюваності припав на 2005 р., коли рівень захворюваності збільшився до рівня 84,4 випадків на 100 тис. населення [153, с. 84]. Однак, реалізовані в останнє десятиліття заходи боротьби з туберкульозом (державні закупівлі протитуберкульозних препаратів, щорічні медогляди працівників, реалізація загальнодержавних програм тощо) дали змогу загальмувати поширення епідемії і знизити рівень захворюваності майже на чверть, порівняно з найгіршим 2005 р. Принагідно також відзначити, що на туберкульоз хворіють нині понад 30% ВІЛ-інфікованих українців (так званий вторинний імунodefіцит), 40% з яких помирає від цієї недуги [250, с. 4, 9]. Водночас серед вперше виявлених хворих на туберкульоз значно зросла кількість важких деструктивних форм цього

захворювання: нині близько 9 тис. осіб є офіційно зареєстрованими хворими на важко виліковний хіміорезистентний туберкульоз, що є дуже тривожною тенденцією [251]. А загалом, соціальна структура вперше виявлених хворих на туберкульоз засвідчує, що понад 80% пацієнтів репрезентують нині соціально незахищені верстви населення (у тому числі 56% – безробітні особи працездатного віку; 13,2% – пенсіонери; 11,4% – робітники [259, с. 127].

Важливого значення в оцінці ефективності функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я набувають також *показники професійної захворюваності, інвалідизації та виробничих травм*, насамперед, серед громадян працездатного віку. Вони характеризують не тільки власне стан здоров'я українського населення працездатного віку, але й умови його праці, екологічність робочого місця, стан техніки безпеки й охорони праці на виробництві. Первинна інвалідність працюючого міського населення України становить нині близько 42,6; а сільського – 45,7 випадків на 10 тис. дорослого населення. Для населення працездатного віку даний показник становив відповідно 45,0 і 56,6 випадків [202, с. 8]. Ключові причини професійної захворюваності й інвалідизації українських громадян пов'язані з захворюваннями системи кровообігу, онкологічними захворюваннями, травмами, отруєннями та впливом інших зовнішніх чинників. При цьому значне скорочення в останнє десятиліття практично за усіма регіонами кількості травмованих на виробництві обумовлене не стільки покращенням функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, скільки згортанням виробництв та реструктуризацією підприємств з традиційно високим рівнем нещасних випадків та професійних захворювань, а також ускладненими процедурами медико-експертної діяльності та освідчення заподіяних травм, низьким рівнем соціальною захисту травмованих на виробництві та їх небажанням втратити робоче місце.

Резюмуючи, відзначимо, що навіть сучасна офіційна статистика щодо рівня захворюваності, інвалідизації та виробничих травм не здатна відобразити реальну ситуацію із станом здоров'я українського населення та вітчизняної системи охорони здоров'я, оскільки значна частина громадян (близько 25% [172, с. 21]) у

силу загалом низького рівня особистої культури та недостатньої купівельної спроможності часто не звертається за отриманням медичної допомоги. Це є свідченням обмеженого доступу вітчизняних громадян (особливо бідних) до якісного медичного обслуговування за місцем проживання, а отже – значною мірою актуалізують проблему поширення хронічних неінфекційних захворювань у соціальних групах з низьким рівнем доходів (яке приблизно удвічі перевищує поширення таких хвороб у групах з високим достатком [198, с. 6]).

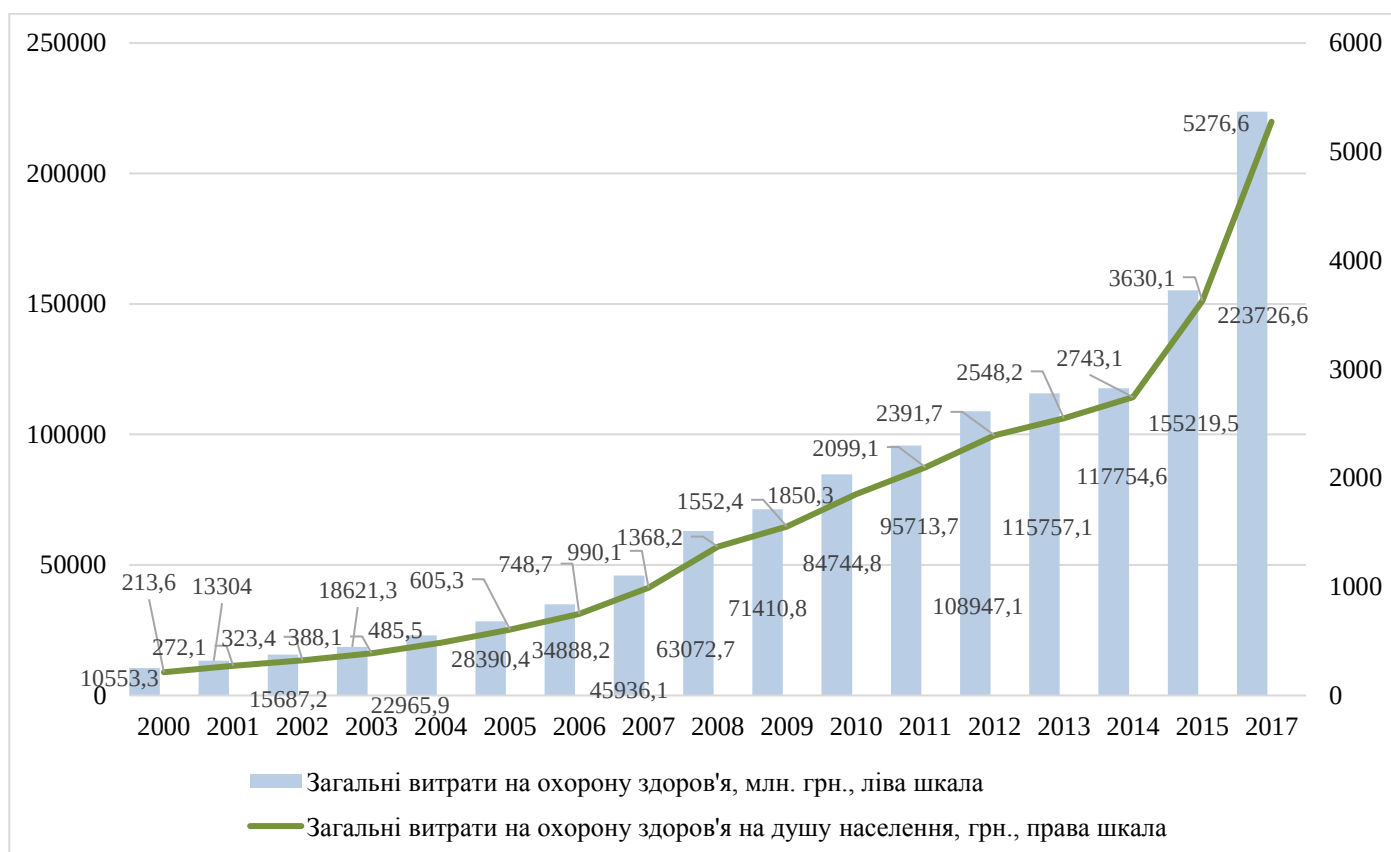
Наростання проблем у сфері вітчизняної системи охорони здоров'я красномовно підтверджує також *Індекс здоров'я*, що його щорічно розраховують експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я на основі інтегрального оцінювання стану здоров'я населення різних країн (показників очікуваної тривалості життя, материнської смертності); впливу факторів ризику на стан здоров'я (війни, стану повітря, споживання алкоголю, надлишкової ваги); а також стану та ефективності роботи системи охорони здоров'я (рівності і доступності медичних послуг, витрат в системі охорони здоров'я). За результатами 2018 р. наша держава посіла 93 місце серед 169 країн світу у Глобальному індексі здоров'я [265], що засвідчує украй загрозливий, з погляду критеріїв національної безпеки, стан суспільного здоров'я в Україні.

Водночас, згідно прогнозів фахівців Інституту демографії і соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, у 2020 р. частка осіб працездатного віку у нашій державі становитиме менше 50% загальної кількості населення, а близько третини населення становитимуть особи віком понад 60 років. У параметрах вітчизняної системи охорони здоров'я, подібні зміни у віковій структурі населення означають стрімке зростання його потреб у дорогому лікуванні, а відтак – і нарощування витрат медичної сфери на його обслуговування.

Основними чинниками, що справляють негативний вплив на розвиток вітчизняної системи охорони здоров'я, є насамперед *українська деформована структура її державного фінансування і високий рівень корупції*. Останні десятиліття характеризуються нарощуванням абсолютних і відносних показників фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів. Як

показують дані рис. 3.2, у період 2000-2017 рр. загальні витрати на охорону здоров'я зросли з 10,5 до 223,7 млрд. грн.; а на душу населення – з 213,6 до 5276,6 грн. У відносному вираженні загальні витрати на охорону здоров'я за вказаний період зросли з 6,1 до 7,2% номінального ВВП; а частка державних витрат на охорону здоров'я зменшилась з 10,2 до 9,7% загальних видатків зведеного бюджету (з максимальними значеннями на рівні 14,3% у 2003 р., 13,2% у 2004 р. та 12,9% у 2013 р.). Як бачимо, такі показники повною мірою кореспондуються з відповідними індикаторами фінансування медичної сфери у країнах Центральної і Східної Європи.

Принагідно також відзначити особливу *інституційну структуру сучасного кінцевого споживання* вітчизняною системою охорони здоров'я фінансових ресурсів, у якій на лікарні припадає 35,3% поточних витрат, амбулаторні заклади – 12,4%, а заклади з роздрібного продажу медичних товарів та інші організації з їх постачань – 38,2% відповідно. Водночас, системи загального управління охороною здоров'я та управління програмами громадського здоров'я споживає відповідно 7,7% та 0,8% від поточного фінансування медичної сфери.



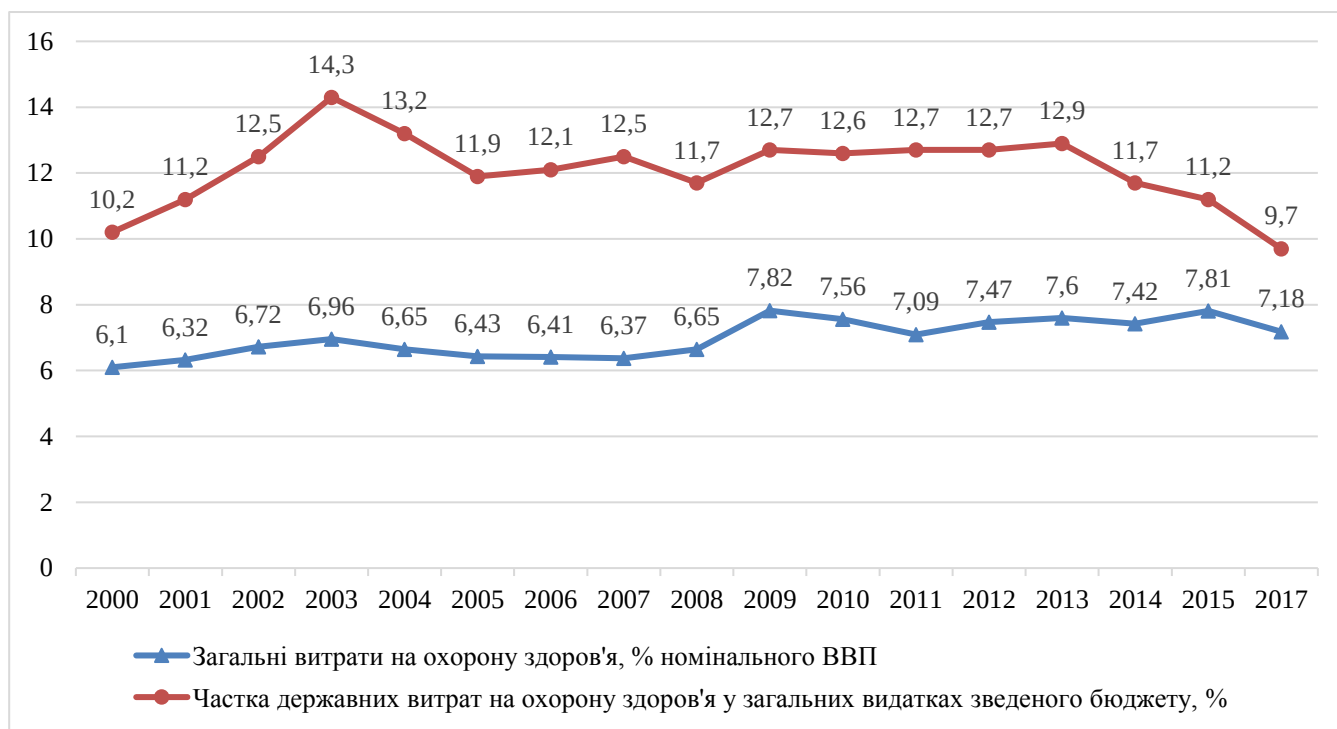


Рис. 3.2. Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я в Україні у 2000-2017 рр. [195, с. 7; 198, с. 8; 153, с. 9]

При цьому доволі варіативною залишається джерельна структура її фінансових ресурсів: у той час як лікарняні установи споживають переважно кошти суспільних (85%) і приватних фондів (15% – кошти домогосподарств); то амбулаторні заклади – кошти домогосподарств, приватних фірм і корпорацій (55,7%) та суспільних джерел (44,3%); а заклади з роздрібного продажу медичних товарів та інші організації з їх постачань – кошти домогосподарств (99,8%) та Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань (0,2%) [198, с. 11-12].

Однак, співвідношення державних і недержавних джерел фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я *не відповідає принципу оптимальної пропорційності*. Як показують дані, наведені на рис. 3.3, основним джерелом фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я дотепер залишаються державні видатки (включаючи витрати державних фірм). У період 2003-2017 рр. вони стабільно становили від 50 до 60% загального фінансування медичної сфери; далі йдуть витрати домогосподарств (від 35,1 до 52,3%) на тлі вкрай незначного фінансування з боку приватних фірм і корпорацій (від 2 до 3%) та донорських

організацій (0,2 – 1,4% відповідно). Подібна структура видатків на фінансування системи охорони здоров'я свідчить насамперед про значну обмеженість доступу до медичних послуг малозабезпечених верств українського населення.



Рис. 3.3. Структурний розподіл сукупних витрат на фінансування системи охорони здоров'я України за джерелами у 2003-2017 рр., % [198, с. 7; 198, с. 8; 147]

Крім того, загальні витрати на фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я дотепер не здатні забезпечити гідної оплати праці медичних працівників, надання українським громадянам якісних медичних послуг, забезпечення їх необхідними медикаментами і лікарняними ліжками, а також модернізацію медичного обладнання і впровадження інноваційних методик лікування. Відтак, на думку експертів ВООЗ, доцільним є зменшення ролі приватного фінансування закладів охорони здоров'я, розширення доходної бази та підвищення рентабельності їх діяльності, удосконалення методів об'єднання ресурсів шляхом зниження кількості фондів медичного страхування та створення єдиного загальнонаціонального фонду з метою забезпечення транспарентності планування і координації діяльності системи охорони здоров'я у цілому, а також боротьба з неофіційними платежами та чітке розмежування державного і приватного

фінансування з метою обмеження негативного впливу останнього на розподіл фінансових ресурсів медичної сфери [255, с. 116-117].

Незважаючи на абсолютне і відносне зростання державних витрат на фінансування охорони здоров'я в останнє десятиліття, вкрай *неефективним залишається його розподіл між вітчизняними медичними установами*, в основі якого лежать головним чином *кількісні критерії*, а саме: загальна кількість лікарняних ліжок, планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів, загальна кількість лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу, вартість комунальних платежів тощо. Більше того, згідно Бюджетного кодексу України, фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється виключно на забезпечення їх життєдіяльності і не передбачає покриття витрат залежно від обсягу наданих медичних послуг і виконаних робіт, а також потреб населення у медичному обслуговуванні. Своєю чергою, переважно бюджетний (неприбутковий) статус вітчизняних медичних закладів є значним гальмівним чинником щодо їх об'єднання з іншими лікарнями та аутсорсингу частини своїх виробничих функцій іншим лікарням з метою економії трансакційних витрат при продукуванні медичних послуг.

Зрозуміло, що подібний *кількісно-орієнтований метод фінансування* здатен забезпечити лише інфраструктурну розбудову вітчизняної системи охорони здоров'я та її мережеве «роздування» і жодним чином не зорієнтований на формування в агентів медичної індустрії потужних мотиваційних стимулів щодо підвищення продуктивності своєї праці й ефективною оптимізації використання ресурсів. Достатньо сказати, що нині майже 80% загального обсягу фінансування вітчизняних лікарень спрямовується на підтримання інфраструктурних об'єктів і людського капіталу (у тому числі 63,6% – на заробітну плату медичного персоналу; 10,2% – на оплату комунальних платежів), тоді як прямі витрати на продукування медичних послуг – лише 21%; а інші витрати (оновлення обладнання й інфраструктури) – 5,2% [198, с. 5]. При цьому медичні установи позбавлені права самостійно змінювати структуру своїх витрат на основі перерозподілу коштів з однієї статті бюджету на користь іншої (наприклад на оплату праці персоналу чи

закупівлю медичного устаткування замість оплати комунальних витрат чи купівлі витратних матеріалів), що робить управлінський процес негнучким і малопродуктивним. А обов'язкова вимога щодо повернення до бюджету невитрачених за рік асигнувань та загроза зменшення бюджетного фінансування на наступний рік на суму залишку коштів [194, с. 12] нівелює будь-які мотиви закладів охорони здоров'я щодо оптимізації структури своїх витрат та підвищення ефективності діяльності.

Крім того, кількісно-орієнтований метод фінансування медичної сфери стає причиною нерідко необґрунтованих випадків госпіталізації (до 60% їх загальної кількості), дублювання медичних послуг одного виду на різних рівнях системи медичного обслуговування, зростання кількості короткотермінових повторних випадків госпіталізації пацієнтів, недосконалої організаційної структури закладів охорони здоров'я, структури їх ліжкового фонду і штатного складу [161]. Вагомий дестабілізуючий вплив на розвиток вітчизняної медичної сфери справляє також відсутність чіткого розмежування функцій замовників і продуцентів медичних послуг. Йдеться насамперед про значний брак механізму розроблення й імплементації стратегічних планів розвитку медичної галузі на регіональному і національному рівнях; а також надання закладами охорони здоров'я медичних послуг і залучення ними фінансування без укладення контрактів з місцевими органами влади (обласними, районними, міськими, сільськими та селищними) як безпосередніми платниками за послуги, на які припадає нині понад 80% видатків зведеного бюджету медичної сфери.

Подібно іншим країнам світу, найвитратнішим компонентом національної системи охорони здоров'я є стаціонарне лікування українських громадян. Як показують дані табл. 3.1, у період 2007-2018 рр. видатки на утримання лікарень і санаторно-курортних закладів стабільно становлять близько 60% загального фінансування, а в окремі роки (2008 р., 2010 р., 2011 р.) перевищує 70%. За вказаний період спостерігається чітко виражений тренд щодо зростання частки фінансування центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (з 1,3 до 9,1% загального фінансування системи охорони здоров'я) та станцій швидкої і

невідкладної допомоги (з 1,6 до 5,7%) на тлі значного зменшення частки фінансування вітчизняних санаторно-курортних закладів (з 3,7 до 1,6%) та санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів і закладів (з 4,7 до 1,3% відповідно). Подібна динаміка є відображенням, з одного боку, закономірних тенденцій у фінансуванні вітчизняних закладів охорони здоров'я щодо його концентрації на найбільш затребуваних напрямках медичного обслуговування населення, а з другого – недостатньої уваги у нашій державі до питання профілактики захворювань громадян, їх валеологічного виховання і пропагування здорового способу життя.

Таблиця 3.1

**Структура видатків зведеного бюджету (загальний і спеціальний фонди)
на фінансування системи охорони здоров'я за функціональною
класифікацією видатків у 2007-2018 рр., % [204, с. 71; 131]**

Показник	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2018
Охорона здоров'я, усього	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Поліклініки та амбулаторії, швидка і невідкладна допомога	13,6	13,8	13,8	14,0	14,0	16,8	20,7	21,5	20,8
Поліклініки загального профілю та амбулаторії	7,6	7,6	7,6	7,9	7,7	7,0	5,3	3,4	2,9
Спеціалізовані й стоматологічні поліклініки	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	2,6	2,7	3,3	2,9
Станції швидкої та невідкладної допомоги	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6	2,8	5,6	5,1	5,7
Фельдшерсько-акушерські пункти	2,2	2,2	2,2	2,1	2,5	1,0	0,6	0,3	0,2
Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги	1,3	1,4	1,4	1,4	1,2	3,5	6,4	9,4	9,1
Лікарні та санаторно-курортні заклади	69,1	70,4	69,7	71,7	71,3	68,1	65,4	64,5	58,5
Лікарні загального профілю	45,1	46,9	47,3	48,1	47,0	44,8	42,0	42,1	37,7
Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади	18,4	17,8	17,1	18,2	19,1	18,6	18,4	18,3	16,9
Пологові будинки	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	2,2	2,3	2,2
Санаторно-курортні заклади	3,7	3,8	3,3	3,4	3,2	2,8	2,9	1,8	1,6
Санітарно-профілактичні й протиепідемічні заходи і заклади	4,7	4,7	6,4	4,6	4,2	3,3	1,8	1,8	1,3
Фундаментальні й прикладні дослідження та розробки у сфері охорони здоров'я	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,3
Інша діяльність у сфері охорони здоров'я	11,9	10,4	9,4	9,1	9,8	11,2	11,6	11,5	17,9
Будинки дитини	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7
Станції переливання крові	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4
Інші заклади й заходи у сфері охорони здоров'я	10,4	8,8	7,8	7,6	8,4	9,7	10,3	10,2	16,8

Підтвердженням недостатнього розвитку у нашій державі *системи профілактичних заходів* зміцнення здоров'я українських громадян є і той факт, що у вітчизняних поліклінічних закладах до 60-70% кадрового корпусу представлено лікарями-фахівцями, які спеціалізуються на надання спеціалізованої медичної допомоги населенню. Натомість не більше 40% лікарського корпусу надає нині базову профілактичну допомогу [192, с. 32]. Крім того, непрозорість схем закупівлі вакцин і використання медичних препаратів сумнівного походження й якості значною мірою дискредитували саму ідею профілактичного щеплення для попередження цілої низки захворювань.

Нераціональною, з погляду міжнародної практики, залишається і вітчизняна *система первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги*. Так, якщо у західних країнах до 90% усіх медичних послуг надають нині заклади первинної допомоги, а на сегмент сімейної медицини (де працюють лікарі загальної практики) припадає від 30 до 50% сукупної кількості лікарів сфери охорони здоров'я, то в Україні первинним рівнем медичних послуг покривається нині менше 30% пацієнтів у містах і до 50% – у сільській місцевості [133]. Своєю чергою, у структурі позалікарняних медичних закладів системи Міністерства охорони здоров'я України на наданні первинної медичної допомоги (у сільських і міських лікарняних амбулаторіях, амбулаторних відділеннях сільських дільничних лікарень) спеціалізуються нині понад половини (56,2%) їх загальної кількості; на наданні первинної й вторинної допомоги (у поліклінічних установах і відділеннях міських лікарень, центральних районних лікарнях) – 28,1% і тільки 27% спеціалістів первинної ланки медичних послуг репрезентують сегмент сімейної медицини (загальної практики) [115, с. 64-65]. Підтвердженням загалом низького рівня розвитку вітчизняної системи первинної медико-санітарної допомоги є і той факт, що загальна кількість її закладів щонайменше учетверо менша, ніж у середньому за групою країн ЄС (відповідно 1,2 проти 4,9 на 10 тис. населення); а лікарського персоналу – на третину (відповідно 6,3 проти 9,4 на 10 тис. населення) [168].

Між тим, саме ефективна організація сфери охорони здоров'я, як наголошують експерти ВООЗ, здатна забезпечити зменшення загальної смертності населення у віці до 75 років на 23% у чоловіків і на 32% у жінок; а смертності від ішемічної хвороби серця – на 40-50% [228, с. 3-4]. Зрозуміло, що нераціональна організація первинної ланки медичного обслуговування населення, як і хронічний брак її фінансування, вже стали причиною втрати вітчизняними медичними послугами системності, комплексності і поетапності надання, їх невідповідності потребам населення, як власне й посилюється формальність і фрагментарність у профілактиці захворювань громадян і їх диспансеризації. Водночас високий ступінь структурної «дисперсії» первинної медичної допомоги, її організаційне й функціональне поєднання з вторинною медичною допомогою призводить до деперсоніфікації суспільної відповідальності лікаря за здоров'я пацієнта чи сім'ї, як і суттєво ускладнює сам процес управління якістю первинної ланки медичного обслуговування населення.

Більше того, у нашій державі до початку медичної реформи був практично *відсутній чіткий розподіл медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги*, коли до надання первинної медичної допомоги активно залучались практично усі спеціалісти поліклінічних установ та структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів. Як результат – надмірне навантаження на сегмент спеціалізованої амбулаторної допомоги, висока частка виявлення захворювань українських громадян на пізніх етапах, ускладнень хронічних захворювань, а отже – зростання потреб населення у дорогих високоспеціалізованих медичних послугах. І це без урахування вкрай неефективної системи вторинної медико-санітарної допомоги в Україні з високим ступенем «розпорошеності» фінансових ресурсів між багаточисельними малопотужними лікарняними закладами, позбавленими можливостей купівлі сучасного медичного обладнання та інноваційних технологій лікування, а отже – низькою інтенсивністю потоків пацієнтів та втратою персоналом практичних навичок професійної діяльності. Достатньо сказати, що 630 лікарень в Україні (30% їх загальної кількості) мають ліжковий фонд менше 25 лікарняних ліжок, а ще понад 110

закладів – тільки 26-60 ліжок. Між тим, пороговим кількісним показником можливостей продукування медичними закладами якісних і диверсифікованих медичних послуг є розподіл 100 тис. населення на одну лікарню [230].

Про значне відставання вітчизняної системи охорони здоров'я від міжнародної практики свідчать також *показники медикаментозного забезпечення пацієнтів* як невід'ємного компонента продукування медичних послуг. Так, на сьогодні купівля медичних препаратів та інших медичних товарів нетривалого використання поглинає понад 30% загальних витрат на фінансування медичної сфери. Це не перевищує 4-5% загального обсягу державних витрат на охорону здоров'я, решта ж оплачується самими пацієнтів, а не лікувально-профілактичними закладами (для порівняння у західноєвропейських країнах цей показник становить від 30 до 60% [198, с. 15]). Навіть формат стаціонарного лікування у нашій державі передбачає купівлю пацієнтами медичних препаратів на загальну суму, що становить майже 87% загальної вартості ліків [115, с. 67].

Необхідність покриття пацієнтами вартості лікарських засобів власним коштом спричинила широке поширення у медичній практиці агресивної реклами їх продажу. Йдеться, зокрема, про брак ефективних регуляторних механізмів у сфері відпуску медичних препаратів рецептурної групи, який спричиняє дедалі більшу орієнтацію фармацевтичних працівників на «просування» більш дорогих препаратів, переважно імпортного виробництва. Достатньо сказати, що у 2011 р. з 14205 лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, лише 3681 позицій репрезентували медичні препарати вітчизняного виробництва, що не перевищує 25% їх загальної кількості. При цьому частка лікарських засобів групи генериків вітчизняного виробництва на українському ринку становить у середньому 16% [228, с. 12]. Це є свідченням надмірного навантаження на населення (яке оплачує медичні послуги за свій рахунок), а отже – відбиває глибокі структурні перекоси вітчизняної системи охорони здоров'я і потребує активізації державної політики у сфері охорони здоров'я щодо захисту найменш соціально захищених верств українських громадян.

У той час як в Україні понад 40% загального фінансування медичної сфери забезпечує населення зі своїх особистих коштів, то у країнах-лідерах – не більше 2-

3%. Даний структурний дисбаланс прямої оплати населенням отриманих медичних послуг (не беручи до уваги 10% неформальних і тіньових платежів [115, с. 67] у структурі загальних витрат на систему охорони здоров'я) не здатні «переломити» навіть механізми добровільного медичного страхування та лікарняних кас. Незважаючи на те, що щорічний внесок українців на медицину податковими каналами становить близько 3 млрд грн, майже 640 тис українських сімей у результаті хвороб членів родин зазнають повного фінансового банкрутства, сплачуючи дороговартісне лікування власним коштом [263]. Ці дані повною мірою кореспондуються з соціологічними опитуваннями українських домогосподарств на предмет доступності медичних послуг: якщо у 2014 р. кожне п'яте домогосподарство було не здатним задовольнити власним коштом придбання медичних препаратів, то у 2015 р. – вже 29,3% домогосподарств [260, с. 336].

Більше того, згідно досліджень експертів Світового банку, у загальних вартісних обсягах фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я 43,6% припадає на приватні платежі пацієнтів; а 33% опитаних домогосподарств нашої держави понад 10% своїх щомісячних доходів витрачають на медичні послуги (для порівняння: у країнах ЄС у середньому 5,8%); а 15% українських пацієнтів взагалі відмовляються від лікування через надмірно високі ціни на нього [252, с. 128].

Отже – цілком очевидно нині є чітко виражена невідповідність діючої в Україні системи фінансування охорони здоров'я основним її вимогам і міжнародним стандартам. Йдеться насамперед про передбачуваність фінансових витрат на медичне обслуговування населення, збалансованість вартісних обсягів фінансування і обсягів продукування медичних послуг, а також недопустимість надмірної витратності медичного обслуговування громадян для поточних доходів домогосподарств [138, с. 16]. Такий стан речей, спричиняючи появу якісно нового виду бідності українського населення – медичної бідності⁷ – є абсолютно недопустимим у параметрах кількісного й якісного відтворення національного

Примітка.

За даними експертів Світового банку, в силу високого рівня цін на медичні послуги в Україні лави соціальної групи медичної бідності може поповнити будь-яке українське домогосподарство після діагностування у його члена складного захворювання (онкологічного, серцево-судинного тощо), що потребуватиме від сім'ї колосальних витрат, неспіввимірних з поточними і попередніми її доходами.

ресурсу у постіндустріальній парадигмі національного економічного розвитку та реалізації моделі сталого розвитку і досягнення Цілей розвитку тисячоліття.

З 2015 р. докорінної зміни зазнала система міжбюджетних трансфертів (яка передбачає безоплатне і безповоротне передавання грошових коштів від одного бюджету до іншого) для фінансування системи охорони здоров'я. Так, у рамках реформи міжбюджетних відносин було запроваджено якісно новий інструмент трансфертів для охорони здоров'я з державного бюджету місцевим бюджетам – *медичну субвенцію*. Він дає змогу вирівнювати існуючі вертикальні і горизонтальні фінансові дисбаланси системи охорони здоров'я на регіональному рівні, що виникають з існуючих асиметрій фінансового ресурсу і фінансових потреб різних регіонів. У системі охорони здоров'я грошові кошти медичних субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам спрямовуються переважно на купівлю витратних матеріалів і медичного обладнання для вітчизняних медичних закладів, капітальний ремонт лікарень і фельдшерсько-акушерських пунктів, а також реалізацію масштабних інвестиційних програм і проектів.

