

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА  
АДМІНІСТРУВАННЯ  
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)  
на тему:  
**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МІЖНАРОДНОГО РИНКУ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Виконав: студент 639МЗ групи  
галузі знань:  
28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:  
281 Публічне управління та адміністрування  
Рой Сергій Сергійович

Керівник: доктор наук з державного  
управління, професор  
Андріяш Вікторія Іванівна

Рецензент: кандидат наук з державного  
управління, доцент  
Шульга Анастасія Алімівна

м. Миколаїв – 2022 рік

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	9
1.1. Особливості ринку медичних послуг, його рівнів та механізму функціонування.....	9
1.2. Формування глобального ринку медичних послуг на основі національних систем охорони здоров'я.....	25
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	36
2.1. Особливості динаміки розвитку міжнародного ринку медичних послуг.....	36
2.2. Конкурентні переваги країн-лідерів в сфері медичних технологій.....	46
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	58
3.1. Основні напрямки та перспективи розвитку міжнародного ринку медичних послуг.....	58
3.2. Нові медичні технології як стимул розвитку ринку медичних послуг.....	68
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	92

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- COVID-19 – Коронавірусна інфекція 2019
- ВООЗ – Всесвітня Організація Здоров'я
- ГІІ – Глобальний інноваційний індекс
- ЄС – Європейський Союз
- ЗІЗ – Засоби індивідуального захисту
- ЗМІ – Засоби масової інформації
- ЗОПОЗ – Загальне охоплення послугами охорони здоров'я
- КПМП – Класифікатор простих медичних послуг
- ЛЗ – Лікувальні засоби
- ЛП – Лікувальні препарати
- ЛПУ – Лікувально-профілактичні установи
- МУ – Медичні установи
- НСЗ – Національна система охорони здоров'я
- ППМД – Постачальниками первинної медичної допомоги
- СКГ – Санаторно-курортне господарство
- СКК – Санаторно-курортний комплекс
- СМК-ВООЗ – Сімейство міжнародних класифікацій Всесвітньої Організації Здоров'я
- СНД – Співдружність Незалежних Держав
- США – Сполучені Штати Америки

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Початок XXI століття характеризується суттєвими змінами в моделі організації охорони здоров'я в світі. Попри конституційні гарантії щодо безоплатної системи охорони здоров'я, в сучасних країнах впродовж останнього десятиліття чітко намітилася тенденція до підвищення ролі недержавних продуцентів медичних послуг, що обумовило відхід від монополізації їх надання державою до становлення ринків медичних послуг з усіма ознаками, притаманними їм. На цьому фоні роль та значення охорони здоров'я у забезпеченні рівня та якості життя населення широко визнано. Медичні послуги, їх якість та різноманітність залежать від розвитку охорони здоров'я як екосистеми, яка найчастіше змінюється повільніше, ніж потреби пацієнтів. Крім традиційних проблем, таких як більш жорсткі нормативні вимоги в сфері охорони здоров'я, нерівномірність розвитку та доступність медичних технологій, зростання витрат та старіння населення, покупці (клієнти, пацієнти) та постачальники (медичні установи, медичний персонал) медичних послуг тепер стикаються з новим викликом – пандемією, тривалими конфліктами, війнами тощо.

Ринок міжнародних медичних послуг сьогодні – це система, що поєднує кваліфікований персонал різних країн, передові технології та методики в медицині, стратегії вирішення міжнародних проблем, пов'язаних з підтримкою здоров'я людей. Сучасний аналіз ринку медичних послуг є актуальним з таких причин, як: доступність (попит, пропозиція, ціна), ефективність (діагностика, лікування, реабілітація), впровадження інноваційних технологій та перехід на дистанційний формат, прискорений процес дослідницької діяльності, перспективи розвитку національних систем охорони здоров'я та їх удосконалення з виходом на міжнародний та глобальний рівень, що збільшив інтерес, зокрема, до послуг медичного туризму та їхньої якості. Крім того, обсяг та якість медичних послуг,