На сьогодні зберігається ціла низка системних проблем і у царині запровадження в Україні механізмів *реімбурсації і референтного ціноутворення на лікарські препарати*. Останній, зокрема, встановлює граничний рівень оптово-відпускних цін та граничних націнок на медпрепарати серцево-судинної групи, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. Так, згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я №53 від 23.01.2017 р., було затверджено реєстр граничних оптово-відпускних цін на 21 міжнародну запатентовану назву лікарських препаратів (за 89 позиціями з даними щодо коду АТХ, одиниці лікарської форми, дозування та граничної оптово-відпускної ціни) [231], вартість яких в обов'язковому порядку має відшкодовуватись державою, згідно Постанови Кабінету Міністрів України №863 від 09.11.2016 р.

Однак, при розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін та граничних націнок на лікарські препарати норми щодо їх випуску, встановлені зазначеною Постановою, були суттєво розширені. Так, у той час як у західних державах розрахунок розміру відшкодування здійснюється, виходячи з дозування

лікарського засобу як фіксована сума чи відсоток роздрібної вартості (незалежно від форми випуску – таблетка; таблетка, вкрита оболонкою; таблетка пролонгованої дії), то в Україні – залежно від форми випуску із встановленням граничної ціни продажу на рівні найдешевшого генерика [231]. За таких умов можливою є ситуація застосування при розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін та граничних націнок цін лікарських засобів, що зареєстровані у референтних країнах, однак в Україні фактично не продаються. Результатом може стати встановлення на окремі медичні препарати необґрунтовано низьких цін, а отже – нерентабельність (або й збитковість) їх продажу українських пацієнтам з подальшим виведенням з ринку.

Ще одна проблема сучасного медикаментозного забезпечення вітчизняних пацієнтів – *різнотерміновий, партикулярний режим запровадження механізмів реімбурсації і референтного ціноутворення* на лікарські препарати. Якщо граничні ціни на медичні препарати були запроваджені ще у лютому 2017 р., то термін запровадження механізму реімбурсації все ще залишається під питанням. Між тим, у розвинутих країнах референтне ціноутворення і реімбурсація застосовуються одночасно, що гарантує дієвість системи державного

Крім того, відсутність налагодженої системи обліку хворих (у тому числі і на артеріальну гіпертензію), котрі потребують медикаментів, а також значного браку лікарського персоналу, стають причиною несвоєчасного отримання хворими, які систематично приймають медичну терапію, рецептів на ту чи іншу групу лікарських засобів. Дана проблема набуває особливої гостроти з урахуванням тієї обставини, що державні закупівлі медичних препаратів відбувається зазвичай без урахування реальної потреби у них медичних закладів, причому як за обсягами закупівель, так і номенклатурою препаратів. Більше того, навіть тендерні процедури державних закупівель фармакологічної продукції мають цілу низку прогалин і «вузьких місць», що нерідко спричиняє завищення цін на них. Водночас, відсутність ефективної системи державного контролю за ціноутворенням, якістю і безпечністю медикаментів стає причиною *величезної частки фальсифікованих препаратів на українському фармацевтичному ринку*. Їх частка, за даними ВООЗ,

перевищує нині 20% загального обсягу медичних препаратів, причому лівова частка фальсифікованої продукції продукується вітчизняними виробниками-фальсифікаторами.

Важливим ресурсним показником оцінки сучасного стану і рівня розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я є її *кадрова складова*. Так, упродовж останніх десятиліть тут спостерігається яскраво виражене поглиблення кризових симптомів, що виявляється насамперед у зменшенні загальної кількості лікарів і середнього медичного персоналу. Як показуються дані рис. 3.4, з 1999 р. до 2017 р. загальна кількість лікарів усіх спеціальностей зменшилась з 228 до 186 тис. осіб (а у розрахунку на 10 тис. населення – з 46,2 до 44,1 осіб); а середнього медичного персоналу – з 553 до 360 тис. осіб (з 111,9 до 85,4 осіб відповідно). І це на тлі значного загострення кадрової ситуації у первинній ланці системи охорони здоров'я у частині стрімкого зростання частки медичних працівників пенсійного віку. Достатньо сказати, що станом на кінець 2016 р. частка пенсіонерів у структурі лікарського контингенту становила понад 26%, а медсестринського – понад 27% [116, с. 392].

Однак, на тлі наростання кадрового дефіциту наша держава дотепер має надмірну кількість вузькопрофільних фахівців за понад 100 лікарськими спеціальностями, які ведуть прийом у 8,3 тис поліклінік, районних і міських лікарень та спеціалізованих диспансерів одного захворювання (туберкульоз, ВІЛ/СНІД тощо) [194, с. 13]. Оскільки діяльність їх працівників зорієнтована переважно на надання вузького переліку медичних послуг, то за умов відсутності необхідного медичного обладнання практично відсутні можливості підтримки належної їх якості та підвищення професійних компетенцій медичного персоналу. Тож вже сьогодні нагромаджені кадрові диспропорції в охороні здоров'я настійно вимагають переорієнтації усієї системи підготовки вітчизняних медичних кадрів у напрямку зміни їх профільної структури та стимулювання молодих спеціалістів до роботи у сільських місцевостях і малих містах.

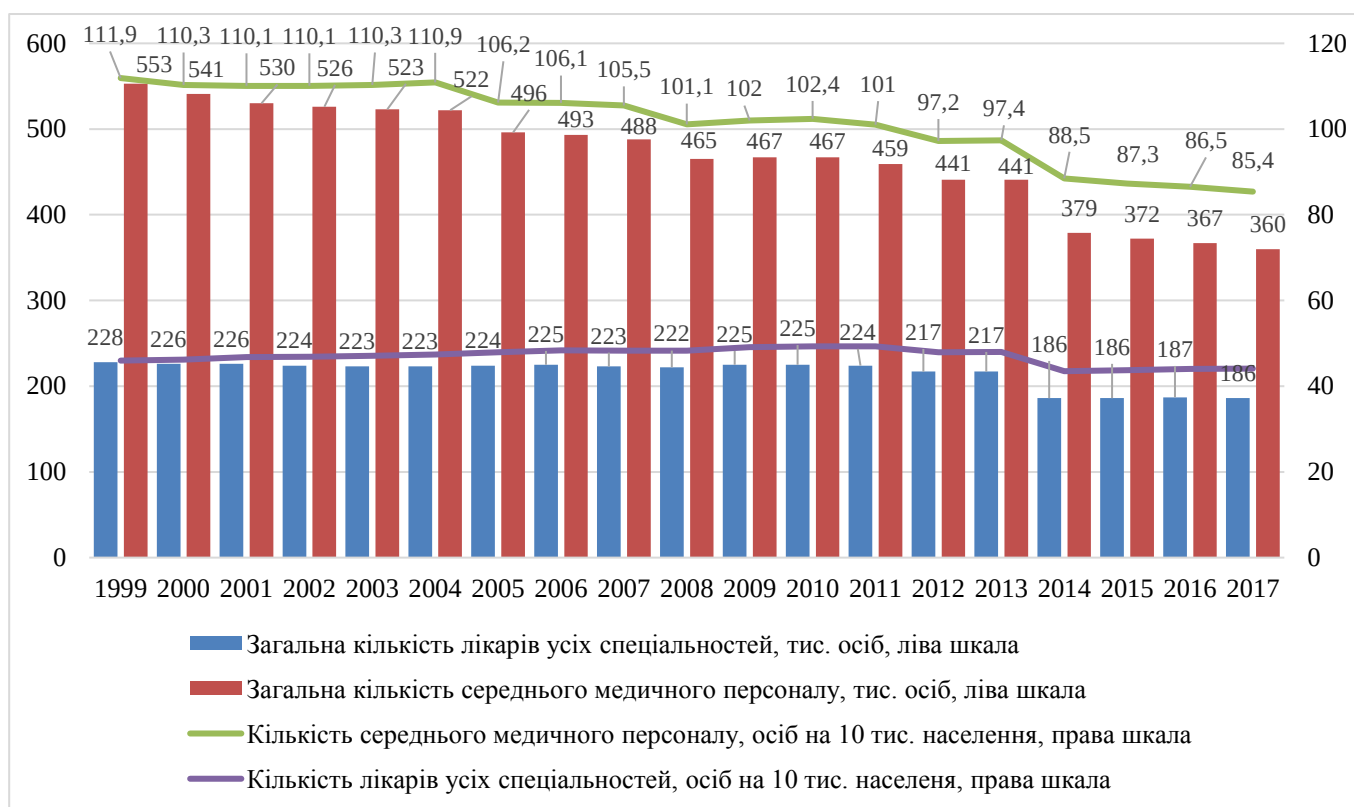


Рис. 3.4. Динаміка кількісної структури лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу в Україні у 1999-2017 рр. [142]

Невирішеною дотепер нагальною проблемою вітчизняної системи медичних послуг залишається *система оплати праці медичних працівників*, яка, на жаль, залишається на вкрай низькому рівні. Достатньо сказати, що у період 2002-2019 рр. середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я щонайменше на 30-35% відставала від середньомісячної заробітної плати за усіма видами економічної діяльності (рис. 3.5). Порівняно ж із сусідніми країнами Центральної і Східної Європи (як і окремими країнами СНД), заробітна плата вітчизняних працівників медичної сфери нижча у 5 – 10 разів [182, с. 2-3]. Це є свідченням того, що медична сфера, як і раніше, не тільки продовжує нести важкий тягар структурної кризи української економіки, але й відчуває додатковий тягар колосального тиску військових витрат на державний бюджет.

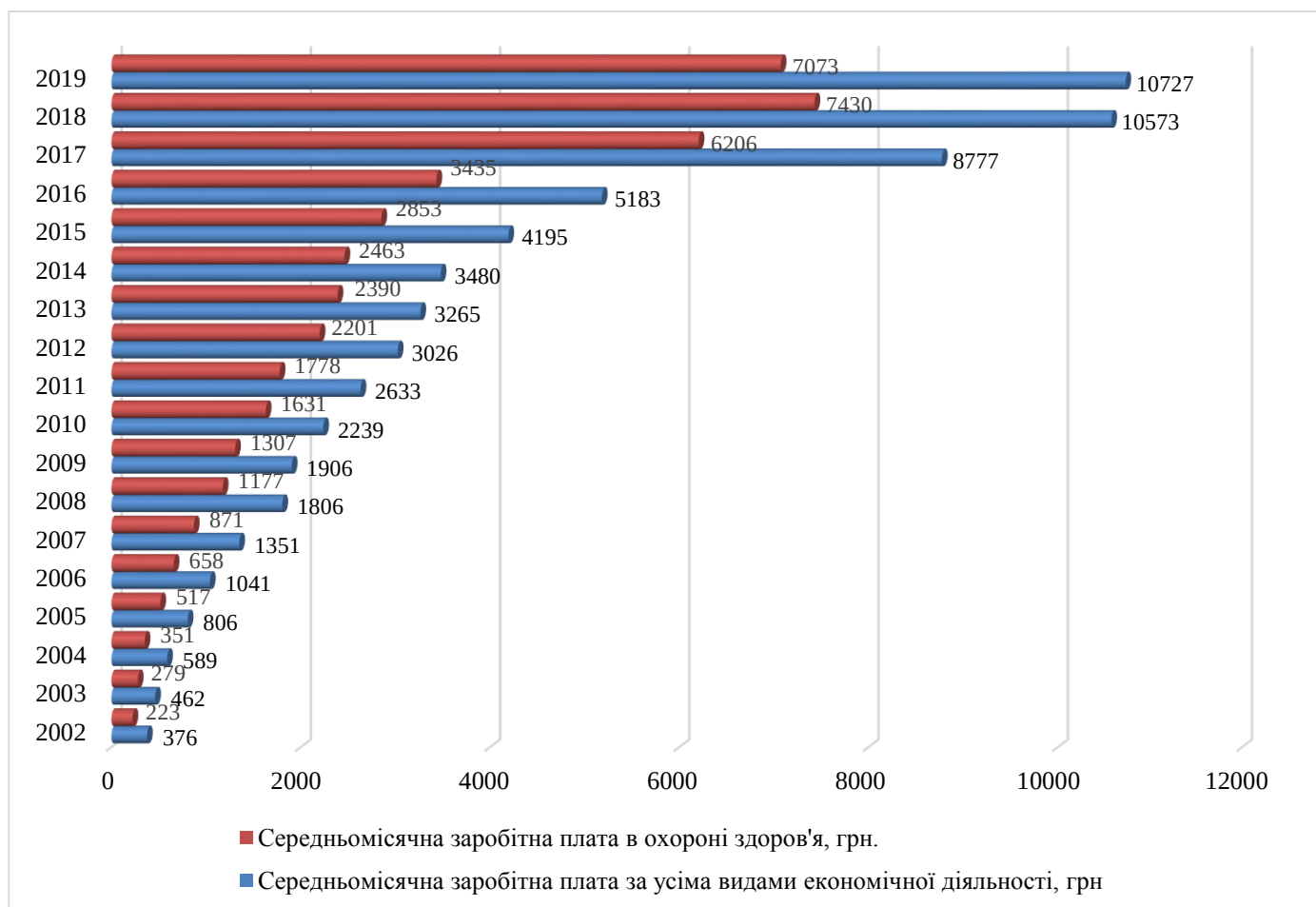


Рис. 3.5. Співвідношення рівнів середньомісячної заробітної плати за усіма видами економічної діяльності і в охороні здоров'я у 2002-2019 рр. [142]

Оплата праці медичних працівників здійснюється в Україні на основі посадових окладів, розмір яких практично не залежить ні від спеціалізації працівника, ні від обсягів, якості і складності виконуваної ним роботи. З урахуванням того, що у більшості випадків оплата праці медичних працівників здійснюється за відпрацьований час, то за умов значного браку державного фінансування медичної сфери преміювання чи встановлення будь-яких надбавок до окладу (за виключенням доплат за суміщення вакантних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційні категорії) застосовуються украй рідко.

У результаті більшість працівників втрачають мотиваційні стимули не тільки до більш продуктивної й якісної роботи, але й підвищення своїх професійних компетенцій та забезпечення належного контролю за витратами і використанням ресурсів. Наростання «перекосів» у сфері професійної підготовки і кваліфікації

вітчизняних медичних кадрів красномовно засвідчують результати опитування населення. 47% українських громадян переконані у значно нижчому рівні професійної підготовки і кваліфікації українських лікарів, порівняно з фахівцями держав-лідерів; 28% – вважають рівень кваліфікації однаковим і тільки 7% – упевнені у вищій кваліфікації вітчизняних спеціалістів [115, с. 65].

На вкрай низькому рівні в останнє десятиліття залишається *стан матеріально-технічного забезпечення медичної сфери України*. Так, упродовж останніх років обвального скорочення зазнало фінансування заходів щодо купівлі медичного обладнання. Як показують дані рис. 3.6, у 2011 р. вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги зменшилась порівняно з 2010 р. уп'ятеро – з 62,4 до 12,3 млрд. грн. Незважаючи на подальше її зростання до 27,7 млрд грн у 2018 р., докризового рівня 69,2 млрд у 2009 р. так і не досягнуто. Катастрофічний стан сучасного матеріально-технічного забезпечення вітчизняної медичної сфери засвідчують і опитування українських громадян: 75% респондентів переконані у значному відставанні вітчизняного медичного обладнання від обладнання, що використовується у державах-лідерах, і тільки 8% – дотримуються протилежної думки [115, с. 65].

Між тим, за оцінками міжнародних експертів, Україна має найсильніші позиції за показниками розвитку наявної медичної інфраструктури (рис. 3.7), яка за умови її технологічної модернізації за кластерним принципом [252, с. 47] може стати потужним рушієм посилення потенціалу вітчизняної медичної індустрії у короткостроковій перспективі та розбудови стратегічних потужностей – у довгостроковій.

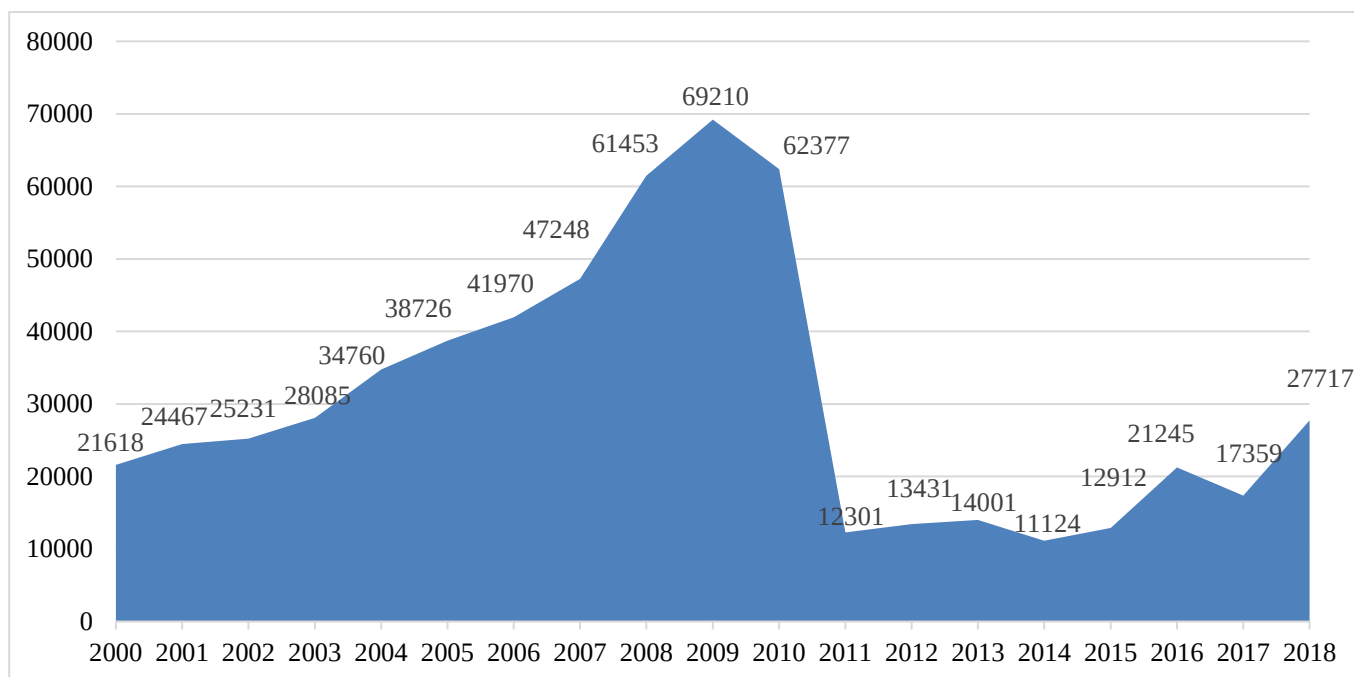


Рис. 3.6. Вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги України у 2000-2018 рр., млн. грн. [142]

Узагальнюючи вищенаведене, відзначимо, що низька у цілому ефективність економічної системи України не могла негативно не позначитись на функціонуванні однієї з найважливіших сфер суспільного відтворення вітчизняного людського ресурсу – системі охорони здоров'я. Практично за усіма кількісними і якісними параметрами вона у своєму загальному форматі не відповідає міжнародній практиці. При цьому найбільше відставання вітчизняної системи охорони здоров'я від західних зразків спостерігається за такими показниками, як-от: вартісні обсяги фінансування, рівень забезпеченості високотехнологічним обладнанням і висококваліфікованим персоналом, якість матеріально-технічного забезпечення, система оплати праці медичних працівників, ступінь забезпеченості пацієнтів фармацевтичними препаратами.

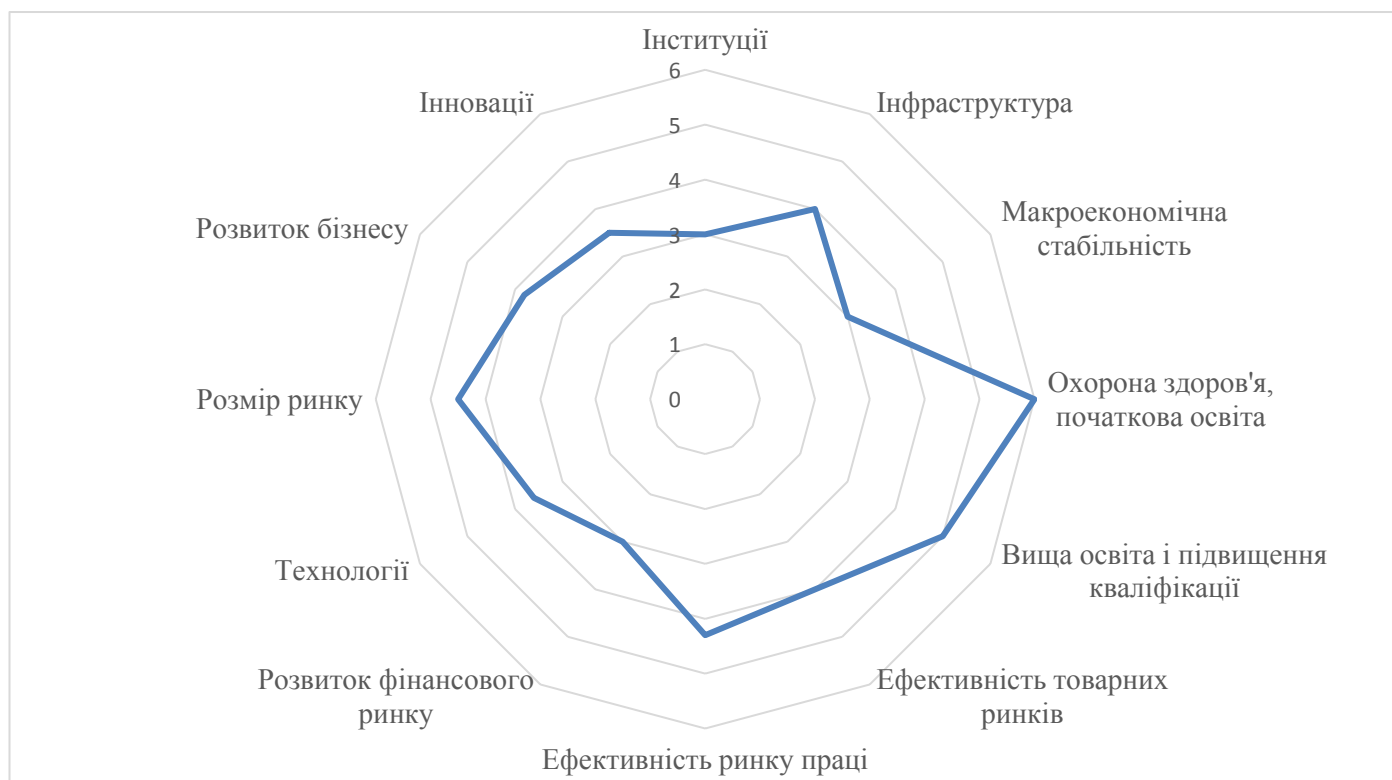


Рис. 3.7. Багатокутник конкурентоспроможності економіки України за методикою Всесвітнього економічного форуму за 2016-2017 рр.⁸ [252, с. 47]

Крім того, високий рівень корупції у медичній сфері, неефективний кількісно-орієнтований метод її фінансування, нераціональна система первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги, відсутність чіткого розподілу медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги, а також недосконалі механізми державних закупівель лікарських препаратів, їх реімбурсації і референтного ціноутворення спричиняють високий ступінь «розпорошеності» фінансових ресурсів між багаточисельними малопотужними лікарняними закладами, мережеве «роздування» вітчизняної системи охорони здоров'я, низьку інтенсивність потоків пацієнтів та втрату персоналом практичних навичок професійної діяльності. Як результат – вітчизняні медичні послуги не мають нині достатнього рівня системності, комплексності і поетапності надання, а отже – не відповідають повною мірою потребам населення у медичному обслуговуванні, не

Примітка.

Оцінювання здійснювалось за шкалою сили впливу складової на рівень конкурентоспроможності у діапазоні від 0 до 7 (7 – найвищий вплив на конкурентоспроможність, 0 – відсутність впливу та потенціалу).

здатні забезпечити його доступність, якість і своєчасність, а також належний рівень профілактики захворювань і смертності.

Таким чином, низька якість вітчизняних медичних послуг значно обмежує їх позитивний вплив на здоров'я українських громадян, стаючи по суті причиною марнотратного витрачання і без того обмеженого фінансування медичної сфери. Подібний стан речей вимагає розбудови якісно нової моделі охорони здоров'я, здатної забезпечити рівний і справедливий доступ усіх членів суспільства до медичної допомоги, високу якість медичних послуг та їх економічність за збереження соціально-прийнятної обсягу державних гарантій у медичній сфері на основі превентивного суспільного консенсусу з питань медичного обслуговування.

3.2. Прогнозування кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг України у контексті макроекономічного зростання

На сьогодні медична індустрія України, перебуваючи на етапі глибоких трансформаційних перетворень, отримує потужний імпульс подальшого розвитку, пов'язаний насамперед з наданням вітчизняним медичним закладам фінансової автономії, докорінним реформуванням первинної ланки медичних послуг, запровадженням якісно нових механізмів оплати за медичне обслуговування пацієнтів, розбудовою систем платних медичних послуг і добровільного медичного страхування, а також системною інноваційною модернізацією медичної сфери з впровадженням в усі її підсистеми передових лікувальних технологій й інноваційних розробок. З другого боку, низька тривалість життя та природний спад чисельності населення України, високий рівень загальної смертності та необхідність забезпечення українських громадян якісними медичними послугами дедалі більшою мірою спонукають агентів вітчизняної медичної індустрії до пошуку принципово нових шляхів медичного обслуговування пацієнтів та продукування медичних послуг, імплементації інноваційних механізмів ведення медичного бізнесу і його корпоративних стратегій, а також диверсифікації джерел

генерування лікувальними закладами додаткових фінансових потоків з відповідним їх нагромадженням, плануванням й оптимізацією розподілу у відповідності з потребами максимально повного задоволення потреб громадян у якісних медичних послугах і продуктах.

Світовий досвід свідчить про те, що значний вплив на процеси інституціоналізації системи медичних послуг справляють такі макроекономічні чинники як-от: динаміка економічного зростання, структура національної економіки, подушовий валовий внутрішній продукт; сукупні ресурси і витрати домогосподарств, сукупні інвестиції в основний капітал тощо. Комплексне дослідження вітчизняного ринку медичних послуг підтверджує пряму залежність структурної динаміки його розвитку від ключових тенденцій зміни показників макроекономічної динаміки, що характеризують розвиток національної економічної системи (додаток Д). Виходячи з цього, важливого значення в інституційній розбудові вітчизняної системи охорони здоров'я відіграє прогнозування кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг як об'єктивного ймовірнісного судження щодо динаміки основних його кількісно-якісних показників та альтернативних сценаріїв їх розвитку.

Ще одним завданням прогнозування кон'юнктурних параметрів вітчизняного ринку медичних послуг є *визначення перспективних трендів розвитку чинників*, котрі справляють вплив на нього. При цьому прогнозування його кон'юнктури (як власне і будь-який інший вид прогнозування) завжди має випадковий характер і підпорядковане дії закону розподілу ймовірностей з цілою множиною можливих сценаріїв подій та ймовірностями їхнього настання. Тож у процесі прогнозування центральним пунктом є раціональне дотримання послідовності дій щодо: вибору часового горизонту прогнозування; визначення його параметрів; вибору методів прогнозування; розрахунку прогнозних показників; інтерпретації прогностичних даних [257, с. 264].

При цьому побудова кореляційно-регресійних моделей взаємозв'язку між загальними вартісними обсягами витрат на охорону здоров'я та вищезазначеними

показниками макроекономічної динаміки були використані різні форми зв'язку: лінійна, експоненціальна, логарифмічна та ступенева. Своєю чергою, комплексний аналіз значень парних коефіцієнтів кореляції, середньоквадратичних відхилень та критеріїв Фішера підтвердив значні аналітичні і прогностичні переваги використання саме лінійної форми зв'язку з погляду найбільш адекватного відображення нею ступеня причинно-наслідкової залежності між обраними індикаторами.

З метою побудови багатофакторної моделі, що описує динаміку і векторні тренди розвитку вітчизняного ринку медичних послуг до нашого аналізу було включено цілу низку факторів, які гіпотетично можуть справляти вплив на досліджувані показники. Зокрема, були побудовані кореляційно-регресійні моделі залежності загальних витрат на систему охорони здоров'я від таких *факторів загальної макроекономічної динаміки* як-от: x_1 – ВВП, млрд. грн.; x_2 – ВВП на душу населення, грн.; x_3 – сукупні ресурси домогосподарств, грн. у місяць; x_4 – сукупні витрати домогосподарств, грн. у місяць; x_5 – середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності, грн.; x_6 – середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я, грн.; x_7 – сукупні інвестиції в основний капітал у фактичних цінах, млн. грн.; x_8 – вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги, млн. грн.

Для оцінки ступеня залежності загальних витрат на охорону здоров'я (млн. грн.) від вищезазначених факторів було використано формулу:

$$Y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 + a_5x_5 + a_6x_6 + a_7x_7 + a_8x_8,$$

де:

Y – загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн.;

x_1 – ВВП, млрд. грн.;

x_2 – ВВП на душу населення, грн.;

x_3 – сукупні ресурси домогосподарств, грн. у місяць;

x_4 – сукупні витрати домогосподарств, грн. у місяць;

x_5 – середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності, грн.;

x_6 – середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я, грн.;

x_7 – сукупні інвестиції в основний капітал у фактичних цінах, млн. грн.;

x_8 – вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги, млн. грн.

На основі представлених даних отримуємо:

$$Y = -5145,8493 + 123,3339 x_1 - 1,6176 x_2 - 56,5934 x_3 + 61,6927 x_4 - 80,5226 x_5 + 109,4631 x_6 + 0,0152 x_7 - 0,0110 x_8.$$

Високі значення коефіцієнта детермінації у розроблених моделях є підтвердженням наявності тісного кореляційного зв'язку між зазначеними факторами (крім вартості основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги та сукупних інвестицій в основний капітал у фактичних цінах) та загальними витратами на систему охорони здоров'я, що дає усі підстави для включення даних факторів до багатofакторної кореляційної моделі. При цьому найбільший вплив на динаміку загальних витрат на охорону здоров'я справляє такий фактор як сукупні ресурси домогосподарств (коефіцієнт детермінації становить 0,982420).

Як впливає з результатів проведених розрахунків, прогнозним даним можна довіряти, оскільки значення коефіцієнта детермінації становить більше 0,9 ($R^2 = 0,9985 > 0,9$). Тож можемо стверджувати про наявність щільного кореляційного зв'язку між обраними нами для аналізу факторами та кон'юнктурними параметрами вітчизняного ринку медичних послуг, а значення коефіцієнту детермінації засвідчує статистичну достовірність регресійної моделі, яка може бути використана для прогнозування його кон'юнктурних параметрів.

Свою чергою, з метою перевірки значимості отриманої моделі регресії та оцінки її якості в цілому та у розрізі окремих параметрів (з погляду її здатності пояснити загальну дисперсію залежної змінної) розрахуємо *F-критерій Фішера*. Його значення отримуємо на основі розрахунку відношення дисперсії вихідного ряду спостережень досліджуваного показника і незміщеної оцінки дисперсії залишкової послідовності для даної моделі. Інакше кажучи, *F-критерій Фішера* –

це відношення значень факторів і остаточної дисперсії, розрахованих на одну ступінь свободи. За нашими розрахунками, модель є адекватною спостереженням, а оцінка рівняння регресії є статистично надійною, оскільки фактичне значення $F >$ табличного значення F і становить: $F = 509,2553 > F_{(0,95; 5; 9)} = 0,279284$.

Важливу роль в економетричному моделюванні відіграє використання методів статистичної перевірки гіпотез (статистичних критеріїв), що базуються на розподілі Стюдента. Розрахунок *t-критеріїв Стюдента* дає можливість оцінити рівень статистичної значимості відмінностей середніх величин у двох вибірках і застосовується у випадках порівняння як незалежних вибіркового даних, так і пов'язаних їх сукупностей. Згідно проведених розрахунків, можна зробити наступні висновки щодо значущості обраних нами параметрів для отриманої регресійної моделі:

оцінка параметра a_0 є значущою для моделі ($t_{a0} = 0,7882 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_1 є значущою для моделі ($t_{a1} = 0,8457 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_2 є значущою для моделі ($t_{a2} = 0,3346 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_3 є значущою для моделі ($t_{a3} = 1,9058 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_4 є значущою для моделі ($t_{a4} = 2,6969 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_5 є значущою для моделі ($t_{a5} = 3,8571 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_6 є значущою для моделі ($t_{a6} = 4,4407 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_7 є значущою для моделі ($t_{a7} = 0,2336 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$);

оцінка параметра a_8 є значущою для моделі ($t_{a8} = 0,1106 > t_{(0,95; 5)} = 0,0654$).

З метою прогнозування кон'юнктурних параметрів розвитку вітчизняного ринку медичних послуг до первинної сукупності системи факторів, що детермінують їх динаміку і векторні тренди, крім вищезазначених показників макроекономічної динаміки, ми включили також групу показників, що характеризують *динаміку розвитку ринку медичних послуг* – загальна кількість лікарняних закладів і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів; кількість лікарняних ліжок; планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів (кількість

відвідувань за зміну); загальна кількість лікарів усіх спеціальностей; загальна кількість середнього медичного персоналу; загальна кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань. Моделювання перспективних трендів розвитку обраних індикаторів кон'юнктури вітчизняного ринку медичних послуг в Україні та їх прогнозування було проведено на основі рівнянь з найбільшим значенням коефіцієнта детермінації.

У табл. 3.2 наведено основні параметри кореляційно-регресійних моделей прогнозування чинників, що визначають кон'юнктурні параметри ринку медичних послуг України. Короткостроковий прогноз його кон'юнктурних показників було отримано на основі екстраполяції побудованих кореляційно-регресійних моделей на задану кількість часових інтервалів, у даному випадку на 2018-2025 рр. Оцінка параметрів кореляційно-регресійних моделей здійснювалась на основі методу найменших квадратів. Даний метод, посідаючи особливе місце серед методів математичної статистики, не тільки дає можливість адекватно оцінити закономірності випадкових коливань кон'юнктурних показників, але й може бути використаний у подальших прогностичних розрахунках. Крім того, метод найменших квадратів є досить простим у використанні за доволі високої якості здійснюваного оцінювання. Оцінка коефіцієнтів моделі було здійснено у середовищі *Excel* з використанням статистичної процедури Регресія у пакеті Аналіз даних [130].

Таблиця 3.2

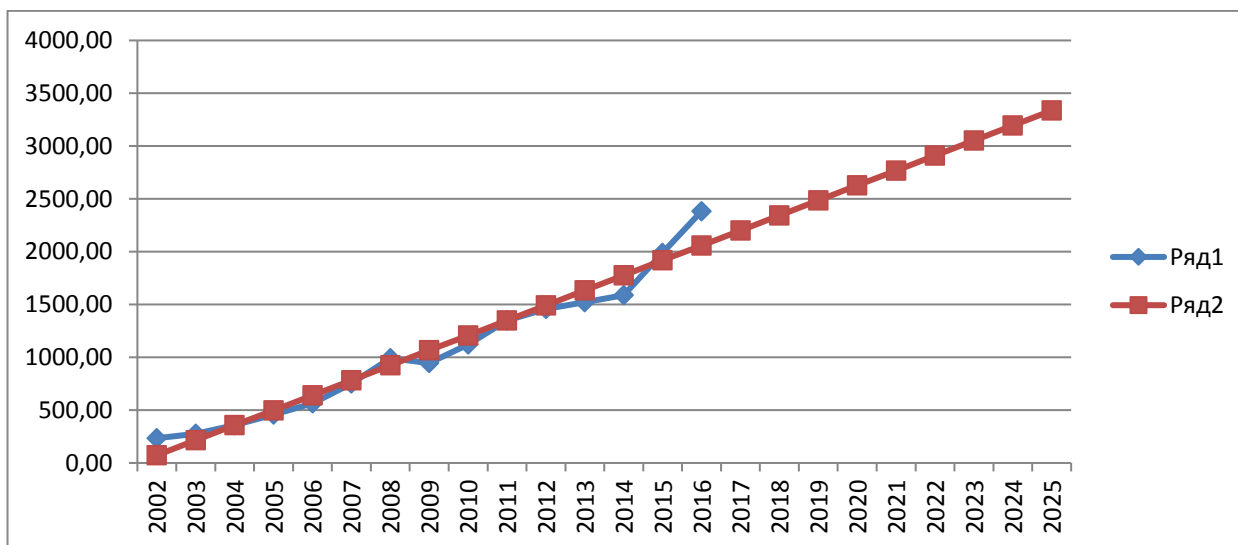
**Кореляційно-регресійні моделі прогнозування чинників, що визначають кон'юнктурні параметри ринку
медичних послуг України на 2018-2025 рр.**

Фактор впливу	Кореляційно-регресійна модель	Коефіцієнт детермінації – R ²	Критерій Фішера (F – тест) – F	Прогноз								
				2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Показники макроекономічної динаміки												
1. ВВП, млрд. грн. (x ₁)	Y = 141,882857x – 283976,633333	R ² = 0,961869 > 0,9	F = 327,928756 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	2342,97	2484,86	2626,74	2768,62	2910,50	3052,39	3194,27	3336,15	
2. ВВП на душу населення, грн. (x ₂)	Y = 3289,756429 x – 6585514,285000	R ² = 0,945769 > 0,9	F = 226,716097 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	53214,2	56503,9	59793,7	7687,69	8077,97	8468,25	8858,52	9248,80	
3. Сукупні ресурси домогосподарств, грн. у місяць (x ₃)	Y = 390,277143x – 781062,413333	R ² = 0,982420 > 0,9	F = 726,489782 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	6516,86	6907,14	7297,42	8394,62	8889,60	9384,58	9879,56	10374,54	
4. Сукупні витрати домогосподарств, грн. у місяць (x ₄)	Y = 347,211786x – 694834,990833	R ² = 0,971647 > 0,9	F = 445,501009 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	5838,39	6183,6	6532,82	6880,03	7227,24	7574,45	7921,66	8268,88	
5. Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності, грн. (x ₅)	Y = 318,892857 x – 638498,550000	R ² = 0,959149 > 0,9	F = 305,228434 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	5027,24	5346,13	5665,02	5983,91	6302,81	6621,70	6940,59	7259,49	
6. Середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я, грн. (x ₆)	Y = 224,560714 x – 449666,875000	R ² = 0,972066 > 0,9	F = 456,378876 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	3496,7	3721,2	3945,8	4170,33	4394,89	4619,45	4844,01	5068,57	
7. Сукупні інвестиції в основний капітал у фактичних цінах, млн. грн. (x ₇)	Y = 14655,058571 x + 4934497,939022	R ² = 0,732511 < 0,9	F = 35,600087 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	333952,8	349430,2	364907,6	362901,5	376458,41	390015,3	403572,208	417129,1	
8. Вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги, млн. грн. (x ₈)	Y = – 2008,292857 x + 4066915,616667	R ² = 0,190834 < 0,9	F = 3,065932 > F (0,95; 1; 13) = 0,004087	14180,63	12172,34	10164,05	20894,3	21744,3	22594,3	23444,3	24294,3	

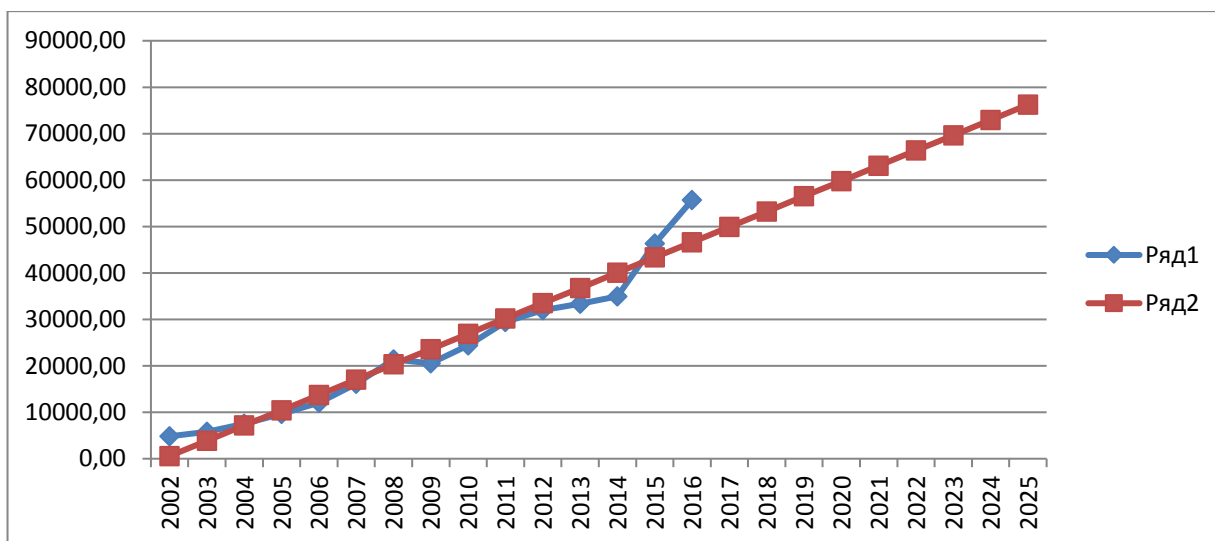
<i>Показники ринку медичних послуг</i>											
9. Загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн. (x_9)	$Y = 11160,262500 x + 1297266,625232$	$R^2 = 0,958296 > 0,9$	$F = 298,711685 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	193704,76	205529,5	217354,3	199944,5	210345,1	220745,8	231146,4	241547,1
10. Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн. (x_{10})	$Y = 269,201429 x - 539077,423333$	$R^2 = 0,929597 > 0,9$	$F = 171,650220 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	4171,10	4440,30	4709,50	4978,66	5247,87	5517,07	5786,27	6055,47
11. Загальна кількість лікарняних закладів, тис. (x_{11})	$Y = -0,098214 x + 199,879167$	$R^2 = 0,851122 < 0,9$	$F = 74,319642 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	1,70	1,60	1,50	1,39	1,29	1,19	1,09	1,00
12. Загальна кількість лікарняних закладів і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. (x_{12})	$Y = 0,201071 x - 395,299167$	$R^2 = 0,806444 < 0,9$	$F = 54,163980 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	10,50	10,70	10,90	11,07	11,27	11,47	11,67	11,87
13. Кількість лікарняних ліжок на 10 тис. осіб, тис. (x_{13})	$Y = -9,832143 x + 20165,908333$	$R^2 = 0,834303 < 0,9$	$F = 65,456244 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	77,11	75,62	74,13	72,65	71,16	69,67	68,18	66,69
14. Планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів (кількість відвідувань за зміну), тис. (x_{14})	$Y = -3,432143 x + 7875,575000$	$R^2 = 0,163560 < 0,9$	$F = 2,542063 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	949,50	946,10	942,70	939,21	935,78	932,35	928,92	925,49
15. Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб (x_{15})	$Y = -1,935714 x + 4106,783333$	$R^2 = 0,429115 < 0,9$	$F = 9,771655 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	200,50	198,60	196,60	184,84	182,30	179,75	177,20	174,66
16. Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб (x_{16})	$Y = -11,307143 x + 23176,450000$	$R^2 = 0,914728 > 0,9$	$F = 139,452648 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	358,60	347,30	336,10	324,71	313,41	302,10	290,79	279,49
17. Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис. (x_{17})	$Y = -387,017857 x + 808820,675000$	$R^2 = 0,566121 < 0,9$	$F = 16,962264 > F(0,95; 1; 13) = 0,004087$	27818,60	27431,60	27044,60	26657,59	26270,57	25883,55	25496,53	25109,51

Джерело: розраховано і побудовано автором.

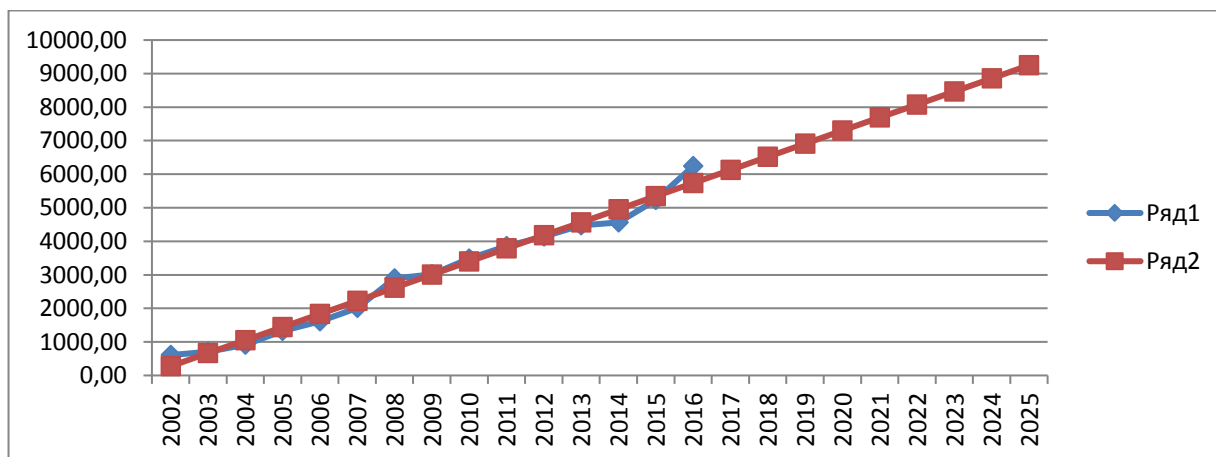
Графічна інтерпретація прогнозних показників факторів кон'юнктури ринку медичних послуг України наведено на рис. 3.8.



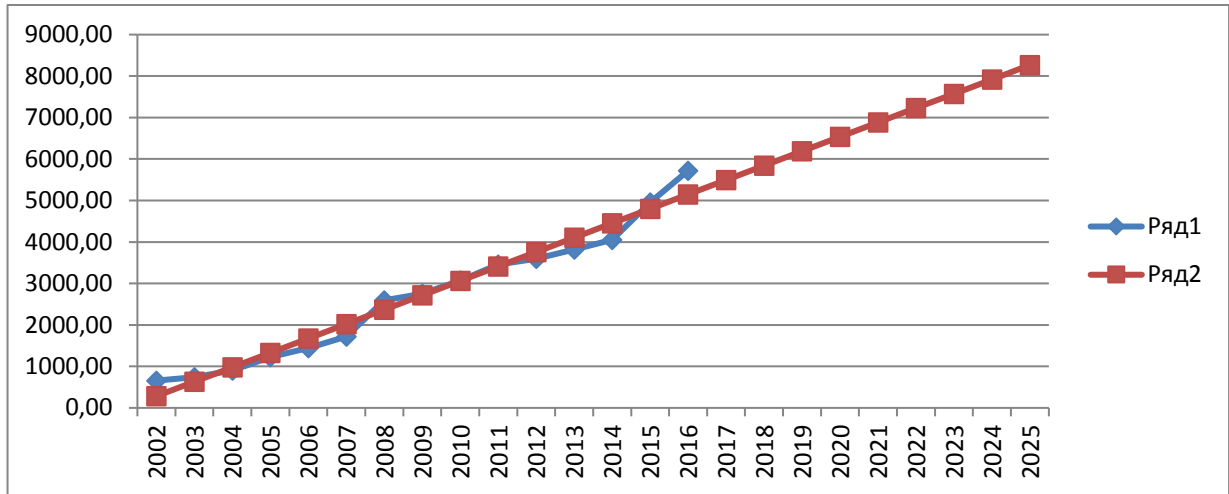
x_1 – ВВП, млрд. грн.



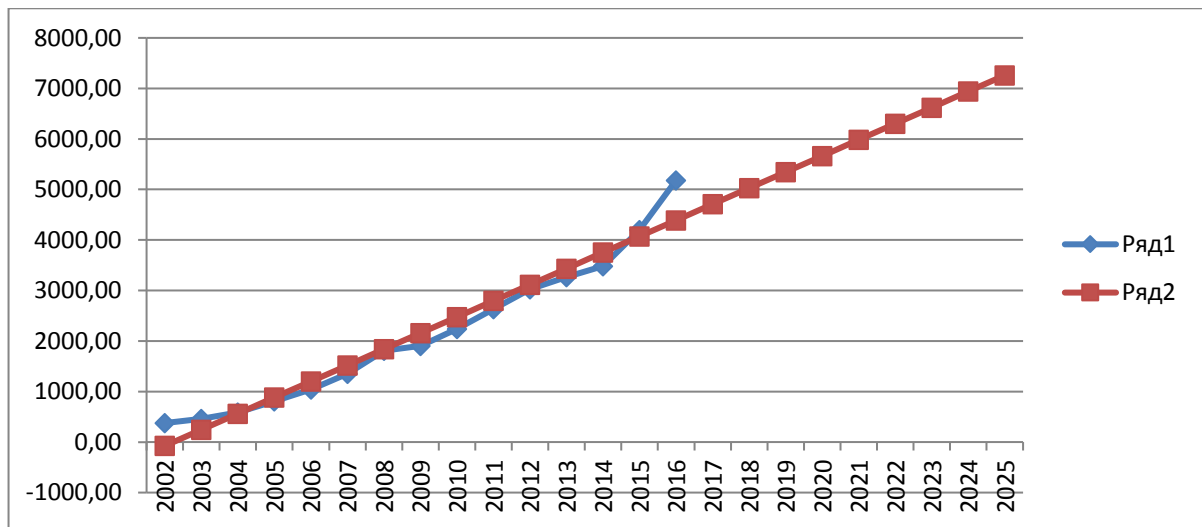
x_2 – ВВП на душу населення, грн.



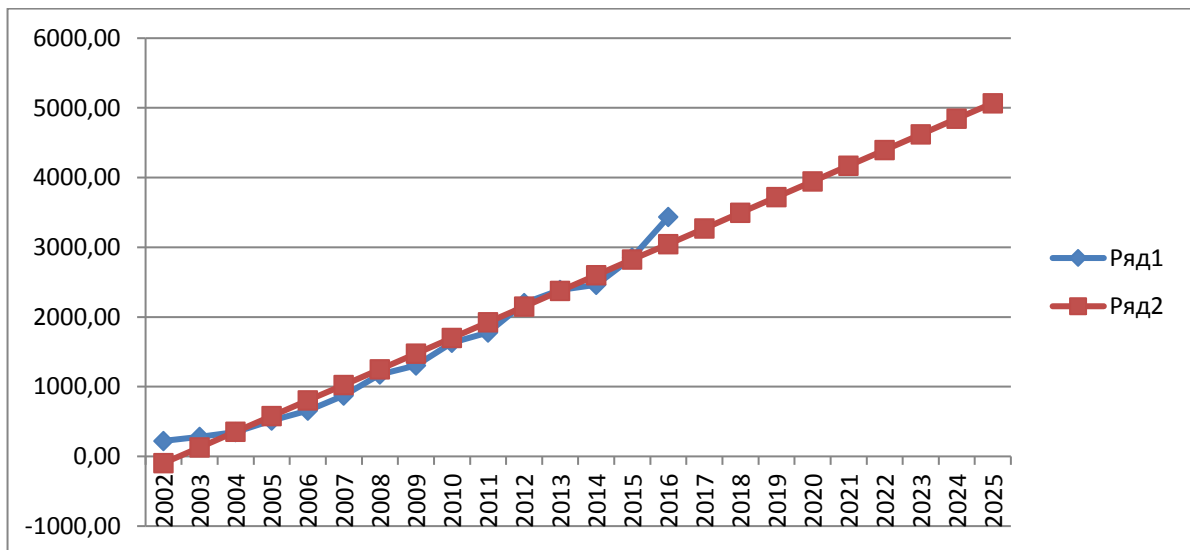
x_3 – сукупні ресурси домогосподарств, грн. у місяць



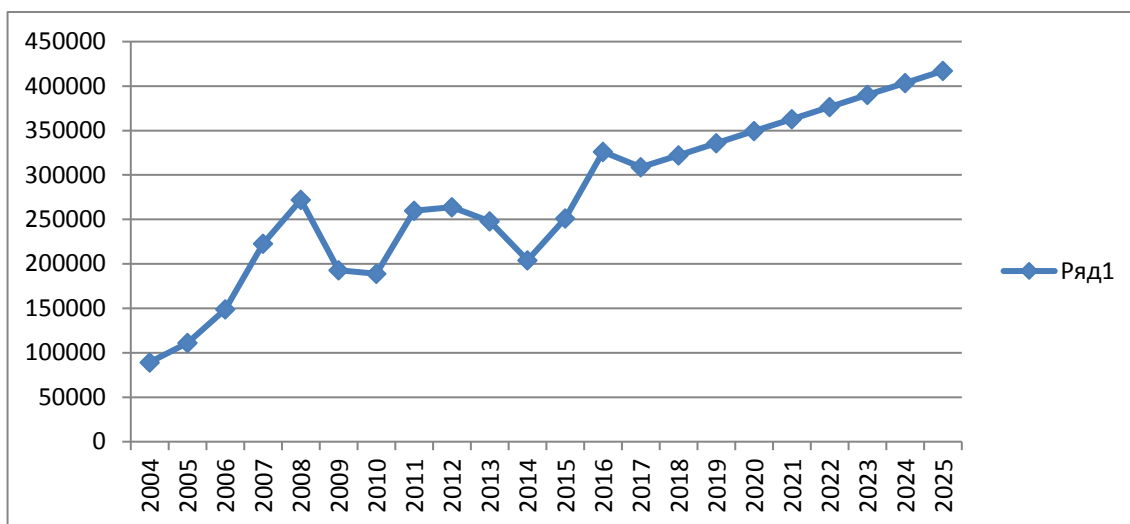
x_4 – сукупні витрати домогосподарств, грн. у місяць



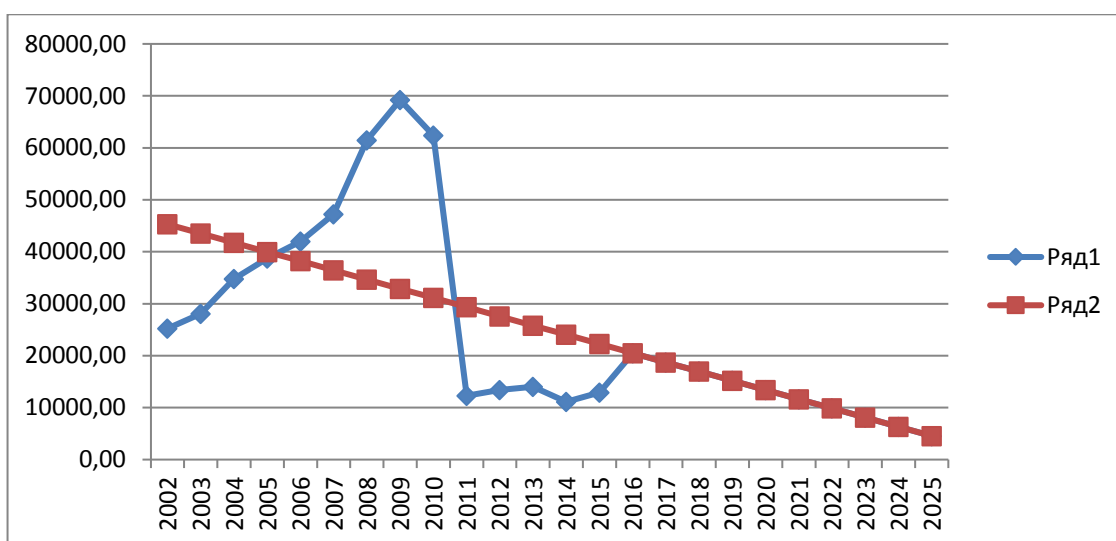
x_5 – середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності, грн.



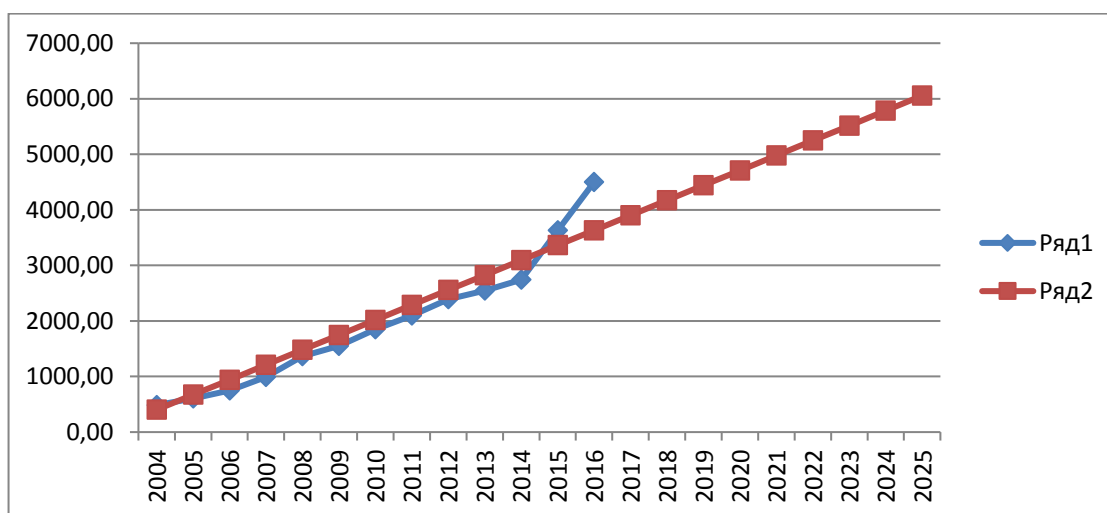
x_6 – середньомісячна заробітна плата в охороні здоров'я, грн.



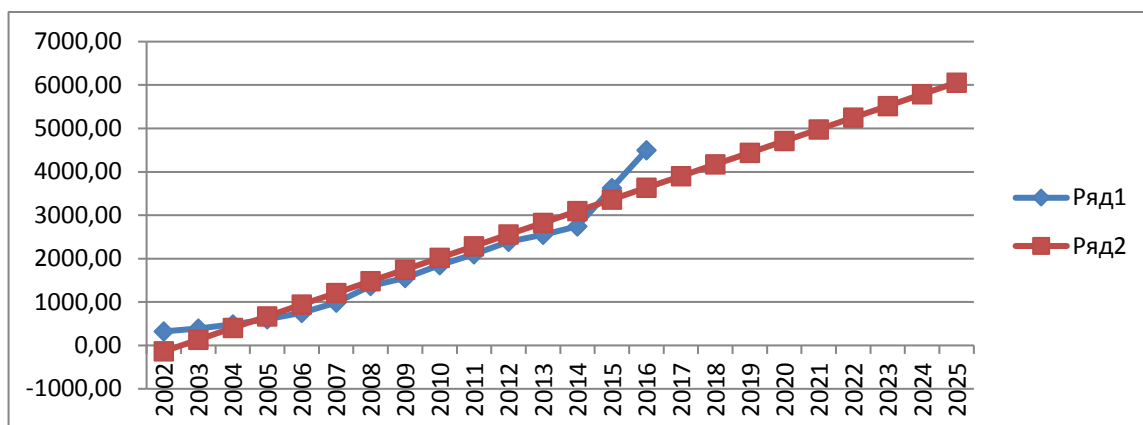
x_7 – сукупні інвестиції в основний капітал у фактичних цінах, млн. грн.



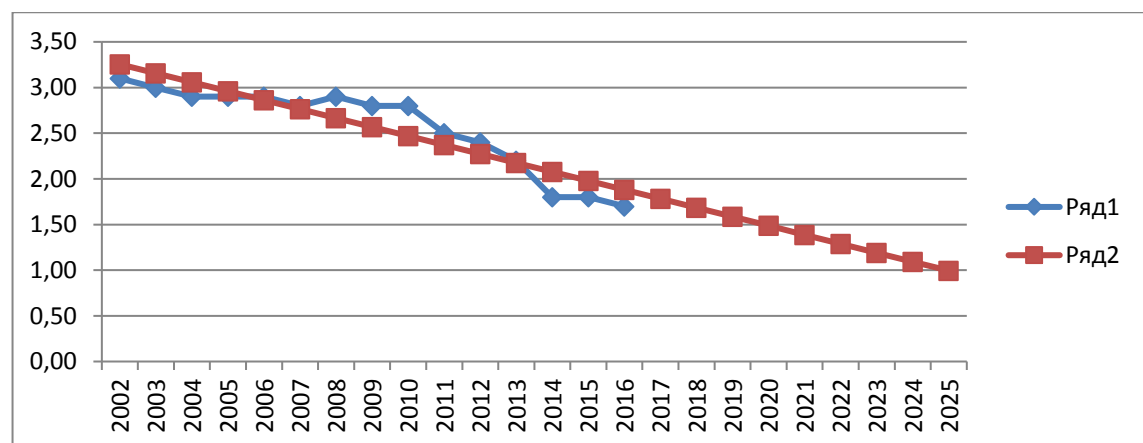
x_8 – вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги, млн. грн.



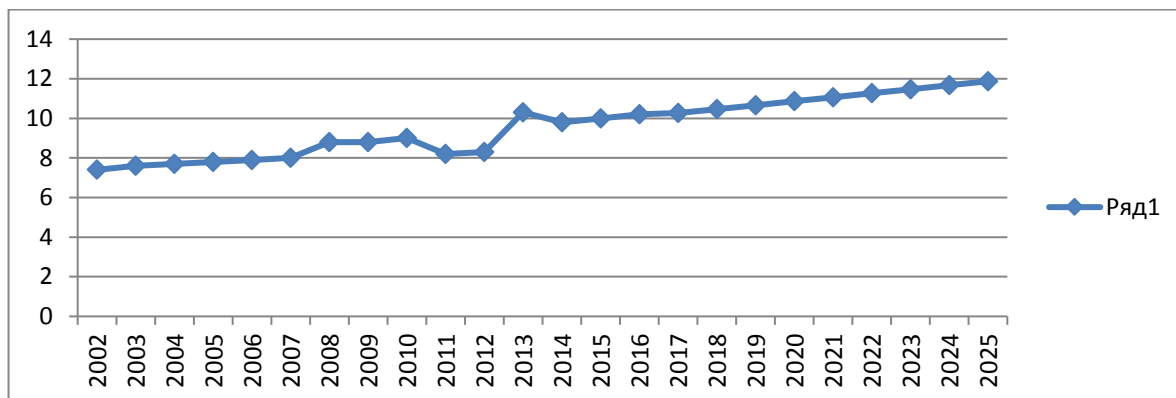
x_9 – загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн.



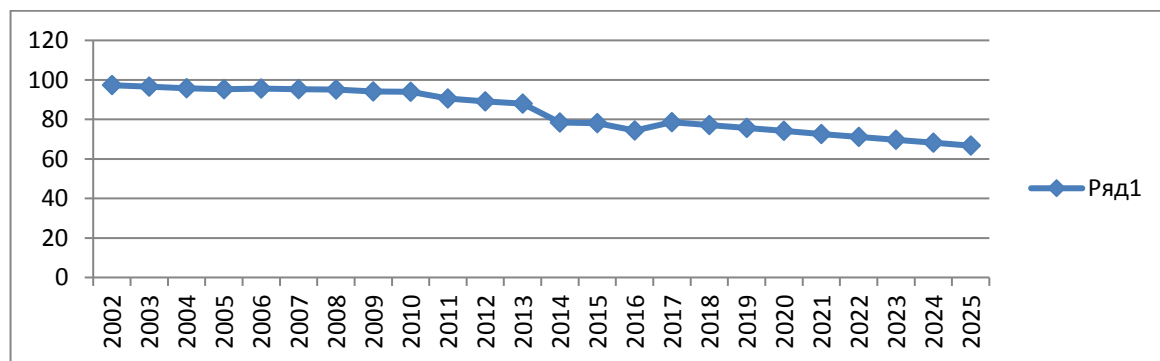
x_{10} – загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн.



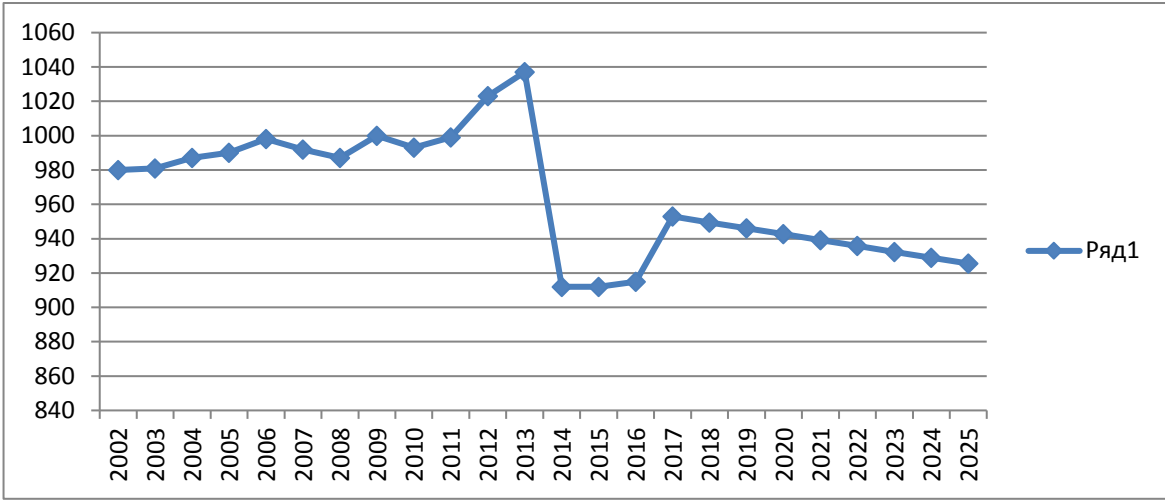
x_{11} – загальна кількість лікарняних закладів, тис.



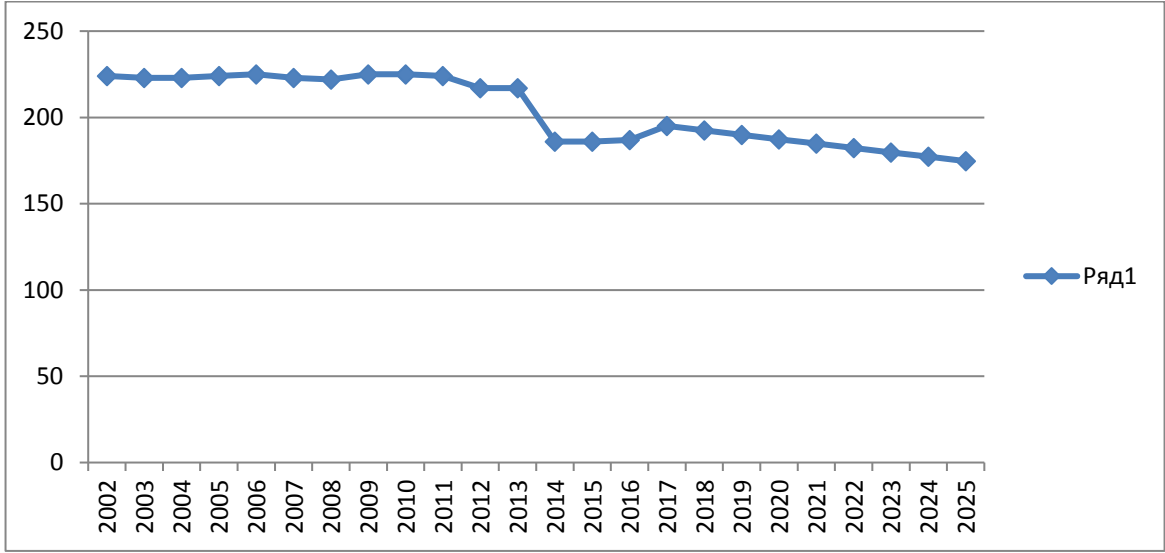
x_{12} – кількість лікарняних закладів і лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.



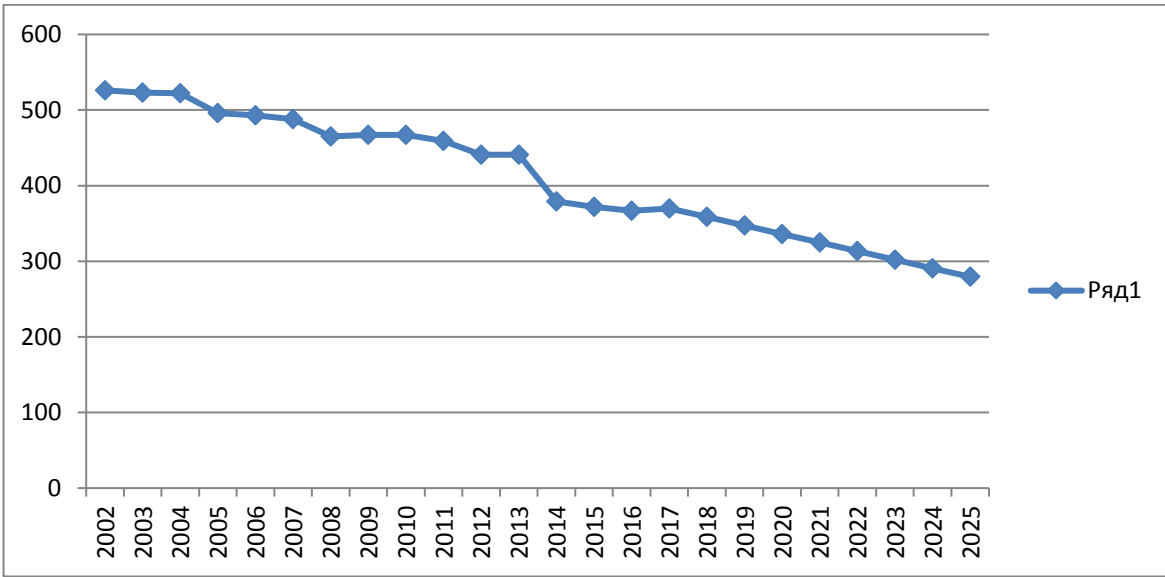
x_{13} – кількість лікарняних ліжок, тис.



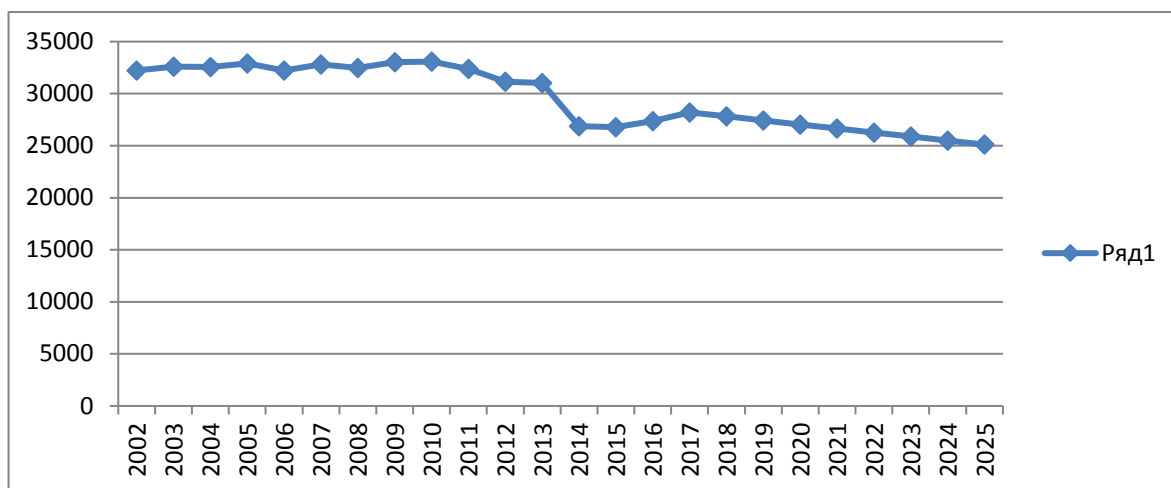
x_{14} – планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів (кількість відвідувань за зміну), тис.



x_{15} – кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб



x_{16} – кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб



x_{17} – кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.

Рис. 3.8. Графічна інтерпретація прогнозних показників факторів кон'юнктури ринку медичних послуг України на період до 2025 р.

Підбиваючи підсумок, відзначимо, що результати прогнозування кон'юнктурних параметрів розвитку вітчизняного ринку медичних послуг дають підстави стверджувати про чіткий тренд неухильного зростання суспільного попиту на них. Це свідчить про наявність усіх необхідних передумов для диверсифікації системи охорони здоров'я та приведення її у відповідність із західними моделями організації медичного обслуговування населення з метою подовження тривалості життя українських громадян та підвищення його якісних кондицій.

3.3. Стратегічні напрями розбудови національної системи медичних послуг у форматі європейських соціальних стандартів

Політичні та економічні реформи, що реалізовувались в Україні упродовж усього періоду її державної незалежності, мали для українського суспільства невинновдано високу соціальну ціну, яка знайшла свій прояв у депопуляції і підвищенні загальної смертності населення, скороченні тривалості і якісних кондицій його життя, а також обвальному руйнуванні національної системи охорони здоров'я й обмеженні справедливого доступу громадян до якісних

медичних послуг на принципах соціальної рівності і солідарності. Саме з цього випливають головні проблеми реформування вітчизняної медичної індустрії, які, на думку багатьох авторитетних експертів, лежать насамперед у площині: її часового співпадіння із загальноекономічною кризою у державі; браку системного бачення причин неадекватності кількісно-якісних параметрів медичної сфери суспільним очікуванням⁹; відсутності суспільної згоди щодо обраної моделі охорони здоров'я, яку буде збудовано у результаті медичної реформи; а також фрагментарності системи реформування з її переважною орієнтацією на зміну діючих механізмів функціонування медичної сфери та задоволення корпоративних (а не суспільних) інтересів агентів вітчизняної медичної індустрії [116, с. 388]. Між тим, ще у травні 2011 р. на 64 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я на інституційному рівні було закріплено стратегічні пріоритети розбудови національних систем охорони здоров'я держав-членів ВООЗ (у тому числі й України), а саме:

- забезпечення фінансового механізму медичної сфери на основі попередньої оплати фінансових внесків за медичні послуги, уникнення їх оплати на момент отримання медичних послуг та об'єднання ризиків усього населення з метою недопущення катастрофічних витрат і зuboжіння домогосподарств від звернення за медичною допомогою;

- загальний доступ до медичних послуг усього населення на принципах рівності і солідарності з загальним його охопленням адекватним набором послуг первинної медико-санітарної допомоги і послуг, оптимальним ступенем відшкодування витрат, реалізацією порівняно дешевих профілактичних заходів на основі механізмів справедливого й стабільного фінансування бюджетних витрат на охорону здоров'я;

- нарощування інвестиційних капіталовкладень у національні системи охорони здоров'я з метою нарощування конкурентоспроможності медичних послуг

Примітка.

У їх системі можна виокремити ті, що спричинені корупційними діями, некомпетентністю чи фінансовою безвідповідальністю уповноважених посадових осіб й інституцій (а отже – можуть бути подолані у результаті загального реформування державного управління), а також фундаментальні системно-структурні проблеми, які можна вирішити тільки на основі докорінної зміни національної моделі охорони здоров'я.

(насамперед сегменту первинної медико-санітарної допомоги), розвитку кадрового ресурсу медичної індустрії і системи медико-санітарної інформації [247].

Тож на сьогодні настав час здійснити *докорінну структурну реорганізацію національної системи медичних послуг на європейських засадах* з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги та зміною усього фінансового механізму функціонування системи охорони здоров'я. Йдеться насамперед про імплементацію в Україні європейських принципів і стратегій реформування національної системи охорони здоров'я (з її максимальною конвергенцією з програмою ЄС – «Європейська стратегія здоров'я – 2020») за дотримання головного вектору зовнішньополітичного курсу держави – її європейської інтеграції. Важливо наголосити, що перші кроки у напрямі комплексного і системного реформування медичної сфери України та її «європеїзації» уже розпочато. Йдеться насамперед про чітко виражену консолідацію політичних сил в країні, узгодження дій між законодавчою і виконавчою гілками влади навколо вирішення даного стратегічно важливого для української нації питання, а також проголошення нового курсу розвитку медичної сфери у контексті реалізації найкращого міжнародного досвіду у цій царині.

Ключові пріоритети реформування вітчизняної системи охорони здоров'я знайшли своє відображення у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженій Указом Президента України №5/2015 від 12.01.2015 р. Вона зорієнтована, з одного боку, на відміну адміністративного регулювання кадрового корпусу вітчизняної медичної системи (на основі скасування галузевого наказу МОЗ України № 33, 2000 р.), а з другого – на імплементацію механізмів солідарного фінансування комунальних медичних установ через впровадження інституту медичної субвенції з Державного бюджету і компенсування їх комунальних витрат коштами місцевих бюджетів [240, с. 68].

Характеризуючи досягнуті успіхи державного менеджменту у сфері реформування національної системи охорони здоров'я, не можна оминати увагою і його концептуальну переорієнтацію, відповідно до прийнятих Україною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною і Європейським Союзом

[171]. Йдеться насамперед про цільові пріоритети медичного реформування, зорієнтовані на: реалізацію ефективної державної політики щодо збереження і зміцнення здоров'я населення; підвищення тривалості життя українських громадян і його якісних кондицій в умовах децентралізації владних повноважень; імплементацію міжсекторального підходу у реалізації профілактичних заходів у системі охорони здоров'я і формування здорового способу життя; оптимізацію діючої системи фінансування медичної сфери.

У своєму загальному форматі стратегічні пріоритети реформування національної системи медичних послуг України впливають з об'єктивної потреби забезпечення кожного українського громадянина якісними послугами охорони здоров'я профілактичного, діагностичного чи лікувального характеру, незалежно від його віку, статі, соціального статусу та місця проживання. При цьому медичні реформи у жодному разі не повинні погіршувати умови медичного обслуговування жодній із соціальних груп українського населення; а процес продукування медичних послуг має бути спрямованим на реальне поліпшення його здоров'я, скорочення нерівності у доступі до медичного обслуговування, а також забезпечення фінансової й інституційної стійкості системи охорони здоров'я [116, с. 392], орієнтованої на медичні потреби і запити українських громадян.

Виходячи з цього, програма реформування медичної сфери має охоплювати *широкий спектр стратегічних трансформацій* як власне медичної, так і економічної, соціально-трудової та освітньої сфер, а також загальної системи державного управління, що зорієнтовані насамперед на:

- забезпечення розвитку медицини та належного її кадрового забезпечення висококваліфікованими фахівцями;
- акумулювання достатнього ресурсу для фінансування національної системи охорони здоров'я, їх ефективного розподілу й оптимального використання;
- підвищення якості державного менеджменту системи охорони здоров'я насамперед на основі викорінення корупції та практики незаконних поборів з пацієнтів у медичних установах другого та третього рівнів;

- підвищення рівня фінансової відповідальності керівництва Міністерства охорони здоров'я, працівників державних інституцій системи охорони здоров'я та медичних установ;
- впровадження у вітчизняну практику міжнародних стандартів медичних послуг з використанням інноваційних медичних технологій та дотриманням соціальних вимог до медичних послуг – їх доступності, повноти та високої якості;
- формування адекватного економічного механізму продукування медичних послуг на принципах їх соціальної інклюзії, безпосередньої безоплатності і соціальної справедливості [116, с. 389].

При цьому *державне фінансування* (за рахунок загального оподаткування) має спрямовуватись на максимально повне задоволення потреб громадян у медичних послугах (що не потребуватимуть не виправдано високих витрат і відповідатимуть найпередовішим світовим інноваційним трендам) з розбудовою ефективних договірних відносин між продуцентами і споживачами медичних послуг за одночасного розвитку централізованої моделі охорони здоров'я, заснованій на медичному страхуванні. За таких умов пріоритетного значення набуває забезпечення суворої фінансової дисципліни при використанні бюджетного фінансування медичної сфери та викорінення корупції і зловживань у цій сфері з обов'язковим посиленням персональної відповідальності керівників державних закладів охорони здоров'я за порушення закону та прав пацієнтів.

Розбудова в Україні високоефективної системи охорони здоров'я та створення необхідних організаційно-економічних передумов для розвитку вітчизняної медичної індустрії вимагають термінового завершення процесу формування у державі правових основ функціонування повноцінного ринку медичних послуг. Так, ще у 2011 р. Верховна рада України ухвалила два головні закони, що дали старт медичній реформі у нашій державі – «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (№8602) [155] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» (№8603) [158]. Саме ці законодавчі акти уперше чітко унормували

«прив'язку» кількісної структури мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я до наявних потреб місцевого населення у медичних послугах (з недопущенням скорочення їх кількості); пріоритетність забезпечення належних їх якісних кондицій, своєчасності і доступності їх отримання населенням; а також необхідність ефективного використання агентами вітчизняної медичної сфери її матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Крім того, у Законі України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» передбачено реалізацію регіональних пілотних проектів реформування медичної сфери (насамперед структурної реорганізації первинної та екстреної ланок охорони здоров'я) з метою моніторингу їх ефективності та подальшої імплементації на території усієї країни.

Логіка реалізації пілотних проектів передбачає, що при лікуванні певних захворювань дільничні лікарі-терапевти і лікарі-педіатри, лікарі акушер-гінекологи, офтальмологи, хірурги, невропатологи і психіатри надаватимуть населенню первинну медико-санітарну допомогу з чітким розмежуванням її первинної і вторинної (спеціалізованої і високоспеціалізованої) ланок. Водночас, планування і прогнозування діяльності мереж комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах здійснюється у межах функціональних повноважень органів виконавчої влади та інституцій місцевого самоврядування [133].

Своєю чергою, заплановані у Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. №2002-VIII [154] заходи щодо реорганізації вітчизняної медичної сфери безпосередньо зорієнтовані на: автономізацію медичних закладів, реформування системи їх фінансового забезпечення і форм власності, призначення керівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Однак, у контексті розвитку нормативно-правової бази реформування медичної сфери необхідним є ухвалення Закону України «Про громадське здоров'я» із забезпеченням необхідного фінансування даного компоненту охорони

здоров'я. Це дасть змогу не тільки зміцнити конкурентний потенціал медичної сфери, але й значно підвищити її лікувальний, соціальний та економічний ефект.

На часі сьогодні і кардинальне доопрацювання законопроектів №6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» та №6604 «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» з метою усунення їх юридичних колізій з чинним законодавством та Конституцією України. Йдеться насамперед про те, що вищезазначені законопроекти не можуть бути ухвалені без попереднього розроблення стандартів медичної допомоги населенню, обґрунтування державних критеріїв повноти гарантованої медичної допомоги, а також визначення й узгодження системи тарифів на лікування та реімбурсацію. Крім того, при доопрацюванні законопроекту №6327 обов'язкового законодавчого унормування потребує захист прав українських громадян з хронічними захворюваннями та осіб, котрі потребують щотижневого відвідування лікаря [116, с. 393].

Важливим, у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, є і законодавче унормування обсягів, видів і форм надання гарантованих державою медичних послуг, а також *чітке встановлення на законодавчому рівні переліку їх платних видів*. Доцільність даного напрямку реорганізації медичної сфери важко переоцінити, оскільки намагання медичних закладів лікувати на безоплатній основі усіх видів захворювань без урахування власної ресурсоспроможності призводить лише до низької якості медичного обслуговування пацієнтів, яке до того ж майже наполовину оплачується ними власним коштом. Тож унормування на законодавчому рівні переліку платних видів медичних послуг дасть змогу формалізувати існуючі у сучасній практиці неформальні платежі та чітко виокремити сегмент медичної допомоги й медичних послуг, гарантованих державою.

Наступний стратегічний напрям розвитку вітчизняної медичної сфери – це *розбудова первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини* як головного інструменту забезпечення справедливого розподілу і

раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я, а також підвищення ефективності й результативності її діяльності. Саме інститут сімейної медицини, з одного боку, лежить в основі розбудови споживчо-орієнтованої моделі системи охорони здоров'я, даючи можливості пацієнтам самостійно обирати лікаря, а з другого – здатен докорінно реформувати усю систему конкурентних відносин між лікарями як головного драйвера їх мотиваційних установок до підвищення своєї кваліфікації і якості пропонованих споживачам медичних послуг. Зрозуміло, що саме від кількості пацієнтів буде залежати рівень заробітної плати кожного окремо взятого лікаря чи медичного працівника. За експертними оцінками, для повноцінного функціонування первинної медико-санітарної допомоги та виконання нею усіх покладених на неї функцій необхідним є доведення її фінансування до рівня 25-35% загальних видатків на охорону здоров'я. Водночас, зростання медичних видатків зведеного бюджету України у 2 – 2,5 разу дасть змогу удвічі збільшити охоплення населення послугами первинної медико-санітарної допомоги [172, с. 22].

Розбудова найбільш наближеної до населення *первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини* передбачає насамперед чітке інституційне закріплення її функціональних компетенцій. Це – консультування лікарів; профілактика, діагностика і лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь та інших станів; індивідуальні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи; гігієнічне виховання і санітарна просвіта населення; спостереження сімейним лікарем здорової дитини й інтегроване ведення захворювань дитячого віку (на основі обсягів і стандартів медичної допомоги первинного рівня); ведення здорової вагітності упродовж усього періоду; медичне консультування з питань збереження репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, долікарське і лікарське медичне обслуговування, а також залучення у разі необхідності спеціалізованих чи високоспеціалізованих лікарів і консультантів [157]. Первинна ланка медичного обслуговування передбачає надання медичних послуг населенню через Центри первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, міські і сільські лікарські

амбулаторії; а її фінансування здійснюватиметься з коштів державного бюджету. Так, станом на початок 2019 р. у рамках всеукраїнського проекту «Лікар для кожної сім'ї» майже 25 млн українських громадян уклали декларації з сімейними лікарями лікарями про медичне обслуговування; а за 2018 р. Національна служба здоров'я виплатила медичним закладам за надані пацієнтам послуги 3,5 млрд грн. [248].

Свою чергою, вторинна ланка системи охорони здоров'я має концентруватись виключно на наданні медичних послуг (кваліфіковане консультування, профілактика і лікування захворювань), що потребують застосування спеціальних методів діагностики й лікування. Відтак – вторинна медична допомога має надаватись лікарями відповідної спеціалізації у спеціалізованих лікарняних і позалікарняних закладах охорони здоров'я із застосуванням відповідних спеціалізованих методик лікування. Початок другого етапу реформування вітчизняної системи охорони здоров'я передбачений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ухваленим парламентом у 2018 р. з редакцією 16.01.2020 р. [156].

І, нарешті, *третинний рівень* системи охорони здоров'я має бути сконцентрований виключно на наданні високоспеціалізованих і високотехнологічних медичних послуг у випадку складних чи тяжких захворювань пацієнтів. Оскільки дана ланка медичних послуг передбачає медичне обслуговування населення високоспеціалізованими фахівцями у спеціалізованих і технологічно обладнаних установах охорони здоров'я (головним чином стаціонарного типу), то кожен її заклад має покривати не менше 1 млн. осіб (інакше діяльність буде нерентабельною).

Реформування вторинного і третинного рівнів вітчизняної системи охорони здоров'я стартує з 1 квітня 2020 р., у результаті чого на спеціалізовані (міські і районні лікарні) і високоспеціалізовані (обласні лікарні і центри) медичні заклади чекають значні зміни. Вони пов'язані насамперед із:

- зміною їх статусу на комунальні некомерційні підприємства;

- скасуванням субвенцій з держбюджету з переходом системи медичного обслуговування на модель закупівлі державою у лікарень медичних послуг і їх оплати за відповідними тарифами;
- отриманням пацієнтами права вибору вузьких спеціалістів у рамках консультацій чи планових операцій;
- об'єднанням усіх видів медичної допомоги у 27 пакетів найбільш важливих для поліпшення чи врятування життя людини медичних послуг (хірургічні операції, стаціонарна нехірургічна допомога, медична допомога при пологах, гострому інфаркті, інсульті, лікуванні туберкульозу, психічних розладів; паліативна допомога, медична реабілітація тощо);
- висуванням підвищених вимог в частині діагностичного обладнання до медичних закладів, що спеціалізуватимуться на наданні медичної допомоги при інсультах й інфарктах;
- встановленням чітких тарифів на кожен вид медичної послуги [120].

Програма медичних гарантій пацієнтів поширюється на медичні послуг, від яких залежить життя людини, або неотримання яких матиме серйозні негативні наслідки для людського здоров'я. Це насамперед пологи та неонатальна допомога, серцево-судинні хвороби (зокрема, інфаркти та інсульти), онкологічні захворювання з їх ранньою діагностикою і втручанням [117]. Наголосимо, що на реалізацію програми державних медичних гарантій у бюджеті на 2020 р. закладено 72 млрд грн. [120]. Тож для отримання медичними закладами державного фінансування вони мають набути юридичного статусу комунальних неприбуткових підприємств. Даний статус має бути закріплений органами місцевої влади, у власності якої власне й перебувають конкретні лікарняні чи поліклінічні заклади охорони здоров'я. При цьому суттєвих змін може набути спеціалізаційний профіль того чи іншого медичного закладу з точки зору поширення на ті чи інші медичні послуги системи державних медичних гарантій; а самі медичні заклади будуть простимульовані фінансово з метою нарощування масштабів інвестування купівлі новітніх зразків діагностичного обладнання і загалом модернізації матеріально-технічної бази вітчизняної системи охорони здоров'я [117].

Стратегічним інституційним напрямом розбудови в Україні системи медичних послуг на європейських засадах у контексті забезпечення їх доступності, рівності отримання і високої якості є також *структурне реформування первинної ланки медичного обслуговування населення* на основі розбудови регіональних мереж *Центрів первинної медико-санітарної допомоги*. Дані інституції є лікувально-профілактичними закладами (дуже подібними до лікарень) і спеціалізуються на наданні медичних послуг в амбулаторних і поліклінічних умовах за місцем проживання пацієнта чи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). Тим не менше вони характеризуються однотипністю профілактичних підрозділів (лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів тощо) і саме тут надається первинна медична допомога хворим усіх вікових груп одним (переважно у сільській місцевості) чи кількома (у містах) лікарями сімейної медицини на основі:

- кваліфікованого консультування, діагностики, реабілітації, профілактики, раннього виявлення неінфекційних і соціально-небезпечних захворювань, а також лікування найбільш поширених серед населення захворювань, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів (вагітність), у тому числі на основі взаємодії з іншими закладами системи охорони здоров'я;
- направлення пацієнта без медичних показань до екстрених медичних показань для отримання спеціалізованих чи високоспеціалізованих медичних послуг в інші заклади охорони здоров'я відповідно до медичного маршруту пацієнта;
- надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам, які потребують екстреної спеціалізованої чи високоспеціалізованої медичної допомоги, у разі гострих станів фізичного чи психологічного характеру [133].

Саме Центри первинної медико-санітарної допомоги мають активно включитись до реалізації профілактичних функцій вітчизняної системи охорони здоров'я. Йдеться насамперед про відновлення в Україні системи щорічної диспансеризації працівників компаній і організацій різних форм власності з метою ранньої діагностики цілої низки захворювань та створення загальнонаціонального

простору доступних для усіх верств населення медичних послуг. Як результат – можливим стане перехід національної системи охорони здоров'я від епізодичного й симптомного лікування хворих до профілактично-орієнтованої моделі медичних послуг з максимальною увагою до потреб здорових пацієнтів та хворих з хронічними захворюваннями.

Однак, спрямування грошових потоків споживачів медичних послуг виключно через первинну ланку сімейних лікарів у неконституційний спосіб порушує їх права на вільний вибір необхідного обсягу і асортименту послуг медичного обслуговування, а також конкретних спеціалістів – їх продуцентів. Більше того, тотальний брак спеціалістів первинної лікарської допомоги як і необхідного матеріально-технічного й діагностичного забезпечення їх діяльності наражають українських громадян на значні загрози монополізації сімейними лікарями процесу їх лікування, навіть якщо воно нагально потребуватиме залучення спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги.

Виходячи з цього, на часі сьогодні – запровадження ефективних механізмів як контролю рівня професійної компетентності сімейних лікарів, так і їх відповідальності за неякісне лікування пацієнтів. При цьому стратегічно важливого значення набувають розроблення і запровадження у практику адекватної системи критеріїв оцінювання ефективності роботи сімейних лікарів та механізмів оплати їх праці з врахуванням стимулюючих доплат за високу якість медичного обслуговування пацієнтів та високі професійні компетенції й досягнення. Крім того, забезпечити високу якість медичних послуг сімейних лікарів здатна незалежна (від інституцій державної політики у сфері охорони здоров'я) служба контролю і якості їх професійної роботи.

Структурне реформування первинної ланки медичного обслуговування в Україні передбачає в якості обов'язкового компонента *перепрофілювання існуючих лікарняних закладів охорони здоров'я*, що спеціалізуються на наданні медичних послуг вторинної ланки. Йдеться насамперед про *диверсифікацію їх функціональної структури* із створенням лікарень планового, інтенсивного і реабілітаційного лікування; багатопрофільних дитячих лікарень інтенсивного лікування, а також

консультативно-діагностичних центрів. В окремих випадках організація Центрів первинної медико-санітарної допомоги може передбачати заснування на базі існуючих малопотужних лікарняних закладів амбулаторій з ліжками денного стаціонару для медичного обслуговування жителів закріплених територій.

Перепрофілювання діяльності лікарень передбачає також докорінну зміну систем клінічного лікування пацієнтів та взаємовідносин продуцентів медичних послуг. Досягнення цієї стратегічної мети лежить насамперед у площині *формування інтегрованих систем медичного обслуговування* на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб. Це дасть змогу сконцентрувати високотехнологічну діяльність у сфері продукування медичних послуг у великих лікарняних центрах; розбудувати ефективні госпітальні мережі для координування медичного обслуговування населення у лікарнях; а також значно розширити інституційну мережу паліативної і хоспісної допомоги з делегуванням частини функціональних обов'язків лікарів середньому медичному персоналу й аутсорсінговою передачею певної частини медичних послуг зовнішнім постачальникам їх неклінічних видів.

Системна розбудова інтегрованих систем медичного обслуговування є неможливою без глибокої інтеграції медичної науки й освіти з практичною діяльністю у сфері охорони здоров'я на основі *розвитку національної мережі університетських клінік і госпіталів*. Міжнародний досвід вже давно засвідчив високу ефективність діяльності даних інституцій, на базі яких нині здійснюється не тільки підготовка фахівців сфери охорони здоров'я, але й активно проводиться наукова діяльність і надаються медичні послуги за понад 20 напрямками у розрахунку на 1,5 – 2 тис. лікарняних ліжок [230].

При цьому необхідним елементом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та підвищення ефективності державного регулювання цієї сфери має стати послаблення централізму та надання медичним закладам економічної свободи і реальної *фінансової автономії операційного функціонування*. Це передбачає делегування їм низки повноважень у сфері управління власністю, заохочення підприємницької активності продуцентів медичних послуг, імплементацію

фінансових механізмів оптимізації їх витрат і підвищення ефективності управління (шляхом спрощення порядку формування кошторисів витрат для медичних закладів та надання їм права самостійно формувати і затверджувати свої штатні розписи), залученням приватних структур до надання населенню медичних послуг, а територіальних громад – до планування їх діяльності [168]. Роль і значення фінансової автономії вітчизняних закладів охорони здоров'я важко переоцінити, з огляду на нівелювання нею державної монополії процесів привласнення, володіння і використання медичних ресурсів. Остання, як відомо, завжди демобілізує медичні установи щодо підвищення ефективності діяльності, гальмує стимули її інноватизації, а також «роздуває» медичну інфраструктуру та мережу контролюючих органів, працівники яких за умов відсутності ефективних суспільних інститутів значною мірою схильні до корупції і службових зловживань. Не випадково, практика фінансової автономії закладів охорони здоров'я вже десятиліттями демонструє свою високу ефективність у багатьох країнах світу – Великобританії, Швеції, Новій Зеландії, Італії, Фінляндії, Туреччині та ін.

Розбудова в Україні повноцінного інституту фінансової автономії вітчизняних закладів охорони здоров'я (у статусі продуцентів і продавців медичних послуг) передбачає, з одного боку, докорінне реформування відносин власності у медичній сфері із набуттям кожною бюджетною установою статусу юридичної особи, її перетворенням на економічно самостійну підприємницьку структуру, діяльність якої, згідно ст. 62 п. 1 Господарського кодексу України, має бути спрямована на задоволення суспільних та особистих потреб і розвиватись на основі власного і запозиченого капіталу [165, с. 433]. З другого боку, фінансова автономія медичних закладів передбачає також формування ними розгалуженої системи контрактних відносин зі споживачами і замовниками (територіальними органами державної влади) медичних послуг, що, своєю чергою, обумовлює необхідність самостійного визначення ними своєї організаційної структури, формування кадрового корпусу і штатного розпису, а також встановлення розміру заробітних плат працівників і здійснення фінансово-юридичних операцій.

Зрозуміло, що із перетворенням вітчизняних закладів охорони здоров'я в активних економічних суб'єктів вони не тільки набувають права власності на об'єкти медичної інфраструктури, але й самостійно ухвалюють управлінські рішення у сфері економічної діяльності на мікрорівні, повною мірою несучи за них відповідальність. При цьому структурна реформа, що реалізується нині у вітчизняній медичній сфері, передбачає надання сімейним лікарям у розпорядження стартового фонду грошових ресурсів для розрахунків за спеціалізовані і високоспеціалізовані медичні послуги; а самі розрахунки з сімейними лікарями будуть здійснюватися оперативно і без ускладнень для пацієнтів. Крім того, підприємницький статус лікарняних закладів дасть змогу встановлювати будь-які гнучкі форми оплати праці (що не суперечать чинному законодавству), а отже – здатна створити якісно нову мотиваційну систему оплати праці медичних працівників, ув'язавши її розмір від кількості й якості наданих пацієнтам медичних послуг [165, с. 435].

Однак, на теперішній час запровадження в Україні повномасштабного формату фінансової автономії медичних закладів певною мірою суперечить діючій нормативній базі, зокрема у частині невідповідності окремих положень Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо її фінансування з Конституцією нашої держави, а також Податковим та Бюджетним кодексами; неузгодженості процесу надання медичних послуг населенню у державних і комунальних медичних установах з бюджетними відносинами між бюджетними установами та державними і комунальними закладами охорони здоров'я [240, с. 69]; а також взаємодії державних і комунальних закладів охорони здоров'я (у статусі бюджетних установ, заснованих відповідними органами державної влади) та органів місцевого самоврядування (як замовників медичних послуг).

Це вимагає не тільки негайного усунення існуючих юридичних колізій, але й повного унормування питань, пов'язаних із зменшенням обсягів бюджетних асигнувань на охорону здоров'я та вилученням до бюджету коштів, не використаних медичним закладом державної чи комунальної власності протягом бюджетного періоду. На часі сьогодні й імплементація ефективних механізмів

суспільного контролю за діяльністю вітчизняних закладів охорони здоров'я. Магістральний шлях реалізації цієї стратегічної мети – заснування цілої мережі інститутів громадянського суспільства – наглядових рад при медичних установах, центрів з суспільного контролю і профілактики захворювань, центрів з медичних сервісів, суспільних агенцій оцінки якості медичного обслуговування населення тощо. Їх функціональні компетенції мають полягати у контролюванні процесів продукування і ціноутворення медичних послуг, використання закладами охорони здоров'я фінансових ресурсів, дотримання ними принципів корпоративної соціальної відповідальності, суспільному моніторингу стану здоров'я населення, пропагування здорового способу життя, розробка і впровадження проектів профілактики здоров'я населення та ін.

З огляду на загалом низький рівень управління медичною сферою з боку місцевих органів виконавчої влади (як власників медичних закладів, що виконують делеговані їм державні функції у сфері охорони здоров'я), стратегічним пріоритетом її інституційного реформування є створення *госпітальних округів і госпітальних рад*. Функціональними компетенціями цих виборних органів мають бути управління медичною сферою на певній території в умовах децентралізації державної влади. Зокрема, ще в ухваленій у 2016 р. Кабінетом Міністрів України Постанові «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [229] було чітко визначено не тільки технічні критерії встановлення географічних меж госпітальних округів, але й порядок їх створення.

У 2019 р. було ухвалено ще одну Постанову Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» №1074 від 29.11.2019 р., яка чітко визначила механізми функціонування госпітального округу й управління ним. Зокрема, кожен госпітальний округ повинен мати щонайменше одну лікарню інтенсивного лікування первинної чи вторинної ланки системи охорони здоров'я; має охоплювати територію з населенням щонайменше 200 тис. осіб у випадку наявності лікарні вторинної ланки чи 120 тис. осіб у разі наявності лікарні первинної ланки. Крім того, кожен пацієнт повинен мати можливість доїзду до медичного закладу інтенсивного лікування з будь-якої точки округу максимум за

60 хвилин. Подібні кількісні параметри функціонування госпітальних округів дають змогу не тільки суттєво підвищити ефективність використання матеріально-технічної і ресурсної бази вітчизняної медичної сфери (приміщень, медичного обладнання, транспортних засобів, професійних кадрів), але й значно покращити систему медичного обслуговування населення в усіх регіонах нашої держави, незалежно від віддаленості населених пунктів від обласних центрів.

Однак, на сьогодні формування госпітальних округів стикається з гострими проблемами, пов'язаними, зокрема, з реорганізацією районів у межах реформи місцевого самоврядування і децентралізації влади, відсутністю у багатьох населених пунктах функціонуючих закладів медичного обслуговування населення, а також відсутністю належного транспортного сполучення. Нерідкими є й випадки непередуманих заходів реформування медичної сфери, коли відстань до поліклінічних чи стаціонарних закладів охорони здоров'я у сільській місцевості зростала на 30 – 40 і більше кілометрів [116, с. 392].

Таким чином, у контексті розбудови загальнонаціональної мережі госпітальних округів на часі сьогодні внесення законодавчо-нормативних й організаційних змін щодо унормування процесів їх формування. Своєю чергою, *чітке визначення оптимальної кількості медичних закладів та їх спеціалізації з урахуванням економічно обґрунтованих потреб територіальних громад* гарантуватиме українським громадянам доступних і якісних медичних послуг на рівні вторинної і третинної ланок системи охорони здоров'я. Досягненню цієї стратегічної мети (як власне й обліку і прогнозуванню потреб системи охорони здоров'я) сприятиме запровадження спеціальної системи електронного обліку пацієнтів та електронних реєстрів пацієнтів – e-Health.

Розбудова в Україні повноцінної національної системи електронної охорони здоров'я передбачає в якості обов'язкового компонента поглиблення співпраці держави з вітчизняним ІТ-бізнесом та підприємницькими структурами – розробниками програмного забезпечення у царині впровадження інформаційних продуктів у медичний сектор. При цьому функціональні повноваження держави мають концентруватись, з одного боку, на управлінні центральною базою

інформаційних даних про пацієнтів, а з другого – на формуванні державних стандартів їх захисту і безпеки. Натомість українські ІТ-фахівці мають розробляти з використанням технологій блокчейну найбільш оптимальні інформаційні рішення у сфері підтримки медичних і пацієнтських інформаційних систем, мобільних додатків та інших продуктів, у відповідності з конкретними потребами тих чи інших медичних закладів. Саме електронна система медичного обслуговування українського населення дасть змогу не тільки знівелювати загрози фрагментації інформаційних даних про пацієнтів (що будуть зберігатись у безпечних хмарних сховищах), але й забезпечити постійний моніторинг ефективності роботи медичних закладів та масштабів наданих ними медичних послуг [193]. Тож реалізація комплексу заходів щодо всебічної інформатизації вітчизняної системи охорони здоров'я має включати, на нашу думку, стимулювання з боку держави тих компаній, що будуть розробляти програмне забезпечення для медичних закладів. Це, зокрема, податкові пільги, бюджетно-грантова підтримка підприємницьких структур ІТ-сектору, звільнення від ПДВ та митного оподаткування імпорту технологічного обладнання, комплектувальних та інших товарів, необхідних для виробництва інформаційних продуктів та ін.

У контексті першочергового захисту українських домогосподарств від медичної бідності і банкрутства через захворювання, докорінної зміни потребують й існуючі нині підходи до фінансування системи охорони здоров'я насамперед у частині скорочення її неефективних витрат та запровадження інституту *державних медичних гарантій* з детальним переліком видів й обсягів медичних послуг, а також необхідних медичних препаратів, що надаються на умовах повної компенсації за рахунок коштів державного бюджету України. Даний перелік має щорічно затверджуватись Верховною Радою як невід'ємний компонент Закону «Про державний бюджет України». Саме на основі програми медичних гарантій, укладення місцевими органами державної виконавчої влади безпосередніх договорів про медичне обслуговування населення з закладами охорони здоров'я усіх форм власності та декларування права пацієнтів на вибір лікаря первинної ланки медичної сфери має забезпечуватись доступність медичних послуг для

вітчизняних громадян. Це дасть змогу переорієнтувати грошовий потік медичної індустрії, що буде «йти за пацієнтом», а не за заявками державних закладів охорони здоров'я. Крім того, продукування фінансованих державою медичних послуг може бути делеговане також недержавним медичним закладам, що дозволить не тільки суттєво демократизувати процес їх виробництва і споживання, але й знівелювати вплив корупційної складової на медичну сферу.

Комплексне ринкове реформування вітчизняної медичної системи, її переведення на якісно новий, інноваційний, рівень лікувальних технологій за одночасної імплементації соціально-орієнтованих принципів її функціонування нагально потребує запровадження багатоканального і диверсифікованого її фінансування. Йдеться насамперед про оперативне впровадження *механізмів обов'язкового і добровільного медичного страхування* як стратегічних інструментальних пріоритетів компенсування вартості медичного обслуговування. При цьому відхід від залишкового принципу фінансування системи охорони здоров'я, оптимізація вхідних і вихідних фінансових потоків у медичній сфері та розбудова добровільного медичного страхування в обов'язковому порядку мають супроводжуватися динамічним розвитком системи ліцензування медичних закладів і медичного персоналу, зайнятого приватною практикою; стандартизацією якості медичних послуг і медичного обслуговування населення; а також запровадженням розгалуженої системи контрактних відносин між продуцентами і споживачами медичних послуг.

Хоча в Україні вже давно назріло питання повномасштабного «запуску» системи обов'язкового медичного страхування (як головного фінансового механізму цільового формування ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я), однак даний процес дотепер гальмується цілою низкою факторів і чинників. Це – загалом низький рівень оплати праці найманих працівників (а отже – низький платоспроможний попит), загроза посилення тиску на фонд їх заробітної плати зі зростанням її тіньового сегменту), високе прибуткове оподаткування бізнес-структур, стрімке старіння населення та «звуження» оподаткованої бази для нарахування страхових внесків. Не слід скидати з рахунків і значний брак

організаційної й інформаційної інфраструктури для обслуговування операцій з медичного страхування, недостатній досвід роботи медичних працівників [164, с. 116-119] в умовах ринку і конкурентної боротьби за пацієнтів і джерела генерування грошових потоків, а також безвідповідальність страховиків в силу інвестиційної й економічної непривабливості медичного страхування, брак його нормативно-регуляторного забезпечення і недостатня поінформованість українських громадян про переваги даного виду страхових операцій.

Саме цим пояснюється висока затребуваність інституту добровільного медичного страхування із запровадженням механізмів приватного фінансування медичних послуг та їх прямої оплати, а отже – розбудовою ефективних конкурентних відносин у медичній індустрії та наданням споживачам права вибору. На жаль, добровільне медичне страхування дотепер залишається на вкрай низькому рівні розвитку. Так, нині ним охоплено не більше 1% українського населення (у Німеччині – 10%, Канаді і США – по 70%, Франції – 86%, Австралії – 44%), а його частка у загальних видатках на охорону здоров'я не перевищує 0,25% (12,5%; 11,2%; 34,8%; 12,8% та 7,1% відповідно) [150]. Загалом же, на тлі щорічного зростання обсягів чистих страхових премій у медичному страхуванні (безперервному страхуванні здоров'я) (з 636,6 до 3243,1 млн. грн. у період 2008-2018 рр.) та чистих страхових премій у страхуванні медичних витрат (з 636,6 до 1098,8 млн грн. відповідно) (рис. 3.9) вкрай низькою є їх частка у сукупних чистих страхових преміях – відповідно не більше 5 – 9% і 4 – 6%¹⁰.

Аналогічна ситуація і з показником чистих страхових виплат: на тлі їх зростання у сегменті страхування медичних витрат (з 44,8 до 311,5 млн. грн. відповідно), стабільно низькою є їх частка у сукупних чистих страхових виплатах – 0,7 – 2,5%. Натомість частка чистих страхових виплат у медичному страхуванні (вартісні обсяги яких зросли з 461,1 до 2094,9 млн. грн. у 2008-2018 рр.) має

Примітка.

Розраховано автором за даними рис. 3.9.

стабільне зростання: з 7% у 2008 р. до 11,1% у 2016 р. (22,1% у 2013 р. і 26,1% у 2018 р.)¹¹.

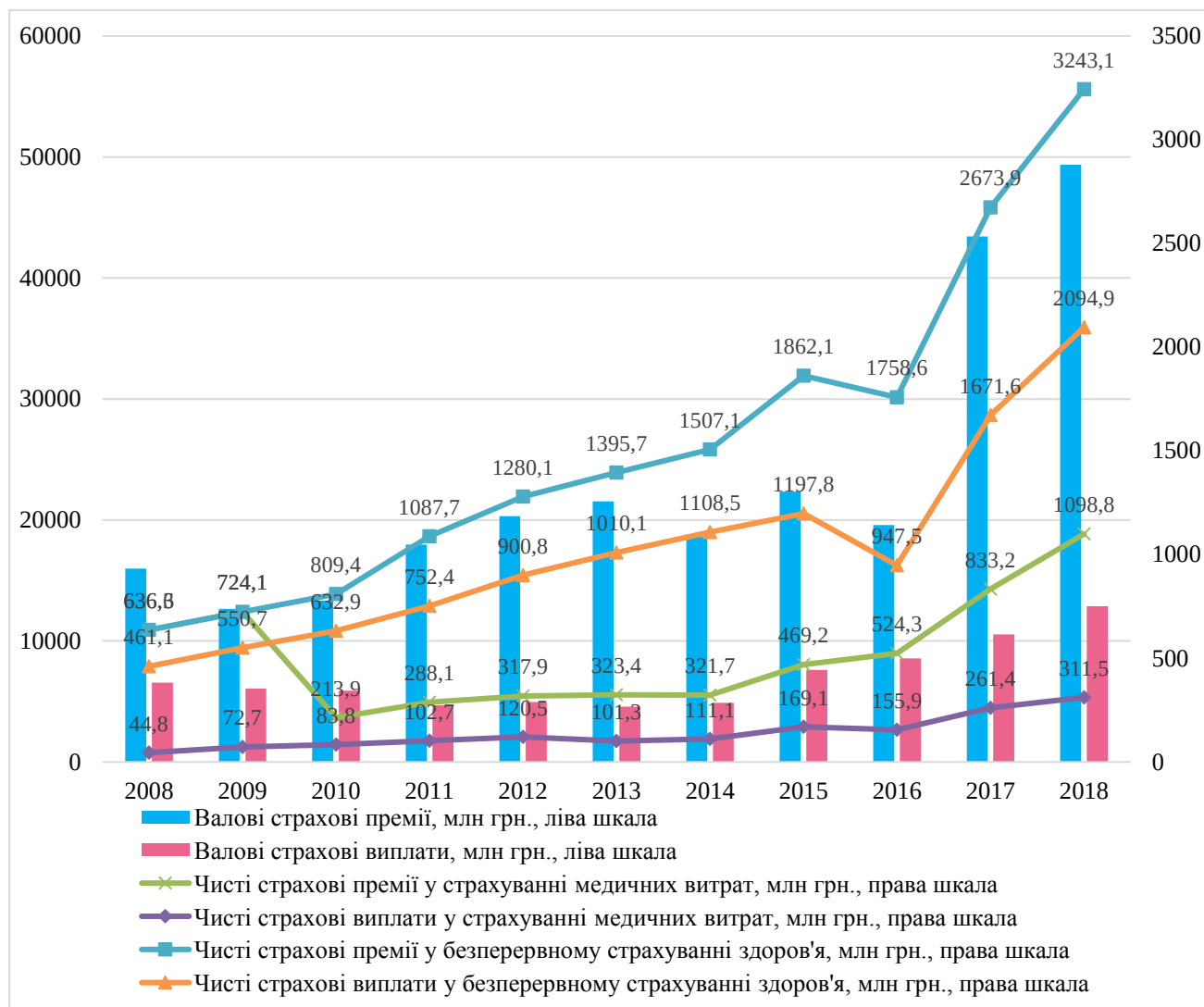


Рис. 3.9. Основні показники діяльності страхових компаній України у сфері страхування медичних витрат і безперервного страхування здоров'я у 2008-2018 рр. [206, с. 8, 12; 207, с. 7, 11; 208, с. 7, 11; 209, с. 7, 11]

На вітчизняному страховому ринку нині представлено понад 60 страхових компаній, котрі співпрацюють з закладами охорони здоров'я різних рівнів і форм власності у сфері добровільного медичного страхування [264, с. 722]. З-поміж них, зокрема, Державна акціонерна компанія «Укрінмедстрах», ЗАТ «Акціонерна страхова компанія «Остра-Київ», ВАТ «Страхова компанія «Алькона», ВАТ «Страхова компанія «Оранта-Донбас», ЗАТ «Страхова компанія «Кредо-Класик»,

Примітка.

Розраховано автором за даними рис. 3.9.

ЗАТ «Страхова компанія «Надра» та ін. При цьому лєвова частка укладених договорів добровільного медичного страхування репрезентує сегмент корпоративного страхування (яке у пакеті соціальних послуг на робочому місці надається роботодавцями своїм працівникам) з найбільшою популярністю безперервного страхування життя з його часткою у загальній структурі видів медичного страхування на рівні понад 60% [264, с. 722]. Відзначимо також домінування у продуктовому портфелі медичних послуг зі страховим покриттям поліклінічного обслуговування (включаючи аптечне), стаціонарного лікування, послуг невідкладної швидкої медичної допомоги та стоматології.

Натомість частка добровільного індивідуального медичного страхування не перевищує на ринку 10% укладених страхових договорів [138, с. 18]. Принагідно особливо наголосити, що у більшості випадків медичні послуги населенню за програмами добровільного страхування надаються у тих же самих закладах охорони здоров'я, де обслуговуються незастраховані громадяни, з використанням однакових лікувальних технологій і наданням однакового рівня комфорту. Це певною мірою «урівнює» державний і страховий сегменти медичного обслуговування населення, коли страхова медицина не тільки дублює соціальні обов'язки держави, але й в окремих випадках просто маскує неформальні платежі пацієнтів за отримані медичні послуги.

Тож всебічне стимулювання і державна підтримка розвитку в Україні системи добровільного медичного страхування передбачають в якості обов'язкового компонента запровадження для громадян і юридичних осіб *системи економічних стимулів*. Вони мають включати насамперед надання бізнес-структурам права зменшувати свою оподатковувану базу за рахунок включення до загальних операційних витрат тих, що пов'язані з страховими витратами на медичне страхування своїх працівників, а не сплачувати їх за рахунок чистого прибутку, як це відбувається сьогодні. По-друге, держава має надавати податкові пільги тим підприємницьким структурам, що впроваджують колективні форми добровільного медичного страхування за фаховим принципом, з одночасним запровадженням штрафних санкцій на ті високооплачувані категорії працівників, які не мають

страхового медичного поліса. Це дасть змогу не тільки значно розширити внутрішній платоспроможний попит на медичні послуги, але й жорстко ув'язати вартість медичного страхового поліса із розмірами отримуваної працівниками заробітної плати. Не слід скидати з рахунків і такого позитивного економічного ефекту як формування ефективного конкурентного середовища як між самими закладами охорони здоров'я, так і між страховими компаніями, що спеціалізуються у сфері медичного страхування і страхування медичних витрат.

Третій напрям державної підтримки системи добровільного медичного страхування в Україні – це *ув'язування обсягів фінансування закладів охорони здоров'я зі структурою наданих ними медичних послуг* та усунення усіх існуючих інституційних перешкод до конкурентної боротьби між державними і приватними медичними установами за пацієнтів і державне фінансування. І, нарешті, у контексті розбудови ефективної системи взаємодії державного і страхового сегментів медичного обслуговування населення, на державному рівні система добровільного медичного страхування має бути відокремлена від усіх інших видів страхування з орієнтацією діяльності страховиків на обслуговування усіх клієнтів [123] (незважаючи на їх вік, стать і стан здоров'я), включаючи і тих, котрі хворіють на хронічні захворювання.

Ще один важливий напрям диверсифікації джерел фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я – це розвиток *інституту лікарняних кас*, які в останні роки почали активно з'являтися на українських теренах як закономірна реакція населення на звуження можливостей державної системи медичних послуг. Виключна важливість лікарняних кас обумовлена тим, що дані інституції не тільки здатні забезпечити цільове використання фінансового ресурсу медичного обслуговування населення та залучення до контролю, аудиту і моніторингу медичних витрат і якості медичних послуг усіх членів цих громадських неприбуткових організацій [183], але й можуть стати гідною альтернативою медичному страхуванню. Вагомими конкурентними перевагами лікарняних кас є також їх орієнтація на компенсування вартості стандартизованих медичних технологій на основі локальних клінічних протоколів і лікарського формуляра (що

дає змогу значно знизити фінансові витрати населення при медичному обслуговуванні); можливості залучення не тільки страхових, але й благодійних внесків; значно нижчі, порівняно з класичним медичним страхуванням, розміри щомісячних внесків учасників; а також широкі можливості забезпечення своїх членів-пацієнтів своєчасними й якісними медичними послугами та необхідним асортиментом лікарських засобів і товарів медичного призначення на принципах суспільної солідарності. Не слід скидати з рахунків і таких переваг лікарняних кас як відпрацьований механізм їх договірної взаємодії, з одного боку, з лікувальними закладами, бізнес-структурами та банківськими установами, а з другого – з сімейними лікарями як основними фондоутримувачами закладів охорони здоров'я; а також багаторівневий характер медикаментозного забезпечення членів-пацієнтів – від фельдшерсько-акушерських пунктів до спеціалізованих медичних центрів і клінік.

Нині в Україні функціонують близько 190 лікарняних кас із загальною кількістю членів 572,5 тис. осіб, у тому числі у Житомирській області – 217 тис. осіб, Чернігівській – 62 тис., Миколаївській – 50 тис. Загальний вартісний обсяг акумульованих лікарняними касами у 2014 р. грошових ресурсів становив 102 млн. грн., а витрати – 98,2 млн. грн., у тому числі на купівлю медичних препаратів – 80,6 млн. (82%); придбання товарів медичного призначення – 1 млн. грн. (1%), адміністративні витрати на утримання кас – 13,7 млн. грн. (14%); інші витрати – 2,9 млн. грн. (3%) [141]. Однак, незважаючи на високу динаміку приросту номінальних показників діяльності лікарняних кас, їх частка у загальних витратах на охорону здоров'я в Україні не перевищує нині 0,08% [138, с. 20].

Динамізація розвитку вітчизняних лікарняних кас передбачає реалізацію *комплексу заходів*, спрямованих насамперед на: усунення діючих обмежень у вартісних обсягах витрат і кількості епізодів лікування кожного члена-пацієнта на основі стандартизації медикаментозного лікування, що дасть змогу значно підвищити довіру українських громадян до цих інституцій як гарантів своєчасного і якісного їх медичного обслуговування. По-друге, нагальною нині є й активізація укладення лікарняними касами контрактів з регіональними медичними закладами

з більш широким охопленням населення до лав своїх членів, що здатне значно розширити фінансовий ресурс цих інституцій, а отже – перевести їх діяльність на якісно вищий рівень розвитку з подальшою диверсифікацією пропонованих споживачам медичних послуг [138, с. 20]. Своєю чергою, закупівля лікарняними касами медичних препаратів через оптові фармацевтичні компанії дасть змогу зекономити значні фінансові ресурси та підвищити рівень медичного обслуговування населення.

Розбудова повноцінного ринку медичних послуг в Україні є неможливою без реалізації заходів щодо *удосконалення регуляторної системи вітчизняного фармацевтичного сектору*. Йдеться насамперед про необхідність збереження діючого нині порядку щодо повного делегування функцій закупівель лікарських препаратів міжнародним організаціям (Програмі розвитку ООН (ПРООН), Дитячому фонду ООН (ЮНІСЕФ), Crown Agents) з внесенням змін до Податкового кодексу у частині звільнення від оподаткування цілої низки лікарських засобів і товарів медичного призначення. Про високу результативність вищезазначених інструментів урегулювання вітчизняного фармацевтичного ринку свідчить, зокрема, той факт, що тільки у 2019 р. на державні закупівлі лікарських засобів (за 40 напрямками) з бюджету було виділено 6,6 млрд грн, на які було закуплено близько 1,3 тис найменувань медпрепаратів та медвиробів. Саме завдяки державним закупівлям через платформу міжнародних організацій в останні роки у нашій державі з'явилися 76 нових інноваційних медпрепаратів, що пройшли реєстрацію і стали доступними для українських громадян [193].

Крім того, було зареєстровано нові торговельні назви лікарських засобів і вакцин, а також розширено доступ вітчизняних споживачів до якісних медичних препаратів – генериків. Подібні закупівлі дали змогу зекономити до 40% загального бюджету, а за оцінками Рахункової палати України окремі лікарські засоби закуповувались у 26 разів дешевше, аніж це робило Міністерство охорони здоров'я до 2015 р. [193].

На часі сьогодні – *суттєве спрощення державної реєстрації лікарських препаратів*, що вже зареєстровані у державах з високими регуляторними бар'єрами

(США, ЄС, Швейцарії, Японії, Канаді та Австралії), що дасть змогу скоротити термін їх реєстрації до 17 днів. Своєю чергою, впровадження у дію ліцензійних умов здійснення діяльності у сфері виробництва лікарських засобів дасть змогу не тільки уніфікувати регуляторні вимоги до діяльності суб'єктів ринку медичних препаратів, але й гарантуватиме захист законних інтересів українських громадян на отримання якісних лікарських засобів за адекватними цінами. Крім того, досягнення стратегічної мети доступності лікарських засобів для українських громадян вимагає також докорінного перегляду системи державного регулювання цін на них із встановленням граничного рівня відпускних цін для 21 міжнародної незапатентованої назви чи діючої речовини на ліки [254].

Системне реформування вітчизняної медичної системи неможливе без *радикальної модернізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я*. Вона має охоплювати два напрями: з одного боку, удосконалення системи підготовки медичних кадрів на рівні додипломної і післядипломної освіти з можливістю проходження українськими медиками стажувань у зарубіжних клініках через мережеву систему університетських лікарень; а з другого – підготовку у вітчизняних університетах економічного профілю та за програмами «Державне управління» фахівців-управлінців у сфері економіки і менеджменту охорони здоров'я. Це дасть змогу підготувати для реорганізованої медичної галузі високоефективні управлінські кадри, адміністраторів та менеджерів, здатних не тільки працювати у ринкових умовах гострої конкуренції за пацієнтів та фінансово-управлінської автономії, але й здійснювати результативний стратегічний й операційний менеджмент закладів охорони здоров'я, управління їх витратами й якістю послуг, впроваджувати у діяльність вітчизняних медичних установ інноваційні методи господарювання, а отже – перевести їх на «рейки» повноцінної системи медичної індустрії.

На часі сьогодні і *формування повної реєстраційної бази вітчизняних медичних кадрів* (котрі працюють у державному і приватному секторі медицини), що дасть змогу привести у відповідність з реальними потребами економіки обсяги підготовки вітчизняних медичних кадрів. Однак, усі механізми кадрової політики

у медичній індустрії будуть марними без докорінної зміни ситуації у сфері підвищення іміджевої престижності лікарської професії через удосконалення системи оплати праці медичних працівників і підвищення рівня їх соціального захисту. З цією метою до розробки повного методичного інструментарію впровадження нових (масштабно- і якісно-орієнтованих) методів оплати діяльності продуцентів медичних послуг, мають бути залучені вищі навчальні заклади та спеціалізовані інституції у сфері регулювання соціально-трудових відносин і охорони праці.

Підбиваючи підсумок, наголосимо, що вітчизняна система охорони здоров'я, будучи надмірно обтяженою нагромадженими у своїй структурі диспропорціями і дисбалансами, ігноруванням потреб населення у медичних послугах, неефективними механізмами функціонування медичної індустрії та високим рівнем корупції, в останні десятиліття опинилась перед потужними демографічними викликами – старіння населення, швидка урбанізація, прискорене поширення неінфекційних захворювань, поширення нездорового способу життя тощо. За таких умов вона не здатна адекватно відповісти на них у рамках радянської парадигми медичного обслуговування населення у форматі моделі Семашка з ігноруванням підприємницького компоненту її функціонування, відсутністю фінансової автономії медичних закладів та недиверсифікованістю фінансових джерел їх функціонування. Тож саме реалізація вищезазначених напрямів стратегічної модернізації вітчизняної медичної індустрії дасть змогу підвищити якість медичного обслуговування українських громадян, його доступність для широких верств населення за одночасного нівелювання впливу фінансових ризиків та медичної бідності на загальний процес суспільного відтворення національного людського ресурсу у постіндустріальній парадигмі економічного розвитку.

Висновки до розділу 3

1. Політичні та економічні реформи, що реалізовувались в Україні упродовж усього періоду її державної незалежності, мали для українського суспільства

невиправдано високу соціальну ціну, яка знайшла свій прояв у депопуляції і підвищенні загальної смертності населення, скороченні тривалості і якісних кондицій його життя, а також обвальному руйнуванню національної системи охорони здоров'я й обмеженні справедливого доступу громадян до якісних медичних послуг на принципах соціальної рівності і солідарності. Практично за усіма кількісними і якісними параметрами вона у своєму загальному форматі не відповідає міжнародній практиці. При цьому найбільше відставання вітчизняної системи охорони здоров'я від західних зразків спостерігається за такими показниками, як-от: вартісні обсяги фінансування, рівень забезпеченості високотехнологічним обладнанням і висококваліфікованим персоналом, якість матеріально-технічного забезпечення, система оплати праці медичних працівників, ступінь забезпеченості пацієнтів фармацевтичними препаратами.

2. Основними структурними проблемами, які нагромадились у вітчизняній медичній індустрії і стримують її розвиток, є неефективний кількісно-орієнтований метод її фінансування, нераціональна система первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги, відсутність чіткого розподілу медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги, високий рівень корупції у медичній сфері, а також недосконалі механізми державних закупівель лікарських препаратів, їх реімбурсації і референтного ціноутворення. Це спричиняє високий ступінь «розпорошеності» фінансових ресурсів між багаточисельними малопотужними лікарняними закладами, мережеве «роздування» вітчизняної системи охорони здоров'я, низьку інтенсивність потоків пацієнтів та втрату персоналом практичних навичок професійної діяльності. Тривожний стан медичної системи ускладнюється прискореними темпами старіння населення та зменшенням кількості лікарів і середнього медичного персоналу.

3. Низька якість медичних послуг, що продукуються вітчизняними закладами охорони здоров'я, значно обмежує їх позитивний вплив на здоров'я українських громадян, стаючи по суті причиною марнотратного витрачання і без того обмеженого фінансування медичної сфери. Не маючи достатнього рівня системності, комплексності і поетапності надання, медичні послуги не відповідають повною мірою потребам населення у медичному обслуговуванні, не

здатні забезпечити його доступність, якість і своєчасність, а також належний рівень профілактики захворювань і смертності. Подібний стан речей вимагає розбудови якісно нової моделі охорони здоров'я, здатної забезпечити рівний і справедливий доступ усіх членів суспільства до медичної допомоги, високу якість медичних послуг та їх економічність за збереження соціально-прийняттого обсягу державних гарантій у медичній сфері на основі превентивного суспільного консенсусу з питань медичного обслуговування.

4. Стратегічні пріоритети реформування національної системи медичних послуг України впливають з об'єктивної потреби забезпечення кожного українського громадянина якісними послугами охорони здоров'я профілактичного, діагностичного чи лікувального характеру, незалежно від його віку, статі, соціального статусу та місця проживання. При цьому медичні реформи у жодному разі не повинні погіршувати умови медичного обслуговування жодній із соціальних груп українського населення; а процес продукування медичних послуг має бути спрямованим на реальне поліпшення його здоров'я, скорочення нерівності у доступі до медичного обслуговування, а також забезпечення фінансової й інституційної стійкості системи охорони здоров'я, орієнтованої на медичні потреби і запити українських громадян. Головні проблеми реформування вітчизняної медичної індустрії лежать насамперед у площині її часового співпадіння із загальноекономічною кризою у державі; браку системного бачення причин неадекватності кількісно-якісних параметрів медичної сфери суспільним очікуванням; відсутності суспільної згоди щодо обраної моделі охорони здоров'я, яку буде збудовано у результаті медичної реформи; а також фрагментарності системи реформування з її переважною орієнтацією на зміну діючих механізмів функціонування медичної сфери та задоволення корпоративних (а не суспільних) інтересів агентів вітчизняної медичної індустрії.

5. Вітчизняна система охорони здоров'я, будучи надмірно обтяженою нагромадженими у своїй структурі диспропорціями і дисбалансами, ігноруванням потреб населення у медичних послугах, неефективними механізмами функціонування медичної індустрії та високим рівнем корупції, в останні десятиліття опинилась перед потужними демографічними викликами – старіння

населення, швидка урбанізація, прискорене поширення неінфекційних захворювань, поширення нездорового способу життя тощо. За таких умов вона не здатна адекватно відповісти на них у рамках радянської парадигми медичного обслуговування населення у форматі моделі Семашка з ігноруванням підприємницького компоненту її функціонування, відсутністю фінансової автономії медичних закладів та недиверсифікованістю фінансових джерел їх функціонування.

6. Результати прогнозування кон'юнктурних параметрів розвитку вітчизняного ринку медичних послуг дають підстави стверджувати про наявність цілком чіткого тренду неухильного зростання суспільного попиту на них. Це свідчить про наявність усіх необхідних передумов для диверсифікації системи охорони здоров'я та приведення її у відповідність із західними моделями організації медичного обслуговування населення з метою подовження тривалості життя українських громадян та підвищення його якісних кондицій.

7. Програма реформування медичної сфери має охоплювати широкий спектр стратегічних трансформацій як власне медичної, так і економічної, соціально-трудової та освітньої сфер, а також загальної системи державного управління. Вони мають бути зорієнтовані на: чітке встановлення на законодавчому рівні переліку платних видів медичних послуг; розбудову первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини; розбудову регіональних мереж Центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів і госпітальних рад; диверсифікацію функціональної структури лікарняних закладів охорони здоров'я вторинної ланки зі створенням лікарень планового, інтенсивного і реабілітаційного лікування; багатопрофільних дитячих лікарень інтенсивного лікування, а також консультативно-діагностичних центрів; формування інтегрованих систем медичного обслуговування на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб.

Основні результати розділу опубліковано в наукових працях автора [211, 214, 215, 225, 226, 227].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової задачі щодо механізмів й інструментів інституційно-функціональної трансформації системи медичних послуг у глобальному соціально-економічному просторі та обґрунтування напрямів розбудови в Україні інклюзивної системи медичних послуг. Це дало автору змогу сформулювати ряд висновків теоретичного та практичного значення:

1. Сфера послуг, виокремившись у самостійний вид економічної діяльності в індустріальну епоху, на постіндустріальному етапі світогосподарського розвитку зазнає глибоких кількісних і якісних трансформацій. Вони пов'язані як з нарощуванням капіталізації сервісного сегменту глобального ринку, так і диверсифікацією його продуктової, видової, суб'єктної та інституційно-регуляторної структури. Специфічне місце у глобальній сервісній індустрії посідають медичні послуги, що є економічними благами особливого типу, уособлюють поєднання патронатних і мериторних суспільних благ та спрямовані на задоволення людських потреб у підтримці і зміцненні фізичного і морального здоров'я, забезпеченні широким верствам населення гідних умов життя, а також формуванні стійкої бази економічного і технологічного прогресу країн і націй.

2. Діючі на сьогодні національні моделі медичних послуг остаточно сформувались у другій половині XX ст. у результаті складної взаємодії соціально-економічних, політико-правових та культурно-гуманітарних чинників суспільного прогресу країн як відображення головних рушійних сил і векторної спрямованості історичного поступу різних типів суспільних систем. Вони суттєво відрізняються між собою за масштабами і структурою фінансування національних систем охорони здоров'я, ступенем їх державного регулювання, ступенем делегування функцій з медичного обслуговування населення корпоративному сектору, рівнем реалізації прав пацієнтів; співвідношення платних і безоплатних видів медичних послуг. Незважаючи на наявні країнові диференціації в організації, фінансуванні і регулюванні національних систем медичних послуг, спільними для усіх країн дотепер залишаються глибокі структурні проблеми їх функціонування, пов'язані насамперед з динамічним зростанням медичних витрат, недоступністю медичного

обслуговування для певних верств населення та дефіцитом інноваційних медичних технологій і лікувальних методик.

3. Загострення глобальної конкуренції у сфері охорони здоров'я, зростаючі масштаби міжнародної торгівлі медичними послугами, поява інноваційних лікувальних методик та передового медичного обладнання, глобальна стандартизація медичної індустрії породжують якісно нові тенденції розвитку світового ринку медичних послуг. Вони набувають свого концентрованого вираження у зростанні державних витрат на охорону здоров'я, зниженні попиту з боку пацієнтів на стаціонарне лікування, динамічним розвитком спеціалізованих і високоспеціалізованих медичних послуг, так і дедалі більшою орієнтацією медичних установ на оптимізацію своїх трансакційних витрат і підвищення фінансової результативності діяльності, наростанням рівня комерціалізації національних систем охорони здоров'я тощо.

4. Панування споживчо орієнтованої моделі функціонування світового ринку медичних послуг стає головною рушійною силою стратегічної переорієнтації корпоративних бізнес-моделей медичних установ на основі злиттів і поглинань індивідуальних лікарняних закладів, їх об'єднання з незалежними групами лікарів, широкої імплементації механізмів медичного аутсорсингу. Закономірним результатом цих процесів стає формування велико-капіталізованих систем охорони здоров'я, здатних не тільки досягати значної економії фінансових ресурсів на масштабах продукування медичних послуг, але й розширювати їх асортимент, нарощувати інноваційні розробки у медицині, нівелювати бар'єри входу на нові сегменти ринку та інтенсивніше використовувати основні сфери спеціалізації компаній.

5. Глобальні умови функціонування медичної індустрії спричиняють масштабне застосування у сучасній медичній практиці проривних інноваційних і телекомунікаційних технологій, що є головною рушійною силою становлення принципово нової моделі взаємодії лікувально-профілактичних установ зі спеціалізованими медичними закладами на основі дистанційного надання медичних послуг і активного використання інформаційних технологій і кращих спеціалістів у формі телемедицини. Телемедицина втілює у собі найбільш проривні інноваційні підходи у наданні медичних послуг, поєднуючи, з одного боку,

передові знання й обладнання, а з другого – сукупність інформаційних і комунікаційних технологій для дистанційного медичного обслуговування пацієнтів і обміну спеціалізованою інформацією. Широке застосування телемедичних технологій дає змогу сформувати глобальні інформаційні мережі з обміну спеціалізованою інформацією між пацієнтами і провайдерами медичних послуг, а також між різними їх постачальниками. У такий спосіб формується ядро багаторівневої інтегрованої моделі електронної системи охорони здоров'я, яка значною мірою нівелює асиметрію доступу широких верств населення до висококваліфікованих медичних послуг і кадрового ресурсу.

6. Динамічний розвиток інформаційних технологій, зростання добробуту світового населення, зниження транспортних витрат і лібералізація міжнародної торгівлі послугами суттєво розширюються сферу міжнародного медичного туризму із посиленням транскордонної мобільності пацієнтів. Міжнародний медичний туризм репрезентує гібридну сферу економічної діяльності, яка об'єднує не тільки інфраструктуру медустанов, але і різні галузі туристичного бізнесу і суміжні ринки. Завдяки цьому світовий ринок медичних послуг у першій чверті XXI ст. набув чітко вираженого інституційного формату глобальних мереж конгломератів медичного менеджменту; регулюючих й акредитаційних органів; агентств медичного туризму і фахівців у сфері медичних подорожей; візових, логістичних, консалтингових і транспортних компаній; інформаційних порталів і банківських установ. Міжнародний медичний туризм спричиняє фундаментальні зміни у транскордонному русі послуг, надаючи найбільші перспективи розвитку для тих держав, які володіють високими медичними технологіями, лояльним законодавством, гнучкою прикордонною і митною політикою та здатністю оперативно пристосовуватись до постійно змінних потреб пацієнтів.

7. Політичні та економічні реформи, що реалізовувались в Україні упродовж усього періоду її державної незалежності, мали для українського суспільства невинувато високу соціальну ціну, яка знайшла свій прояв у депопуляції і підвищенні загальної смертності населення, скороченні тривалості і якісних кондицій його життя, а також обвальному руйнуванню національної системи охорони здоров'я й обмеженні справедливого доступу громадян до якісних медичних послуг на принципах соціальної рівності і солідарності. Основними

структурними проблемами, які нагромадились у вітчизняній медичній індустрії і стримують її розвиток, є неефективний кількісно-орієнтований метод її фінансування, нераціональна система первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги, недосконалі механізми державних закупівель лікарських препаратів, їх реімбурсації і референтного ціноутворення. Низька якість медичних послуг, що продукуються вітчизняними закладами охорони здоров'я, значно обмежує їх позитивний вплив на здоров'я українських громадян, стаючи по суті причиною марнотратного витрачання і без того обмеженого фінансування медичної сфери.

8. Програма реформування медичної сфери має охоплювати широкий спектр стратегічних трансформацій як власне медичної, так і економічної, соціально-трудової та освітньої сфер, а також загальної системи державного управління. Необхідним елементом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та підвищення ефективності державного регулювання цієї сфери є надання медичним закладам широкої економічної свободи та реальної фінансової автономії операційного функціонування із делегуванням їм низки повноважень у сфері управління власністю, заохоченням підприємницької активності продуцентів медичних послуг, імплементацією фінансових механізмів оптимізації їх витрат і підвищення ефективності управління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 100 most profitable hospitals by patient-service surplus. URL: <http://www.modernhealthcare.com/article/20160502/NEWS/160509991>
2. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: Report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997. – WHO, 1998.
3. A System of Health Accounts. Version 1.0. OECD, 2000.
4. Banzon E. Assessing the Feasibility of Public-Private Partnerships in Health in the Philippines. *Discussion Paper Series*. No. 2014-49. Philippine Institute for Development Studies, December 2014.
5. Becker D. S. Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. 3-rd ed. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1964.
6. Birdsall N., Diofasi A. Global Public Goods for Development: How Much and What for. Center for Global Development, May 15 2015.
7. Canoy M., Sauter W. Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands. Tilburg University, 2009.
8. Chisholm D., Banatvala N. Noncommunicable Diseases and Mental Disorders. *Finance and Development*, December 2014. P 18-19.
9. Clark A., Singh A. Trends in Telehealth. NACDS, August 8, 2016.
10. Clements B., Gupta S., Shang B. The recent slowdown in the growth of public health spending in advanced economies is not likely to last. *Finance and Development*, December 2014. P. 22-25.
11. Consumer Expenditures – 2018. Economic News Release. Bureau of Labour Statistics. US Department of Labour, September 10, 2019. URL: <http://www.bls.gov/news.release/cesan.nr0.htm>
12. Current health expenditure (CHE). Data by WHO region. Global Health Observatory data repository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDGCHEPERCAPITAREGv?lang=en>

13. Dalen J. E., Alpert J. Medical Tourists: Incoming and Outgoing. *The American Journal of Medicine*. 2019. Volume 132, Issue 1. URL: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(18\)30620-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(18)30620-X/fulltext)
14. DENTSPLY и Sirona заключили окончательное соглашение о слиянии. Новости, 16.09.2015. URL: <http://www.sirona.ru/press-releases-news-detail/32103/>
15. Domestic general government health expenditure (% of GDP). The World Bank. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>
16. Drugmaker Shire to buy Baxalta for \$32 billion after six-month pursuit. – Reuters, Mon. Jan. 11, 2016. URL: <http://www.reuters.com/article/us-baxalta-m-a-shire-idUSKCN0UP1CF20160111>
17. Eto H. New Business Opportunities in the Growing E-Tourism Industry. University of Tsukuba. Tokio, 2015.
18. Euro Health Consumer Index 2018. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Euro_health_consumer_index
19. European Federation for Medical Informatics. Working Groups. URL: <https://www.efmi.org/about>
20. Export of Health Services. A Primary Survey in India. Ministry of Commerce and Industry, Government of India Directorate General of Commercial Intelligence, April 2017.
21. Gelles D. Shire to Buy NPS Pharmaceuticals for \$ 5.2 Billion. The New York Times, Jan. 11 2015. URL: https://dealbook.nytimes.com/2015/01/11/shire-to-buy-nps-pharmaceuticals-for-5-2-billion/?_r=0
22. Global Healthcare Private Equity and Corporate M&A Report 2016. Bain Report, April 20, 2016. URL: <http://www.bain.com/publications/articles/global-healthcare-private-equity-and-corporate-ma-report-2016.aspx>
23. Global MTI 2016-2017. URL: https://assets.website-files.com/5d8aac42c851d2d6528d50d4/5dcadde5375b7c9a133d10cf_MTI_INFOGRAPH.pdf
24. Gokhale J. Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes. Cato Institute Policy Analysis. 2007. No. 597, July 19.
25. Gross fixed capital formation in the health care system. URL: <http://stats.oecd.org/>

26. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. 1972. Vol. 80. № 2. P. 223-255.
27. Guide for Investors in Private Health Care in Emerging Markets. IFC, World Bank Group, 2012.
28. Guide for Investors in Private Health Care in Emerging Markets. Public Disclosure Authorized. International Finance Corporation. The World Bank, 2016.
29. Gunasekera K., Bremer M. Medical Tourism: What's Next for Asia? Stax Perspective on the Asian Medical Tourism Industry, March 2015.
30. Health at a Glance 2015. OECD, 2015.
31. Health at a Glance 2019. OECD Indicators. OECD, 2019.
32. Health at a Glance: Europe 2016. OECD / European Union, 2016.
33. Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Summary. – OECD, 2016.
34. Health at a Glance: Europe 2018. OECD-European Union, 2018.
35. Health Care Resources. OECD Stat. URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30183>
36. Health expenditure and financing. OECD Stat. URL: <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en>
37. Health Expenditure and Financing. OECD Statistics. URL: <http://stats.oecd.org/#>
38. Health systems in transition: Georgia. Health system review. 2009. Vol. 11 No. 8.
39. Health Workforce Migration: Migration of Doctors, OECD Statistics. URL: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_WFMI
40. Health Workforce Migration: Knowledge for policy. European Commission, 9 October 2019. URL: https://ec.europa.eu/knowledge4policy/dataset/ds00124_en
41. Healthcare IT Outsourcing Market 2019 Global Trend, Segmentation And Opportunities Forecast to 2024. Market Watch, 09.10.2019. URL: <https://www.marketwatch.com/press-release/healthcare-it-outsourcing-market-2019-global-trend-segmentation-and-opportunities-forecast-to-2024-2019-10-09>

42. Healthcare Outsourcing 2012: Trends in Patient Care and Information Technology Services. – Waller, 2012.
43. Hicks J. The Foundations of Welfare Economics. *Economic Journal*. 1939. Vol. 49. No. 196 (49). P. 696-712.
44. Hospital Beds. Total, per 1000 inhabitants, 1960-2018. OECD Stat. URL: <https://data.oecd.org/healtheqt/hospital-beds.htm>
45. Human Development Report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. Human Development for Everyone. UNDP, 2019.
46. International Standard Industrial Classification of All Economic Activity. – Revision 4/. Statistical Papers. Series M No. 4/Rev.
47. International standards in laboratory medicine / Kallner A. *Clinica Chimica Acta*. 2001. Volume 307. Issue 1-2. P. 181-186.
48. Japsen B. Obama Care, Doctor Shortage to Spur \$2 Billion Telehealth Market. *Forbes*, Dec. 22. 2013. URL: <https://www.forbes.com/sites/brucejapsen/2013/12/22/obamacare-doctor-shortage-to-spur-2-billion-telehealth-market/#32d544d92abe>
49. Joint Commission International. URL: <http://www.jointcommissioninternational.org/achieve-accreditation/>
50. Karimi S., Agharahimi Z., Yaghoubi M. Impacts of outsourcing in educational hospitals in Iran: A study on Isfahan University of Medical Sciences-2010. 2015. Vol. 1.
51. Kaul I., Grunberg I., Stern M. *Global Public Goods*. New York: Oxford University Press, 1999.
52. Kelley E. Medical Tourism. WHO Patient Safety Programme, 02 October 2013.
53. Key Industry Insight. Healthcare. July 2019. URL: <https://www.fortunebusinessinsights.com/industry-reports/telehealth-market-101065>
54. Khorana S. International Trade in the Health Sector: Forgotten Frontier? *Trade Hot Topics*. 2016. Issue 126.
55. Kim J., Alanazi H., Daim T. Prospects for Telemedicine Adoption: Prognostic Modeling as Exemplified by Rural Areas of USA. *Foresight and STI Governance*. 2015. Vol. 9. №4. P. 32–41.

56. Lancaster J. Surgeries, side trips for medical tourists. Washington Post. October 21, 2004.

57. Liutak O. Features of institutional change in the context of accounting standardization and universalization of the regulatory mechanism for international tourist activities / Olena Liutak, Hanna Chepurda, Serhii Voitovych // *Baltic Journal of Economic Studies*, Volume 4 Number 2. Riga: Publishing House “Baltija Publishing”, 2018. S. 119-126.

58. Loo J. Healthcare: Our 2016 Outlook, January 19, 2016. URL: <http://marketintelligence.spglobal.com/our-thinking/ideas/healthcare-our-2016-outlook>

59. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S. T., Horsfall D., Mannion R. Medical Tourism: Treatment, Markets and Health System Implications: A Scoping Review. OECD: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2015.

60. M&A Healthcare Equipment & Supplies. IMAA Institute. URL: <https://imaa-institute.org/m-and-a-by-industries/>

61. Maddison A. The West and the Rest in the World Economy: 1000-2030. Maddisonian and Malthusian interpretations. *World Economics*. Vol. 9. No. 4, October – December 2008.

62. Mawlood F. 10 best countries for medical tourism – top destinations for treatment, 26.11.2019. URL: <https://en.bookimed.com/article/top-10-medical-tourism-destinations-best-countries-for-treatment/>

63. McWilliams A. Market Research Report Telemedicine: Opportunities for Medical and Electronic Providers. Project Analyst. BCC Research, 2011.

64. Medical Tourism Market – Grows, Trends, and Forecast (2020-2025). Mondor Intelligence. URL: <https://www.mondorintelligence.com/industry-reports/medical-tourism-market>

65. Medical Tourism Market (India, Thailand, Singapore, Malaysia, Mexico, Brazil, Taiwan, Turkey, South Korea, Costa Rica, Poland, Dubai and Philippines). Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2013 - 2019. URL: <http://www.transparencymarketresearch.com/medical-tourism.html>

66. Medical Tourism Statistics. URL: <http://medvoyage.info/medtourism/statistics> (accessed 17 July 2013) (in Russian).

67. Meyer H. Not-for-profits dominate top-10 list of hospitals with biggest surpluses. *Modern Healthcare*, May 2, 2016.

68. Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. URL: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.

69. Musgrave R. *The Theory of Public Finance*. N.Y.: McGraw-Hill, 1959.

70. Nason V. The Dangerous Practice of Seeking Medical Treatments Abroad. *Patients Beyond Borders in the News*, 26 October 2016. URL: https://www.vice.com/en_us/article/the-dangerous-practice-of-seeking-medical-treatments-abroad

71. National Health Expenditure Projections 2015-2025 Forecast Summary. URL: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2015.pdf>

72. National Health Expenditure Projections 2018-2027. Forecast Summary. URL: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/ForecastSummary.pdf>

73. North America Telemedicine Market to reach USD 43.379 billion by 2025. Market Size, Growth and Forecast Analysis. Press Release, Apr 26, 2019. URL: <https://www.marketwatch.com/press-release/north-america-telemedicine-market-to-reach-usd-43379-billion-by-2025-market-size-growth-and-forecast-analysis-2019-04-26>

74. Number of people without health insurance in the United States from 2010 to 2018 (in millions). Statista. The Statistics Portal. URL: <https://www.statista.com/statistics/200955/americans-without-health-insurance/>

75. Offshore Shell Games 2017. The Use of Offshore Tax Havens by Fortune 500 Companies. October 2017.

76. Patients Beyond Borders. Medical Tourism: A Free Market Alternative to Obama Care, February 2013. URL: <http://www.theobjectivestandard.com/blog/index.php/2013/02/medical-tourism-a-free-market-alternative-to-obamacare/>.

77. Pfizer Confirms Termination of Proposed \$160 Billion Allergan Merger. *Blumberg*, 6 April 2016. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-04-06/pfizer-allergan-end-160-billion-merger-amid-new-tax-rules>

78. Piazzolo M. Medical Tourism - A Case Study for the USA and India, Germany and Hungary. *Acta Polytechnica Hungarica*. 2011. Vol. 8. No. 1. P. 137-160.

79. Povoroznyk M. Iu. The analysis of medical services models organization. *Nauka I Studia*. 2016. №24-2 (156). Przemysl, Poland. P. 70-74.

80. Projected number of telehealth* patients worldwide from 2013 to 2018 (in millions). Statista. 6 September 2019. URL: <https://www.statista.com/statistics/302641/global-telehealth-market-patients/>

81. Public and private per capita health expenditure in selected countries in 2016 (in U.S. dollars). Statista. URL: <https://www.statista.com/statistics/283221/per-capita-health-expenditure-by-country/>

82. Public-Private Partnership Stories. Romania: Outpatient Dialysis Services. International Finance Corporation. URL: https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/bd0406ee-21d8-4126-bf38-5f599aa41d1f/PPPStories_Romania_OutpatientDialysisServices.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IKbKiDr.

83. Reznikova N. Indicators of international trade orientation of Ukraine in the context of assessment of the effectiveness of its export relations / N. Reznikova, O. Osaulenko, V. Panchenko // *Statistics in transition new series*, March 2018 Vol. 19, No. 1, P. 119-134. URL: https://www.exeley.com/statistics_in_transition/doi/10.21307/stattrans-2018-007

84. Reznikova N. The policy of economic nationalism: from origins to new variations of economic patriotism / N. Reznikova, V. Panchenko, O. Bulatova // *Baltic Journal of Economic Studies*. 2018. Vol. 4. No. 4 September, P. 51-59. URL: <http://www.baltijapublishing.lv/index.php/issue/article/view/510>

85. Samuelson P. A. Diagrammatic Exposition of a Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics*. November 1955. Vol. 37. No. 4. P. 350-356.

86. Samuelson P. A. The Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics*. November 1954. Vol. 36. No. 4. P. 387-389.

87. Smith R. D. Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. *Social Science & Medicine*. 2004. №59. P. 2313-2323.

88. Smith R. D., Rupa C., Viroj E. Trade in health-related services The Lancet, 2009. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61778-X/fulltext?dgcid=recommender_referral_trendmd](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61778-X/fulltext?dgcid=recommender_referral_trendmd)
89. Smith R., Woodward D., Acharya A., Beaglehole R., Drager N. Communicable Disease Control: a Global Public Good Perspective. Health Policy and Planning. 2004. № 19 (5). P. 271-278;
90. Statistical Abstract of the United States 1989. 109-th Edition. US Department of Commerce. Bureau of the Census, 1989.
91. Telemedicine Market (Specialty, Cardiology, Dermatology, Neurology, Orthopedics, Emergency Care, Internal Medicine, Gynecology, and Others) and Services (Tele-Consultation, Tele-Monitoring, Tele-Education, Tele-Training, Tele-Care, and Tele-Surgery) – Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2014 – 2020. URL: <http://www.transparencymarketresearch.com/telemedicine-market.html>
92. Telemedicine Market. Industry Trends. Global Market Insight. March 2019. URL: <https://www.gminsights.com/industry-analysis/telemedicine-market>
93. The \$11.9 Trillion Global Healthcare Market: Key Opportunities & Strategies (2014-2022). Business Wire, June 25, 2019 URL: <https://www.businesswire.com/news/home/20190625005862/en/11.9-Trillion-Global-Healthcare-Market-Key-Opportunities>
94. The Global HIV/AIDS Epidemic. Global Statistic, 31 July 2019. URL: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics>
95. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World. Policy Analysis. № 613 (March 18, 2008).
96. The Growing Use of Videoconferencing in the Healthcare Market. A Frost & Sullivan White Paper. Prepared by I. Petruczynik.
97. The Henry J. Kaiser Family Foundation. URL: <http://kff.org/statedata/>
98. Tirole J. Market Power and Regulation / J. Tirole // Compiled by the Economic Sciences Prize Committee of the Royal Swedish Academy of Sciences. URL: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2014/advanced-economicsciences2014.pdf
99. Trends in Telemedicine: Healthcare of the Future, Now. – Office Practicum.

100. U.S. national health expenditure from 1960 to 2019 (in billion U.S. dollars). Statista. The Statistics Portal. URL: <https://www.statista.com/statistics/184688/us-national-health-expenditure-since-1960/>
101. U.S. Telemedicine Market to hit \$64 billion by 2025: Global Market Insights, Inc. Global Market Insight. September 26, 2019. URL: <https://www.globenewswire.com/news-release/2019/09/26/1921181/0/en/U-S-Telemedicine-Market-to-hit-64-billion-by-2025-Global-Market-Insights-Inc.html>
102. White paper: The growing trend toward telehealth. Health and Productivity Practice. Wells Fargo Insurance Services USA, September 2014.
103. Williams A. Difference between Urban and Rural India. URL: <http://www.differencebetween.net/miscellaneous/difference-between-urban-and-rural-india/>
104. Woodward D. The GATS and Trade in Health Services: Implications for Health Care in Developing Countries. Review of International Political Economy. 2005. № 12 (3). P. 511-534.
105. World Bank Indicators. Structure of Output. Table 4.2. URL: wdi.worldbank.org/table/4.
106. World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose. National Centre for Classification in Health, Australian Institute of Health and Welfare, World Health Organization.
107. World Health Organization. Health systems. URL: http://www.who.int/topics/health_systems/en/.
108. World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. WHO, 2010.
109. World Health Statistics 2014. WHO, 2014.
110. World Health Statistics 2015. WHO, 2015.
111. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDG's. WHO, 2016.
112. World Health Statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO, 2019.
113. World Trade Report 2019: The future of services trade. 2019.
114. Актуальні проблеми МЕН та світового господарства: колект. монографія / О.В.Баула, Т.М. Вісина, О.М. Лютак та ін. – Луцьк : Вежа-Друк, 2017. – 350 с.

115. Алімова С. Л. Інвестування галузі охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. Стратегічні пріоритети. 2016. №1 (38). С. 63-72.
116. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2017.
117. Андрейців І. Медреформа 2020: чого чекати усім лікарям, лікарням і пацієнтам. Відповідає Павло Ковтонюк. Українська правда, 25 липня 2019 р. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2019/07/25/237657/>
118. Антология экономической классики. В 2-х т. Т. 2. М.: МП «ЭКОНОВ», 1993.
119. Асланов Д. И. Системные представления о здоровье как основном компоненте человеческого капитала. Фундаментальные исследования. 2011. №12. С. 202-206.
120. Баландюх О. Медична реформа. Крок другий. Що чекає лікарів і пацієнтів з 1 квітня. Захід.нет, 29 січня 2020 р. URL: https://zaxid.net/medichna_reforma_krok_drugiy_n1496464
121. Баранов А. А., Вишнева Е. А., Намазова-Баранова Л. С. Телемедицина – перспективы и трудности перед новым этапом развития. Педиатрическая фармакология. 2013. Том. 10. №3. С. 6-11.
122. Бендукідзе К., Редер Ф., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. К.: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2014.
123. Блавацька О., Янишин У., Підгірна М. Приватне медичне страхування: організаційні та правові аспекти запровадження в Україні. Провізор. 2010. №8. URL: http://www.provisor.com.ua/archive/2010/N08/pmeds_0810.php?part_code=13&art_code=7617
124. Благун І., Третьак Г. Передумови виникнення і тенденції становлення податкового механізму ринкової економіки. Ефективність державного управління: збірник наукових праць. 2014. Вип. 41. С. 292-302.
125. Блок Ф. Роль государства в хозяйстве. *Экономическая социология*. 2004. Т. 5. № 2. С. 37–56.

126. 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». 2014. Вип. 8/2. С. 12-18.

127. Боровик А. О., Боровик О. А. Аутсорсинг в здравоохранении: сравнение отечественной и зарубежной практики. *Российское предпринимательство*. 2014. №12 (258). С. 135-147.

128. Бразовский К. С., Демкин В. П., Пеккер Я. С., Рязанцева Н. В. Технологии телемедицины – инструмент оптимизации ресурсов в здравоохранении. *Вестник науки Сибири*. Серия «Медицинские технологии». 2012. № 2 (3). С. 117-122.

129. Бьюкенен Дж. Границы свободы. Между анархией и Левиафаном / Бьюкенен Дж. М. Сочинения. Серия «Нобелевские лауреаты по экономике»; гл. ред. кол. Р. М. Нуреев и др. М., 1997.

130. Вадзинский Р. Н. Статистические вычисления в среде Excel. СПб.: Питер, 2008.

131. Видатки за функціональною класифікацією видатків та кредитування бюджету. Державна казначейська служба України. URL: www.treasury.gov.ua

132. Виноградов О. В., Рингач Н. О. Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej6/txts/07vovurz.htm>

133. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування. – Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html

134. Власова Н. Ю., Фечина А. О. Этапы становления мирового рынка медицинских услуг. *Управленец*. 2012. №7-8. С. 64-69.

135. Всесвітній день боротьби з туберкульозом 2017: доступ до лікування необхідний для забезпечення турботи про кожного. – Міністерство охорони здоров'я, 22.03.2017 р. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=249837100&cat_id=2442764

136. Галеева Г. Р. Организованные преступные группы в незаконном обороте органов и тканей человека. «Черный рынок» органов человека. *Вестник ВУиТ*. 2010. № 74.

137. Герасимов П. А. Специфика международного рынка медицинских услуг в условиях глобализации. *Российское предпринимательство*. 2013. №20 (242). С. 144-151.

138. Голованова І. А. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. №1 (1). С. 16-21.

139. Горинь М. О., Литвин О. Я. Міжнародний досвід в управлінні фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2013. Вип. 9 (1). С. 162-167.

140. Горохов С. В., Старинчук С. Д. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. *Актуальні проблеми філософії та соціології*. 2016. Вип. 9. С. 24-28.

141. Грищук С. М. Лікарняні каси як один з напрямків підготовки та впровадження медичного страхування URL: <http://socpharm.nuph.edu.ua/files/2015/05/%D0%93%D1%80%D0%B8%D1%89%D1%83%D0%BA-%D0%A1.%D0%9C.pdf>

142. Державна служби статистики України. URL: www.ukrstat.gov.ua;

143. Джангиров А. П. Экономический эффект оздоровительного туризма. *Управление экономическими системами: Электронный научный журнал*. 2011. Выпуск 35. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/ekonomicheskij-effekt-ozdorovitelnogo-turizma>

144. Динаміка оцінок медичної реформи. URL: http://ratinggroup.ua/research/ukraine/dinamika_ocenok_medicinskoy_reformy.html

145. Длугопольський О. В. Держава загального добробуту в Китаї: етапи становлення і проблеми побудови. *Економіка України*. 2014. №7. С. 69-81.

146. Длугопольський О. В. Охорона здоров'я в системі глобальних суспільних благ: міжнародні порівняння. *Економічна теорія*. 2011. №3. С. 83-97.

147. Допоміжний (сателітний) рахунок охорони здоров'я в Україні у 2017 році. Державна служба статистики України. URL: www.ukrstat.gov.ua

148. Дорошенко О. О., Шевченко М. В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. №1 (5). С. 16-21.

149. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. Звіт Комісії проекту Tacis BISTRO. URL: https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf

150. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB). URL: <http://data.euro.who.int/hfadb>

151. Економічний енциклопедичний словник: У 2 т. Т. 2 / За ред. С. В. Мочерного. Львів: Світ, 2006.

152. Епідемія туберкульозу в Україні: чому за 20 років проблема не подолана. 15 листопада 2019 р. URL: 4tv.ua/health/tuberkuloz_v_ukrayini_statistika_ta_chomu_tuberkuloz_nepodolaniy_n941123

153. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Державна служба статистики України. К., 2018.

154. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. №2002-VIII. Голос України. №81 від 05.05.2017 р.

155. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (№8602). Відомості Верховної ради України. 2012. №14.

156. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 2168-VIII р. з редакцією від 16.01.2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

157. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року» від 22 січня 2010 р. №1841-VI. Відомості Верховної Ради України. 2010. №13.

158. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» (№8603) // Відомості Верховної ради України. 2012. №12-13.

159. Зверяков М. И. Экономическая социодинамика: роль государства в современной экономике. *Экономическая теория*. 2013. №4. С. 109-110.

160. Здоров'я-2020: Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2012.

161. Ігнат'єва Г. Ф. Використання досвіду функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги в умовах децентралізації управління системою охорони здоров'я. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2014. №1.

162. Інституційне забезпечення бізнес-діяльності в умовах світової інтернаціоналізації сфер виробництва та послуг : монографія / О.В.Баула, Н.М. Галазюк, О.М. Зелінська, О.М. Лютак, Л.В. Савош. – Луцьк : Вежа-Друк, 2019. – 350 с.

163. Інституціонально-інформаційна економіка: підручник / А. А. Чухно, П. М. Леоненко, П. І. Юхименко; за ред. А. А. Чухна. К.: Знання, 2010.

164. Історичні аспекти розвитку медичного страхування в Україні / В. П. Ходаківська, А. А. Котвіцька, Є. С. Коробова, О. А. Пастухова. *Вопросы организации здравоохранения*. 2012. № 5 (74). С. 116–119.

165. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. №2. С. 431-437.

166. Кац И. С., Севастьянова Е. А., Веретенникова А. Ю. Теоретико-методологический анализ современных подходов к исследованию сектора общественных благ. *Вестник УрФУ. Серия экономика и управление*. 2015. Том 14. №5. С. 670-686.

167. Классификатор услуг ГАТС («Классификационный перечень секторов услуг»). URL: <http://www.rospravo.ru/files/sites/4082eee697f42d77dec03120ca66fd20.pdf>

168. Князевич В. Первинна медико-санітарно допомога / сімейна медицина. Київ, 2010.
169. Ковалева И. П. Зарубежный опыт развития медицинского туризма на примере Германии. *Актуальные вопросы экономических наук*. 2015. №42. С. 107-115.
170. Коваль Д. А. Финансирование стационарной помощи по системе диагностически-родственных групп (DRG). URL: http://www.hta-rus.ru/files/koval_1301479885.pdf
171. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016р. № 1002-р.). URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>
172. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український медичний часопис*. 2013. №4 (96). С. 20-26.
173. Кошелев И. А. Тенденции развития телемедицинских технологий в современном мире. *Медицинский альманах*. 2010. №1. С. 13-17.
174. Кудряшов Ю. Ю., Атьков О. Ю., Прохоров А. А., Довгалецкий Я. П. «Домашнее лицо» персональной телемедицины. Врач и информационные технологии. 2014. №1. С. 57-64.
175. Куликов А. Ю. Модернизация рынка медицинских услуг. *Фармаэкономика*. 2012. №1. Том 5. С. 24-26.
176. Куликов А. Ю. Роль страховых компаний в развитии рынка медицинских услуг и его социализация. *Фармаэкономика*. 2010. Т. 3. №2. С. 44-50.
177. Кундєєва Г. О., Римаренко М. К. Здоров'я в контексті розвитку економічної теорії. *Вісник ЖДТУ*. 2014. №33 (69). С. 139-143.
178. Лебедев А. А., Гончарова М. В. Аутсорсинг на рынке медицинских услуг. Национальные проекты. 2008. №5 (24). С. 42-45.
179. Леванов В. М. От телемедицины до электронного здравоохранения: эволюция терминов. *Медицинский альманах*. 2012. № 2 (21). С. 16-19.
180. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. №4 (61). С. 99-105.

181. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 2 (49). С. 198-206.
182. Лібанова Е., Курило І. Демографічний прогноз: що очікувати українцям до 2050 року? *Урядовий кур'єр*. 2012. № 18 (4662). С. 2-3.
183. Лікарняна каса Полтавщини. Благодійна організація «Лікарняна каса Полтавщини». URL: <http://www.poltavalk.com.ua>.
184. Лопаева С. Расходы американцев на медицину ежегодно будут расти на 5,8%. Нова Медика, 31 июля 2015 г. URL: http://novamedica.com/ru/media/theme_news/p/3028-rashodyi-amerikantsev-na-meditsinu-ejegodno-budut-rasti-na-58
185. Лютак О.М., Столярчук Я.М., Войтович С.Я. Структурна динаміка розвитку ринку медичних послуг України в умовах глобальних трансформацій *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 4 (214). С. 4-12.
186. Мальтус Т. Опыт о законе народонаселения. М., 1993.
187. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т 46. Ч. 2. М., 1968.
188. Маршалл А. Принципы экономической науки. В 3 т. Т. 1; пер. с англ. М.: Прогресс, 1993.
189. Машина Н. І. Міжнародне страхування: навчальний посібник / Н. І. Машина. К.: Центр навчальної літератури, 2006.
190. Медведев С. А., Томашов И. А. Концепция глобальных общественных благ. *Вестник международных организаций*. 2009. №2 (24). С. 21-28.
191. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати). Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2004. № 5 (41). С. 67–78.
192. Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах економічної нестабільності: матер. наук. конф. проф.-викл. складу. – Тернопіль: ТНЕУ, 2010.
193. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
194. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років.
195. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2011.

196. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2011.
197. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2016.
198. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017.
199. Нуреев Р. Джеймс Бьюкенен и теория общественного выбора / Нобелевские лауреаты по экономике. М., 1997.
200. Олійник В. М. Нові вектори реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні. *Проблеми і перспективи розвитку банківської системи України*: Збірник наукових праць. 2014. Випуск 38. С. 213-219.
201. Онікієнко В.В. Ринок праці та соціальний захист населення України: ретроаналіз, проблеми, шляхи вирішення: [науково-аналітична монографія] / В.В. Онікієнко. К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2013.
202. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік: Аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, В. А. Голик та ін.; за ред. С. І. Черняка. Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2016.
203. Павленко Е. В. Киберпространство медицины: интернет как враг и союзник врача. *Социология медицины*. 2013. №1 (22). С. 42-46.
204. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №2. С. 64-82.
205. Петти У. Экономические и статистические работы. Т. I, II; пер. с англ. М.: Соцэкгизб, 1940.
206. Підсумки діяльності страхових компаній за 2011 рік. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: https://nfp.gov.ua/files/OgliadRinkiv/sk_4kv_2011.pdf;
207. Підсумки діяльності страхових компаній за 2013 рік. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: https://nfp.gov.ua/files/OgliadRinkiv/SK/sk_%202013.pdf;

208. Підсумки діяльності страхових компаній за 2016 рік. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: https://nfp.gov.ua/files/sk_%202016.pdf

209. Підсумки діяльності страхових компаній за 2018 рік. Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: <https://forinsurer.com/files/file00654.pdf>

210. Пікетті Т. Капітал у XXI столітті. Пер. з англійської. К.: Наш формат, 2016.

211. Поворозник М. Ю. Асиметричність фінансування охорони здоров'я в контексті формування ефективності надання медичних послуг. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки». 2018. Випуск 29. С. 60-63.

212. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації медичних послуг. Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал. 2016. Випуск 11. С. 41-43.

213. Поворозник М. Ю. Варіативність національних моделей систем медичних послуг. Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 16-17 грудня 2016 р., м. Львів, 2016. С. 28-29.

214. Поворозник М. Ю. Євроінтеграційний імператив стратегічної трансформації української системи охорони здоров'я. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2018. №2 (13). URL: <http://www.easterneurope-ebm.in.ua/13-2018-ukr>.

215. Поворозник М. Ю. Інноваційне реформування національної медичної системи: імплементація європейських фінансових і економічних практик. Ефективна економіка. 2018. №3. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua>

216. Поворозник М. Ю. Категоріальні параметри «медичних послуг» у глобальному просторі. Бізнес Інформ. Науковий журнал. 2016. №11. С. 14-18.

217. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз медичних послуг як глобальних суспільних благ. Економіка, фінанси, бухгалтерський облік: сучасний стан і перспективи розвитку: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1 лютого 2017 р., м. Полтава, 2017. С. 8-12.

218. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал. 2017. Випуск 14. С. 25-28.

219. Поворозник М. Ю. Критеріальна ідентифікація медичних послуг як глобальних суспільних благ. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2017. Випуск 15. С. 81-85.

220. Поворозник М. Ю. Критеріально-класифікаційна ідентифікація категорії «медичні послуги». Економіка та суспільство. 2016. № 6. URL: <http://www.economyandsociety.in.ua/>

221. Поворозник М. Ю. Міжнародний медичний туризм у формуванні глобального сегменту медичних послуг. Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. праць. 2017. № 63-64 (2-3). С. 16-24.

222. Поворозник М. Ю. Особливості сучасного міжнародного медичного туризму. Сучасні особливості шляхів вирішення економічних проблем розвитку: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 29-30 вересня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 10-11.

223. Поворозник М. Ю. Роль та значення медичних послуг у відтворенні глобального людського ресурсу. Ефективність політики економічного зростання: теорія, методологія та практика: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 січня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 13-15.

224. Поворозник М. Ю. Соціальні ефекти розвитку сфери медичних послуг в умовах глобалізації. Розвиток міжнародних економічних відносин: внутрішні та зовнішні фактори впливу: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 24-25 лютого 2017 р., м. Київ, 2017. С. 20-22.

225. Поворозник М. Ю. Трансформаційні перетворення системи охорони здоров'я в Україні: євроінтеграційний вимір послуг. Науковий економічний журнал «Інтелект XXI». 2018. Випуск 1. С. 28-32.

226. Поворозник М. Ю. Узагальнюючі показники системи охорони здоров'я України як відображення структурних трансформацій галузі. Розвиток сучасних міжнародних економічних відносин: фінансово-економічні та соціальні чинники:

зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 2 березня 2018 р., м. Одеса, 2018. С. 42-44.

227. Поворозник М.Ю. Форсайт кон'юнктурних критеріїв ринку медичних послуг в Україні. Світ економічної науки: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1-27 лютого 2018 р., м. Тернопіль, 2018. С. 140-143.

228. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. К.: НІСД, 2012.

229. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF>

230. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації. Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009.

231. Реєстр граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби: МОЗ розширено вимоги Постанови КМУ №863. Аптека, 26 січня 2017 р. URL: <http://www.apteka.ua/article/399123>

232. Резнікова Н. В. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації / Н.В. Резнікова, О. А. Іващенко, О. І. Войтович. *Ефективна економіка (електронне видання)*. – №1 (січень). 2018. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>

233. Резнікова Н. В. Про співвідношення понять лікувального і оздоровчого туризму в контексті оцінки потенціалу міжнародного ринку медичних послуг / Н.В. Резнікова, О. А. Іващенко, О. І. Войтович. *Ефективна економіка (електронне видання)*. – №2 (лютий). 2018. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6278>

234. Резнікова Н. В. Порівняльна та конкурентна переваги в міжнародному бізнесі: теоретико-методологічні підходи до пошуку їхнього синтезу / Н. Резнікова, М. Рубцова // *Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки»*:

- збірник наукових праць (електронне видання). №8. 2016.
URL: http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3516/3188
235. Резнікова Н. В., Рубцова М.Ю. Проблема комерціалізації медичних послуг й дотримання конкуренції в сфері охорони здоров'я: механізми викривлення ринку та особливості їхній протидії. *Міжнародні відносини*. Серія «Економічні науки». 2018. №12. URL: http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3660
236. Резнікова Н.В., Іващенко О. А., Рубцова М. Ю. Сфера охорони здоров'я в фокусі міжнародної торгівлі і глобальних проблем розвитку: режими надання послуг в сучасних міжнародних економічних відносинах. *Ефективна економіка (електронне видання)*. №1 (січень). 2019.
237. Риккардо Д. Сочинения. Т. 1. М., 1995.
238. Рубинская Э. Д. Развитие международной миграции рабочей силы в динамике глобализационных процессов. *Вопросы регулирования экономики*. 2015. Том 6. №1. С. 83-90.
239. Русанова Н. Е. «Репродуктивный туризм» в России: возможности и проблемы. *Сервис плюс*. 2009. №3. С. 83-86.
240. Сердюк О. І., Короп О. А., Рогожин Б. А., Просоленко Н. В. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінсько-фінансової діяльності провайдерів медичних послуг. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. №1 (5). С. 67-70.
241. СНІД в Україні: статистика на 01.11.2019. Фонд Олени Пінчук. URL: http://www.antiaids.org/ukr/news/aids_stat/snd-v-ukran-statistika-na-01112019-11352.html
242. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22.07.1946 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_599).
243. Степанова Е. Trumpcare vs Obamacare: дорого и эффективно или бережливо и на свой страх и риск? *Зеркало недели*, 7 апреля 2017 г. URL: http://gazeta.zn.ua/HEALTH/trumpcare-vs-obamacare-dorogo-i-effektivno-ili-berezhливо-i-na-svoy-strah-i-risk-244858_.html
244. Степанова О. В., Іголкін І. В. Реформування системи охорони здоров'я у США. *Фінанси України*. 2012. №3. С. 69-82.

245. Степурко Т. Г. Індекс здоров'я. Україна – 2018: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2018.
246. Столярчук Я. М. Глобальні асиметрії економічного розвитку: монографія. К.: КНЕУ, 2009.
247. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват: пункт 13.4 повестки дня шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-ru.pdf
248. Супрун розповіла, скільки українців уклали декларації з лікарями. Уніан, 16 січня 2019. URL: <https://www.unian.ua/health/country/10410309-suprun-rozpovila-skilki-ukrajinciv-uklali-deklaraciji-z-likaryami.html>
249. Технологии телемедицины: UnitedHealth Group. T-Comm – Телекоммуникации и транспорт. 2009. №5.
250. Туберкулез в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки). Міністерство охорони здоров'я. К., 2013.
251. Туберкулез: знайти і вилікувати кожного. URL: <http://podil.kievcity.gov.ua/files/2015/4/2/tub.pdf>
252. Україна 2030: Доктрина збалансованого розвитку. – Львів: Кальварія, 2017.
253. Устинов А. В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. *Український медичний часопис*. 2013. №3. С. 28-31.
254. Устінов О. В. Переваги та ризики медичної реформи: погляд Президента. *Український медичний часопис*, 09 вересня 2017 р. URL: <http://www.umj.com.ua/article/114154/perevagi-ta-riziki-medichnoyi-reformi-poglyad-prezidenta>
255. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе: проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ, 2010.
256. Хорозов О. А. Застосування національних рахунків охорони здоров'я при формуванні галузевого балансу. *Математичне моделювання в економіці*. 2013. Вип. 2. С. 48-59.

257. Черненко Д. І. Статистичне прогнозування кон'юнктури ринку лабораторних медичних послуг в Україні. *Бізнес Інформ*. 2015. №4. С. 263-268.

258. Шрайнер О. О. Аутсорсинг в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. *Актуальные вопросы экономических наук*. 2017. №56. С. 239-244.

259. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МВЦ «Медінформ», 2018.

260. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2016.

261. Анчишкин А.И. Наука – техника – экономика. 2-е изд. М.: Экономика, 1989.

262. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» №1074 від 27.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>

263. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

264. Костенко Т. А., Стоколюк В. В., Заволока Л. О. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду. *Молодий вчений*. 2018. № 5 (57). С. 721-725.

265. Козаченко О. Україна посіла 93 місце в Глобальному індексі здоров'я Bloomberg. Ми «виросли» на шість позицій. URL: <https://thebabel.com.ua/news/26338-bloomberg-opublikuvav-globalniy-indeks-zdorov-ya-ukrajina-na-93-misci>

ДОДАТКИ

Динаміка поширення окремих соціально небезпечних захворювань за країнами світу в окремі роки¹²

Країна	Рівень материнської смертності (осіб на 100 тис. живих новонароджених)			Рівень неонатальної смертності (осіб на 1 тис живих новонароджених)	Рівень смертності від ВІЛ / СНІД (осіб на 100 тис. населення)		Рівень смертності від туберкульозу серед ВІЛ-позитивних і ВІЛ-негативних осіб (осіб на 100 тис. населення)		Кількість виявлених випадків малярії (на 1 тис. осіб, які перебувають в зоні ризику)	Кількість виявлених випадків туберкульозу (осіб на 100 тис. населення)		Кількість виявлених випадків інфікування ВІЛ / СНІД (осіб на 100 тис. населення)	
	1990	2000	2015	2017	2001	2014	2000	2018	2017	2000	2017	2001	2017
Аргентина	71	63	52	6	7,7	8,9	2,3	1,3	0,0	40	26	209	150
Австралія	7	9	6	2	0,3	0,2	0,2	0,22	...	6,2	6,8	...	40
Австрія	10	5	4	2	0,6	0,5	0,9	0,42	...	17	7,4	...	20
Бельгія	10	9	7	2	...	...	0,8	0,34	...	14	9,2	...	...
Бразилія	120	85	44	9	8,4	7,8	4,4	3,2	5,1	60	44	...	240
Габон	380	330	291	22	187	143	81	102	168,9	527	444	3348	1600
Екваторіаль-на Гвінея	1600	790	342	31	187	194	0,0	60	343,3	101	191	2276	3450
Ерітрея	1700	670	501	18	66	19	7,7	17	22,9	157	78	738	160
Камбоджа	1200	540	161	15	48	18	128	21	18,4	577	390	848	514
Канада	6	7	7	4	1,5	1,1	0,3	0,36	...	6,5	5,2	...	...
Китай	97	63	27	5	...	...	8,7	2,8	0,0	109	68	...	...
Кот-д'Івуар	740	670	645	34	283	157	56	32	138,9	369	165	3845	1290
Данія	9	9	6	3	0,7	0,5	0,4	0,33	...	13	7,1	...	20
Фінляндія	6	7	3	2	...	...	1,6	0,35	...	12	5,6	...	...
Франція	12	9	8	2	2,0	0,7	1,1	0,58	...	13	8,7	...	80
Німеччина	13	7	6	2	...	...	0,6	0,39	...	12	6,2	...	30
Індія	560	370	174	24	13	11	39	33	7,7	216	167	222	100
Ісландія	7	6	3	1	0,7	0,1	0,4	0,41	...	5,3	3,3	...	...
Ізраїль	12	9	5	2	...	...	0,6	0,21	...	10	5,8	...	...
Італія	10	4	4	2	2,8	1,4	0,9	0,61	...	7,1	6	...	50
Малайзія	56	40	40	4	18	18	6,9	4,9	0,1	95	103	227	250
Мозамбік	1300	870	489	27	210	305	75	145	337,9	513	551	4508	4750
Нігер	1000	850	553	26	28	20	46	19	358,6	191	98	500	80
Нігерія	1200	950	814	33	120	142	38	80	281,1	172	322	2044	...
Нідерланди	11	15	7	2	...	...	0,2	0,21	...	9,0	5,8	...	30
Нова Зеландія	18	12	11	3	0,1	0,1	0,3	0,3	...	10	7,4	...	...
Норвегія	9	8	5	2	...	...	0,2	0,37	...	5,7	8,1	...	30
Пакистан	400	280	178	44	1	2,0	69	21	4,9	231	270	6,8	100

¹² World Health Statistics 2014. WHO, 2014. P. 74-89. World Health Statistics 2016. WHO, 2016. P. 104-111. World Health Statistics 2019. WHO, 2019. P. 82-117. GLOBAL Tuberculosis Report 2019. WHO, 2019. P. 267-270.

Респ. Корея	18	19	11	2	...	...	2,7	4,8	0,1	54	86	...	...
Російська Федерація	74	57	25	3	15	43	21	7,2	...	127	84	...	70
Руанда	1400	1000	290	16	267	49	49	7,7	505,6	325	63	2761	610
Лесото	720	680	487	38	858	755	16	200	...	553	852	14822	9070
Ліберія	1200	1100	725	25	67	40	54	78	192,6	242	308	1110	510
Японія	14	10	5	1	...	...	2,2	22	...	36	18	...	10
Африка	960	820	542	27	221	377	38	57	219,4	310	237	3203	1220
Америка	110	81	52	8	15	20	3,5	2,3	7,3	41	28	303	160
Південно- Східна Азія	520	340	164	21	13	22	43	33	7,1	220	226	213	80
Європа	42	29	16	5	5,1	20	8,1	3	0,0	73	30	170	180
Східно- Серед- земномор- ський регіон	340	300	166	27	2,0	5,5	29	11	14,8	118	113	36	60
Західно- Тихоокеан- ський регіон	110	78	41	6	2,1	6,8	12	5,0	2,5	119	95	43	60
Світ у цілому	380	330	216	18	32	56	22	20	59,1	148	134	494	250

ДОДАТОК Б

Структура витрат у сфері медичних послуг за країнами світу у період 2000-2012 рр.¹³

Країна	Сукупні витрати на систему охорони здоров'я, % ВВП		Загальні державні витрати на охорону здоров'я, % сукупних витрат		Приватні витрати на охорону здоров'я, % сукупних витрат		Зовнішнє фінансування охорони здоров'я, % сукупних витрат		Соціальне страхування системи охорони здоров'я, % загальних державних витрат		Готівкові виплати сімей на медичні послуги, % приватних витрат на охорону здоров'я		Приватні передплачені медичні послуги, % приватних витрат на охорону здоров'я		Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол. США за ПКС		Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол. США за ПКС	
	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2000	2012	2001	2012	2000	2012	2000	2012
Аргентина	7,6	6,8	53,9	69,3	46,1	30,7	0,0	0,7	59,6	52,8	63	65,5	30,7	25,9	841	1550	453	1074
Австралія	8,1	8,9	66,8	67,0	33,2	33,0	0,0	0,0	0,0	0,0	59,7	57,8	21,8	26,2	2255	3855	1507	2583
Австрія	10,0	11,1	75,6	75,9	24,4	24,1	0,0	0,0	58,6	55,1	62,1	65,2	19,4	18,5	2904	4812	2197	3652
Бельгія	8,1	10,9	74,6	75,2	25,4	24,8	0,0	0,0	85,4	85,5	80,9	82,3	15,4	16,9	2251	4345	1679	3268
Бразилія	7,2	9,5	40,3	47,5	59,7	52,5	0,5	0,1	0,0	0,0	63,6	57,8	34,3	40,4	626	1388	252	659
Габон	2,9	3,7	40,5	52,8	59,2	47,2	2,3	1,2	14,5	27,1	85,2	85,2	11,4	11,4	395	670	160	354
Екваторіальна Гвінея	2,7	3,4	79,3	80,3	20,7	19,7	7,4	1,6	0,0	0,0	80,1	84,4	0,0	0,0	255	1233	202	991
Ерітрея	4,1	3,0	39,1	46,5	60,9	53,5	29,8	24,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	47	36	18	17
Камбоджа	5,8	7,3	22,2	19,7	77,8	80,3	9,3	20,2	0,0	0,0	99,4	75	0,2	0,3	63	209	14	41
Канада	8,7	10,9	70,4	70,1	29,6	29,9	0,0	0,0	1,9	1,9	53,7	50,1	38,8	41,0	2534	4610	1783	3229
Китай	4,6	5,4	38,3	56	61,7	44	0,1	0,1	57,2	67,9	95,6	78,0	1,0	7,0	130	578	50	323
Кот-д'Івуар	6,2	6,5	29,6	30,4	70,4	69,5	4,4	6,7	2,0	6,6	78,9	78,3	3,8	4,0	144	181	43	55
Данія	8,7	11,0	83,9	85,8	16,1	14,2	0,0	0,0	0,0	0,0	90,9	87,4	8,7	12,1	2514	4615	2109	3958
Фінляндія	7,2	9,1	71,3	75,0	28,7	25,0	0,0	0,0	19,5	19,1	77,7	74,7	8,8	8,2	1857	3497	1323	2636
Франція	10,1	11,6	79,4	77,4	20,6	22,6	0,0	0,0	94,3	95,1	34,4	32,9	61,6	58,7	2556	4213	2029	3259
Німеччина	10,4	11,3	79,5	76,7	20,5	23,3	0,0	0,0	87,3	88,8	55,9	56	40,4	40,0	2682	4635	2133	3556
Індія	4,3	3,8	27	30,5	73,0	69,5	0,5	1,3	17,4	6,5	91,8	87,2	1,1	3,3	89	196	24	60
Ісландія	9,5	9,0	81,1	80,5	18,9	19,5	0,0	0,0	33,4	35,8	100	92,7	0,0	0,0	2765	3485	2241	2806
Ізраїль	7,1	7,4	62,6	59,8	37,4	40,2	0,0	0,0	72,5	71,8	75,7	64,5	10,5	26,4	1763	2315	1103	1384
Італія	7,9	9,2	74,2	77,3	25,8	22,7	0,0	0,0	0,1	0,4	89,6	82,8	3,5	4,3	2031	3153	1507	2438
Малайзія	3,0	4,0	55,8	55,2	44,2	44,8	0,7	0,0	0,7	0,9	76,3	78,0	10,8	16,4	378	894	211	494
Мозамбік	6,2	5,8	70,0	49,4	30,0	50,6	25,3	59,5	0,3	22,8	40,6	14,9	0,0	0,0	27	58	19	28
Нігер	5,8	6,1	26,2	33,1	73,8	66,9	23,7	11,9	3,3	1,7	87,5	89,9	3,9	1,0	33	55	9	18
Нігерія	2,8	3,4	33,5	33,2	66,5	66,8	16,2	5,5	0	0	92,7	95,5	5,1	3,1	102	184	34	61
Нідерланди	8,0	12,7	63,1	79,6	36,9	13,2	0,0	0,0	93,9	91,2	24,3	41,9	43	38,4	2352	5395	1484	4295
Нова Зеландія	7,6	10,2	78	82,9	22,0	17,1	0,0	0,0	0,0	10,4	69,9	62,8	28,5	28,7	1614	3291	1259	2729

¹³ World Health Statistics 2015. WHO, 2015. P. 126-135.

Продовження дод. Б

Норвегія	8,4	9,3	82,5	85	17,5	15	0,0	0,0	17,1	12,8	95,5	94,9	0,0	0,0	3055	6060	2520	5154
Пакистан	3,0	2,8	21,7	36,9	78,3	63,1	0,8	4,9	5,8	2,9	81	86,8	0,4	0,9	81	122	18	45
Респ. Корея	4,4	7,6	49	54,5	51	45,5	0,0	0,0	77,3	77,8	80,6	78,8	9,6	12,2	765	2244	375	1223
Російська Федерація	5,4	6,5	59,9	51,1	40,1	48,9	0,2	0,0	40,3	38,9	74,7	92	8,1	4,2	370	1523	221	779
Руанда	4,2	11,2	39,2	58,8	60,8	41,2	52	45,1	6,4	10,5	40,7	45,6	0,9	7,4	26	158	10	93
Лесото	6,9	12,1	50,2	78,6	49,8	21,4	3,0	30,2	0	0	71,1	69	0,0	0,0	90	295	45	232
Ліберія	5,9	9,4	24,5	34,5	75,5	65,5	9,2	47,2	0	0	50,3	40,6	0,0	5,6	22	75	5	26
Японія	7,6	10,3	80,8	82,1	19,2	19,9	0,0	0,0	84,9	87	80,1	80,2	12,7	14	1992	3632	1610	2983
Світові регіони																		
Африка	4,2	5,6	44,2	50,8	55,8	49,2	7	11,5	9	9,6	59,1	60,6	31,7	29,3	110	208	49	106
Америка	11,0	13,6	44,9	49	55,1	51	0,1	0,1	69,8	71	34	31	53,7	57	2055	3768	923	1847
Південно- Східна Азія	3,6	3,7	32,3	37,9	67,7	62,1	0,8	2	12,8	8,9	88,3	84,1	2,6	4,1	88	208	28	79
Європа	7,9	8,9	74	72,9	26	26,8	0,1	0,1	52,4	51,8	67,4	71,4	21,9	19,7	1216	2402	900	1750
Східно- Середзем- номорський регіон	4,0	4,6	49,1	50,7	50,9	49,3	1,0	1,0	16,1	16	87,7	86	5,3	6,9	260	561	128	285
Західно- Тихоокеан- ський регіон	5,8	6,6	62,1	63,5	37,9	36,5	0,2	0,2	67,1	68,9	87	77,9	6,6	9,6	315	857	196	544
Групи країн																		
Країни з низьким доходом	2,9	5,1	37,6	38,8	62,4	61,1	14,2	29,7	2,1	2,8	84,7	77,6	1,5	1,5	32	83	12	32
Країни з доходом нижче середнього	3,9	4,1	34	36,4	66	63,6	2,5	2,3	14,4	13,8	89,1	86,7	2,7	3,7	108	235	37	86
Країни з доходом вище середнього	5,3	6	46,7	56,2	53,3	43,8	0,6	0,3	41,2	48,5	80,4	74,2	15,1	16,5	263	766	123	430
Країни з високим доходом	9,6	11,6	59,3	60,6	40,7	39,3	0,0	0,0	64	65,6	39,5	38,5	47,7	49,4	2392	4516	1418	2736
Світ у цілому	7,7	8,6	55,5	57,6	44,5	42,3	0,3	0,5	59	59,3	52,2	52,6	37	36,2	597	1173	331	676

ДОДАТОК В

Вартість медичних процедур у різних країнах світу у 2015 р., дол. США¹⁴

Медична процедура	США	Індія	Таїланд	Сінгапур	Малайзія	Мексика	Куба	Польща	Угорщина	Велико-британія
Операція на серці	113000	10000	13000	20000	9000	3250	...	7140	...	13921
Протезування серцевого клапана	150000	9500	11000	13000	9000	18000	...	9520	...	...
Ангіопластика	47000	11000	10000	13000	11000	15000	...	7300	...	8000
Протезування тазостегнового суглоба	47000	9000	12000	11000	10000	17300	...	6120	7500	12000
Заміна колінного суглоба	48000	8500	10000	13000	8000	14650	...	6375	...	10262
Операція на шлунку	35000	11000	15000	20000	13000	8000	...	11069	...	...
Повторне очищення тазостегнового суглоба	47000	8250	10000	12000	12500	12500	...	7905	...	...
Пункція спинного мозку	43000	5500	7000	9000	...	15000	...	...	...	...
Мастектомія	17000	7500	9000	12400	...	7500	...	...	...	...
Риноластика	4500	2000	2500	4375	2083	3200	1535	1700	2858	3500
Операція на черевній порожнині	6400	2900	3500	6250	3903	3000	1831	3500	3136	4810
Зменшення розміру грудей	5200	2500	3750	8000	3343	3000	1668	3146	3490	5075
Збільшення розміру грудей	6000	2200	2600	8000	3308	2500	1248	5243	3871	4350
Зубна коронка	385	180	243	400	250	300	...	246	322	330
Відбілювання зубів	289	100	100	...	400	350	...	174	350	500
Зубні імпланти	1188	1100	1429	1500	2636	950	...	953	650	1600

¹⁴ Lunt N. Medical Tourism: Treatment, Markets and Health System Implications: A Scoping Review / N. Lunt, R. Smith, M. Exworthy, S. T. Green, D. Horsfall, R. Mannion. – OECD: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2015. – P. 12.

ДОДАТОК Д

Первинні дані для побудови багатофакторної кореляційно-регресійної моделі впливу факторів на розвиток ринку медичних послуг України*¹⁵

Рік	ВВП, млрд. грн.	ВВП на душу населення, грн.	Сукупні ресурси домогосподарств, грн. у місяць	Сукупні витрати домогосподарств		Загальна кількість лікарняних закладів, тис.	Загальна кількість лікарських амбулаторно- поліклінічних закладів, тис.	Планова місткість амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	
				усього, грн. у місяць	у тому числі на охорону здоров'я, грн. у місяць			к-сть відвідувань за зміну	на 10 тис. ос.
1999	164,3	3292,6	332,0	426,5	...	3,3	7,3	973	196,6
2000	176,1	3564,8	422,9	541,3	...	3,3	7,4	973	198,4
2001	211,2	4319,0	520,8	607,0	...	3,2	7,4	980	203,4
2002	234,1	4826,8	608,1	658,3	19,7	3,1	7,4	980	205,0
2003	277,4	5779,2	708,6	736,8	20,6	3,0	7,6	981	206,8
2004	357,5	7510,5	911,8	903,5	25,3	2,9	7,7	987	209,6
2005	457,3	9668,1	1321,4	1229,4	30,7	2,9	7,8	990	211,7
2006	565,0	12046,9	1611,7	1442,8	36,1	2,9	7,9	998	214,8
2007	751,1	16118,0	2012,1	1722,0	43,1	2,8	8,0	992	214,8
2008	990,8	21353,4	2892,8	2590,4	69,9	2,9	8,8	987	214,8
2009	947,0	20542,3	3015,3	2754,1	85,4	2,8	8,8	1000	218,4
2010	1120,6	24413,9	3481,0	3073,3	98,3	2,8	9,0	993	217,7
2011	1349,2	29458,5	3853,9	3458,0	110,7	2,5	8,2	999	219,8
2012	1459,1	31997,8	4144,5	3592,1	122,1	2,4	8,3	1023	225,4
2013	1522,7	33392,5	4470,5	3820,3	129,9	2,2	10,3	1037	229,2
2014	1586,9	34953,7	4563,3	4048,9	145,8	1,8	9,8	912	213,4
2015	1988,5	46351,9	5231,7	4952,0	183,2	1,8	10,0	912	214,2
2016	2383,2	55682,2	6238,8	5720,4	240,3	1,7	10,2	915	215,6
2017	2982,9	70224,3	8165,2	7139,4	271,3	1,7	10,4	923	218,6
2018	3558,7	84192,0	9904,1	8308,6	332,3	...	...	...	...

* - усі дані з 2014 р. без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

¹⁵ Розраховано і побудовано автором за даними Державної служби статистики України. URL: www.ukrstat.gov.ua; Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2011. – С. 7. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – К., 2016. – С. 8. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2015 році: Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. К., 2017. С. 8. Видатки за функціональною класифікацією видатків та кредитування бюджету. Державна казначейська служба України. URL: www.treasury.gov.ua

Продовження дод. Д

Рік	Загальна кількість лікарняних ліжок		Загальна кількість середнього медичного персоналу		Загальна кількість лікарів усіх спеціальностей		Загальна кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.	Вартість основних засобів системи охорони здоров'я і соціальної допомоги, млн. грн.	Середньомісячна заробітна плата за видами економічної діяльності, грн.		Капітальні інвестиції у фактичних цінах, млн. грн.
	усього, тис.	на 10 тис. ос.	усього, тис. ос.	на 10 тис. ос.	усього, тис. ос.	на 10 тис. ос.			усього	в охороні здоров'я	
1999	477	96,5	553	111,9	228	46,0	32959	...	...	...	...
2000	466	95,0	541	110,3	226	46,2	33471	21618	...	...	...
2001	466	96,6	530	110,1	226	46,8	33192	24467	...	...	...
2002	465	97,3	526	110,1	224	46,9	32233	25231	376	223	...
2003	458	96,6	523	110,3	223	47,1	32585	28085	462	279	...
2004	451	95,7	522	110,9	223	47,4	32573	34760	589	351	89314,2
2005	445	95,2	496	106,2	224	47,9	32912	38726	806	517	111174,1
2006	444	95,6	493	106,1	225	48,4	32240	41970	1041	658	148972,3
2007	440	95,2	488	105,5	223	48,3	32807	47248	1351	871	222678,9
2008	437	95,1	465	101,1	222	48,3	32467	61453	1806	1177	272074,1
2009	431	94,2	467	102,0	225	49,1	33032	69210	1906	1307	192878,0
2010	429	94,0	467	102,4	225	49,3	33080	62377	2239	1631	189060,6
2011	412	90,6	459	101,0	224	49,3	32381	12301	2633	1778	259932,3
2012	404	89,1	441	97,2	217	47,9	31162	13431	3026	2201	263727,7
2013	398	88,0	441	97,4	217	48,0	31024	14001	3265	2390	247891,6
2014	336	78,5	379	88,5	186	43,5	26881	11124	3480	2463	204061,7
2015	332	78,1	372	87,3	186	43,7	26789	12912	4195	2853	251154,3
2016	315	74,3	367	86,5	187	44,0	27361	21245	5183	3435	326163,7
2017	309	73,1	360	85,4	186	44,1	26615	17359	7104	5023	448461,5
2018	...	...	...	...	...	...	...	27717	8865	5898	578726,4

Продовження дод. Д

Рік	Загальні витрати на охорону здоров'я, млн. грн.	Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, грн.	Загальні витрати на охорону здоров'я, % номінального ВВП	Частка державних витрат на охорону здоров'я у загальних видатках зведеного бюджету, %
1999	...	...	...	...
2000	10553,3	213,6	6,00	10,2
2001	13304,0	272,1	6,32	11,2
2002	15687,2	323,4	6,72	12,5
2003	18621,3	388,0	6,96	14,3
2004	22965,9	485,5	6,65	13,2
2005	28390,4	605,3	6,43	11,9
2006	34888,2	748,7	6,41	12,1
2007	45936,0	990,0	6,37	12,5
2008	63072,7	1368,2	6,65	11,7
2009	71410,8	1552,4	7,82	12,7
2010	84744,8	1850,3	7,56	12,6
2011	95713,7	2099,0	7,09	12,7
2012	108947,1	2391,7	7,47	12,7
2013	115757,0	2548,2	7,60	12,9
2014	117754,6	2743,0	7,42	11,7
2015	155219,5	3630,0	7,81	11,2
2016	181594,9	4247,5	7,84	10,4
2017	223726,6	5254,8	7,62	9,0
2018	226180,5	5336,2	6,4	9,7

ДОДАТОК Ж**Список публікацій здобувача за темою дисертації:*****У наукових фахових виданнях:***

1. Поворозник М. Ю. Критеріально-класифікаційна ідентифікація категорії «медичні послуги». *Економіка та суспільство*. 2016. № 6. URL: <http://www.economyandsociety.in.ua/> (0,6 д. а.).
2. Поворозник М. Ю. Бенчмаркінг моделей організації медичних послуг. *Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал*. 2016. Випуск 11. С. 41-43 (0,4 д. а.).
3. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії: фаховий науково-практичний журнал*. 2017. Випуск 14. С. 25-28 (0,4 д. а.).
4. Поворозник М. Ю. Критеріальна ідентифікація медичних послуг як глобальних суспільних благ. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*. 2017. Випуск 15. С. 81-85 (0,6 д. а.).
5. Поворозник М. Ю. Міжнародний медичний туризм у формуванні глобального сегменту медичних послуг. *Вісник соціально-економічних досліджень: зб. наук. праць*. 2017. № 63-64 (2-3). С. 16-24. (0,6 д. а.).
6. Поворозник М. Ю. Асиметричність фінансування охорони здоров'я в контексті формування ефективності надання медичних послуг. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Економічні науки»*. 2018. Випуск 29. С. 60-63 (0,6 д. а.).
7. Поворозник М. Ю. Трансформаційні перетворення системи охорони здоров'я в Україні: євроінтеграційний вимір послуг. *Науковий економічний журнал «Інтелект ХХІ»*. 2018. Випуск 1. С. 28-32 (0,6 д. а.).
8. Поворозник М. Ю. Євроінтеграційний імператив стратегічної трансформації української системи охорони здоров'я. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2018. №2 (13). URL: <http://www.easterneurope-ebm.in.ua/13-2018-ukr> (0,6 д. а.).
9. Поворозник М. Ю. Інноваційне реформування національної медичної системи: імплементація європейських фінансових і економічних практик. *Ефективна економіка*. 2018. №3. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua> (0,6 д. а.).

**У зарубіжних виданнях та у наукових фахових виданнях України, які
включені до міжнародних наукометричних баз:**

10. Поворозник М. Ю. Категоріальні параметри «медичних послуг» у глобальному просторі. *Бізнес Інформ. Науковий журнал*. 2016. №11. С. 14-18 (0,5 д. а.). (Ulrichsweb Global Serials Directory, Research Papers in Economics, PIHЦ, Index Copernicus, Directory of Open Access Journals, Cite Factor, Academic Journals Database, Scientific Indexing Services, Advanced Science Index, Open Academic Journals Index, Get Info, Base, Info Base Index, Open AIRE, World Cat, SUNCAT Union Catalogue, COPAC Union Catalogue, Соціонет, Open Access Library, J-Gate, Академия Google, Research Bible).

11. Povoroznyk M. Iu. The analysis of medical services models organization. *Nauka I Studia*. 2016. №24-2 (156). Przemysl, Poland. P. 70-74 (0,3 д. а.).

В інших наукових виданнях:

12. Поворозник М. Ю. Варіативність національних моделей систем медичних послуг. *Реформування економіки в контексті міжнародного співробітництва*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 16-17 грудня 2016 р., м. Львів, 2016. С. 28-29 (0,2 д. а.) (форма участі – дистанційна).

13. Поворозник М. Ю. Рол та значення медичних послуг у відтворенні глобального людського ресурсу. *Ефективність політики економічного зростання: теорія, методологія та практика*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 січня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 13-15 (0,2 д. а.) (форма участі – дистанційна).

14. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз медичних послуг як глобальних суспільних благ. *Економіка, фінанси, бухгалтерський облік: сучасний стан і перспективи розвитку*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1 лютого 2017 р., м. Полтава, 2017. С. 8-12 (0,2 д. а.) (форма участі – дистанційна).

15. Поворозник М. Ю. Соціальні ефекти розвитку сфери медичних послуг в умовах глобалізації. *Розвиток міжнародних економічних відносин: внутрішні та зовнішні фактори впливу*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 24-25 лютого 2017 р., м. Київ, 2017. С. 20-22 (0,2 д. а.) (форма участі – очна).

16. Поворозник М. Ю. Особливості сучасного міжнародного медичного туризму. *Сучасні особливості шляхів вирішення економічних проблем розвитку*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 29-30 вересня 2017 р., м. Львів, 2017. С. 10-11 (0,1 д. а.) (форма участі – дистанційна).

17. Поворозник М.Ю. Форсайт кон'юнктурних критеріїв ринку медичних послуг в Україні. *Світ економічної науки*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 1-27 лютого 2018 р., м. Тернопіль, 2018. С. 140-143 (0,2 д. а.) (форма участі – дистанційна).

18. Поворозник М. Ю. Узагальнюючі показники системи охорони здоров'я України як відображення структурних трансформацій галузі. *Розвиток сучасних міжнародних економічних відносин: фінансово-економічні та соціальні чинники*: зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 2 березня 2018 р., м. Одеса, 2018. С. 42-44 (0,2 д. а.) (форма участі – дистанційна).



**МІНІСТЕРСТВО ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ УКРАЇНИ
(Мінекономрозвитку)**

вул. М. Грушевського 12/2 м. Київ 01008 тел. 253-93-94, факс 253-63-71
Web: <http://www.me.gov.ua>, e-mail: meconomy@me.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 37508596

№ _____

На № _____ від _____

До спеціалізованої вченої ради
Д 26.006.02 у ДВНЗ «Київський
національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

Про впровадження результатів
дисертаційної роботи
Поворозника М. Ю.

ДОВІДКА

Видана Поворознику Миколі Юрійовичу про те, що результати його дисертаційного дослідження на тему: «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» буде використано при розробці проектів державно-приватного партнерства в медичній галузі. Вони були викладені дисертантом у Доповідній записці до Департаменту залучення інвестицій Міністерства економічного розвитку і торгівлі України і стосувалися:

- обґрунтування стратегічних пріоритетів інституційного реформування системи охорони здоров'я України, створення госпітальних округів і госпітальних рад, реорганізації районів у межах реформи місцевого самоврядування і децентралізації влади;

- використання зарубіжного досвіду щодо контролювання процесів продукування і ціноутворення медичних послуг, використання закладами охорони здоров'я фінансових ресурсів, дотримання ними принципів корпоративної соціальної відповідальності, суспільного моніторингу стану здоров'я населення, пропагування здорового способу життя, розробки і впровадження програм і проектів профілактики здоров'я населення.

Директор департаменту

залучення інв M2 Мінекономрозвитку

Д-р. економ. н: Вих. № 3903-06/12797-09 від 26.03.2018 17:31:10

А. В. Демчук





ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)

ДЕПАРТАМЕНТ ЕКОНОМІКИ ТА ІНВЕСТИЦІЙ

вул.Хрещатик, 36, м. Київ, 01044, тел. (044) 202-72-78, Call-центр (044) 15-51

E-mail: org@guekmda.gov.ua Код ЄДРПОУ 04633423

21.06.2018 № 050/01 - 4382

на № _____ від _____

До спеціалізованої вченої ради
Д 26.006.02 у ДВНЗ «Київський
національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Поворозника Миколи Юрійовича на тему: «Медичні послуги у
системі глобальних економічних трансформацій»**

Департамент економіки та інвестицій виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) підтверджує, що окремі матеріали, висновки і рекомендації надані на основі дослідження Поворозником М.Ю. трансформаційних змін, яких зазнає система медичних послуг в умовах глобалізації і розбудови у світовому вимірі сервісної економіки, у тому числі виявлення економічної природи медичних послуг і здійснення критеріально-класифікаційної ідентифікації та аналізу діючих у міжнародній практиці національних моделей медичної індустрії та оцінки їх конкурентних переваг; комплексного аналізу головних векторних трендів розвитку інноваційних і телекомунікаційних технологій у сфері медичних послуг, розкриття ролі міжнародного медичного туризму у формуванні їх глобального сегменту та обґрунтування стратегічних напрямів розбудови національної системи медичних послуг на європейських засадах у контексті її переведення на інноваційну модель було використано при розробці Стратегії розвитку міста Києва до 2025 року.

Директор



Н. Мельник

23.05.2019

**ДОВІДКА
ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів дисертаційного дослідження
Поворозника Миколи Юрійовича на тему:
«Медичні послуги у системі глобальних економічних
трансформацій»**

Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) розглянув висновки і рекомендації дисертаційної роботи «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» Поворозника Миколи Юрійовича, викладені ним у доповідній записці. Відзначимо, що вони представляють значний практичний інтерес для органів виконавчої влади України. Зокрема, запропоновані автором механізми щодо розбудови первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини та регіональних мереж Центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів і госпітальних рад; диверсифікації функціональної структури лікарняних закладів охорони здоров'я вторинної ланки зі створенням лікарень інтенсивного, планового та реабілітаційного лікування, хоспісів, багатопрофільних дитячих лікарень інтенсивного лікування та консультативно-діагностичних центрів; а також інтегрованих систем медичного обслуговування на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб було використано при розробці Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві, затвердженої рішенням Київської міської ради від 14.12.2017 № 692/3699.

Директор Департаменту охорони
здоров'я виконавчого органу
Київської міської ради
(Київської міської державної адміністрації)



В. Гінзбург



КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
КОМУНАЛЬНА НАУКОВО-ДОСЛІДНА УСТАНОВА
**“НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ МІСТА”**

вул. Героїв Севастополя, 37-А, Київ 03061, тел. (044) 202-14-01, факс: (044) 202-14-08
E-mail: info@ndirom.org Код ЄДРПОУ 33643377

26.10.2017 № 050/31-443
На № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Поворозника Миколи Юрійовича

на тему:

«Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій»
ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима
Гетьмана»

В наукових дослідженнях Комунальної науково-дослідної установи «Науково-дослідний інститут соціально-економічного розвитку міста», спрямованих, зокрема на розробку Науково-дослідної роботи «Розробка методики рейтингування міських закладів охорони здоров'я», були використані результати наукового дослідження Поворозника Миколи Юрійовича, в частині прикладних рекомендацій щодо прогнозування кон'юнктурних параметрів ринку медичних послуг України та стратегічних напрямів розбудови національної системи медичних послуг на європейських засадах.

Дисертаційне дослідження Поворозника Миколи Юрійовича на тему «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» містить нові оригінальні положення та обґрунтовані результати, що є корисними для практичної діяльності інституту.

Т.в.о. директора
к.е.н.



І.М. Петренко



м. Київ, пр-т Бажана, 12-А
 м. Київ, вул. Червоноармійська, 55-А
 тел.: (044) 238-00-00, тел./факс: (044) 502-80-40
 E-mail: commed@boris.kiev.ua
 www.boris.kiev.ua

«04» 06 2019 р.

До спеціалізованої вченої ради
 Д 26.006.02 у ДВНЗ «Київський
 національний економічний
 університет імені Вадима Гетьмана»

ДОВІДКА

Видана Поворознику Миколі Юрійовичу про те, що результати його дисертаційної роботи на тему: «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» було використано при впровадженні системи електронного запису пацієнтів «McMed». Вони були викладені дисертантом у Довідній записці до приватного закладу клініки «Борис» і стосувались:

- використання досвіду країн Західної Європи та США у сфері розбудови інституту добровільного медичного страхування, запровадження механізмів приватного фінансування медичних послуг та їх прямої оплати, розвитку ефективних конкурентних відносин у медичній індустрії; а також розбудови організаційної й інформаційної інфраструктури для обслуговування операцій з медичного страхування;

- обґрунтування комплексу заходів щодо підвищення ефективності державного регулювання медичної сфери в Україні; надання медичним закладам економічної свободи і реальної фінансової автономії операційного функціонування; делегування їм низки повноважень у сфері управління власністю; заохочення підприємницької активності продуцентів медичних послуг; імплементації фінансових механізмів оптимізації їх витрат і підвищення ефективності управління.

Директор





**ГРОМАДСЬКА СПІЛКА
«ІРПІНСЬКА АГЕНЦІЯ РОЗВИТКУ»**
08200, м. Ірпінь, вул. Шевченка 2а
тел.+380509350796
irpinagency@gmail.com

Вих. № 32 від 22.03 2018 р.

До спеціалізованої вченої ради
Д 26.006.02 у ДВНЗ «Київський
національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»

**ДОВІДКА
ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ
результатів дисертаційної роботи
Поворозника Миколи Юрійовича на тему:**

«Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій»

Громадська спілка «Ірпінська Агенція Розвитку» розглянула висновки та рекомендації дисертаційної роботи «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» Поворозника Миколи Юрійовича, викладені ним у доповідній записці до спілки. Відзначено, що вони представляють значний практичний інтерес для органів місцевого самоврядування в Україні. Зокрема, запропоновані автором механізми суспільного контролю за діяльністю вітчизняних закладів охорони здоров'я; розбудови мережі інститутів громадянського суспільства з оцінки якості медичного обслуговування населення (наглядових рад при медичних установах, центрів з суспільного контролю і профілактики захворювань, центрів з медичних сервісів); а також розрахунку оптимальної кількості медичних закладів та їх спеціалізації з урахуванням економічно обґрунтованих потреб територіальних громад було використано при підготовці спільних з державними установами проектах з розвитку Ірпінського регіону.

Голова ГС «Ірпінська Агенція Розвитку»,
к.е.н.



[Signature] О. І. Чернявська



Товариство з обмеженою відповідальністю
"Експерт-Холдинг"

№485 від 05.02.2019

До спеціалізованої вченої ради
Д 26.006.02 у ДВНЗ «Київський
національний економічний
університет імені Вадима Гетьмана»

ДОВІДКА

Видана Поворознику Миколі Юрійовичу про те, що результати його дисертаційної роботи на тему: «Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій» було використано ТОВ «Експерт-Холдинг» при підготовці консалтингового звіту «Медичний туризм у формуванні глобального ринку медичних послуг: масштаби, регіональні формати, регулювання». Вони були викладені дисертантом у Доповідній записці до товариства і стосувались:

- узагальнення досвіду Індії, Сінгапуру та Ізраїлю у сфері залучення іноземних медичних туристів та інвестування доходів від медичної індустрії у розбудову інфраструктурних об'єктів національних систем охорони здоров'я та лікувально-оздоровчих закладів, їх технологічну модернізацію;
- механізмів боротьби країн зі злочинністю у сфері незаконного глобального обороту людських органів і тканин, їх незаконного вилучення за комерційну винагороду у рамках організованої злочинності за умов перевезення особи-донора з метою вилучення.

Генеральний директор



Овчаренко А. О.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково -
педагогічної роботи
ДВНЗ «Київський національний
економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

 А. М. Колот
«10» 06 2019 р.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з наукової роботи
ДВНЗ «Київський національний
економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

 Л. Л. Антонюк
«10» 06 2019 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи
Поворозника Миколи Юрійовича на тему:
«Медичні послуги у системі глобальних економічних трансформацій»
у навчальний процес у ДВНЗ «Київський національний
економічний університет імені Вадима Гетьмана»

Дирекція Інституту бізнес-освіти та деканат факультету міжнародної економіки і менеджменту КНЕУ підтверджують, що ряд наукових положень та висновків дисертаційної роботи Поворозника М. Ю. використовуються у навчальному процесі при викладанні нормативних та спеціальних дисциплін для бакалаврів і магістрів з міжнародної економіки:

- **Міжнародна економіка** (критеріальна ідентифікація світового ринку медичних послуг; теоретичне обґрунтування сутності медичних послуг їх класифікація; науковий аналіз медичних послуг у системі глобальних суспільних благ);
- **Глобальна економіка** (обґрунтування глобального характеру трансформаційних змін системи медичних послуг; комплексний аналіз національних систем медичних послуг; конкретизація головних напрямів і механізмів їх конвергенції у глобальних умовах);
- **Міжнародні стратегії економічного розвитку** (узагальнення ключових параметрів і особливостей розвитку корпоративних стратегій медичної бізнес-діяльності та розбудови її операторами консолідованої моделі здійснення клінічних і фінансових операцій).

Декан факультету міжнародної економіки і менеджменту, к.е.н., доцент

 Ю. М. Солодковський

Директор Інституту бізнес-освіти,
д.е.н., професор

 А. М. Поручник