впливатимуть не лише на благополуччя та ступінь задоволеності окремих осіб, а й на добробут всієї нації, обсяг людського капіталу завдяки тому факту, що національна система охорони здоров'я надає прямий вплив на тривалість життя громадян та їхню працездатність. Саме соціальна значимість призводить до того, що сфера охорони здоров'я є одним з об'єктів контролю, регулювання та активних дій держави фактично у всіх країнах, оскільки доступ до охорони здоров'я необхідно забезпечити всім верствам населення, а якість має підтримуватись на необхідному рівні. В економічно розвинених країнах обсяг втручання держави у охорону здоров'я постійно зростає.

Актуальність обраної теми підтверджується перспективами розвитку ринку медичних послуг відповідно до світових тенденцій, а отже, можливістю його інтеграції в глобальний міжнародний ринок з метою підтримки та контролю здоров'я населення з використанням світових досягнень у медицині, а також підвищення експортного потенціалу на тлі підвищення попиту на міжнародному ринку медичних послуг.

Під час написання роботи були використані наукові доробки як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, які зробили суттєвий внесок у розвиток теорії, визначенні тенденцій та закономірностей розвитку ринку медичних послуг, серед них О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко, В. Москаленко, О. Гульчій, В. Таран та інші. Як періодичні джерела були використані спеціалізовані журнали, а також відповідні медичні електронні ресурси. Таким чином у відносно невеликій чисельності праць, присвячених проблемам дослідження ринків медичних послуг, фрагментарно розглянуті різні аспекти їх становлення і розвитку в Україні.

Нормативну базу роботи представлено відповідними нормами Конституції й законів України, міжнародно-правовими нормативно-правовими актами, указами Президента України, постановами Кабінету

Міністрів України та відомчими нормативними актами, що регламентують питання медичних послуг.

Емпіричну базу дослідження становлять статистичні й аналітичні матеріали регламентації сфери охорони здоров'я, котрі мають позитивний досвід.

**Об'єктом дослідження** – є міжнародний ринок медичних послуг.

**Предметом дослідження** – є стан та динаміка розвитку міжнародного ринку медичних послуг.

**Мета дослідження** – виявлення та обґрунтування особливостей функціонування міжнародного ринку медичних послуг, визначення перспектив його розвитку.

Поставлена мета зумовила вирішення наступних **завдань**:

– проаналізувати особливості міжнародного ринку медичних послуг, умови його формування та функціонування зважаючи й враховуючи особливості національних систем охорони здоров'я;

– виявити динаміку розвитку ринку медичних послуг та конкурентні переваги країн-лідерів та організацій у сфері медичних технологій;

– охарактеризувати стан вітчизняного ринку медичних послуг;

– визначити перспективи розвитку ринку медичних послуг в сучасних умовах.

**Методи дослідження.** В основу методології роботи покладено: аналіз статистичних даних, гіпотез, теорій та літератури на тему дослідження, порівняльний метод, узагальнення та спостереження. Важливе значення в методологічному плані також мали концепції недосконалості ринкового механізму, теорії суспільних благ, соціально значущих послуг, зовнішніх ефектів, теорії людського капіталу. При розробці концептуальних положень роботи в рамках діалектичного та системного підходів використовувалися такі методи загальнонаукового пізнання, як історико-логічний (при дослідженні глобалізаційних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг), абстрагування (для дослідження сутності поняття «світовий ринок

медичних послуг»), аналіз і синтез (для узагальнення методичних підходів до дослідження світового ринку медичних послуг), індукції та дедукції (при обґрунтуванні стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України та його ефективної інтеграції до світового, єдність об'єктивного та суб'єктивного у становленні та розвитку медичних процесів та послуг. Широке застосування знайшов інституційний підхід. Реалізація поставлених у процесі наукового пошуку завдань вимагала застосування таких конкретних методів як економіко-статистичний, факторний, функціональний, а також структурний аналіз та соціологічні дослідження стосовно медичної сфери.

**Наукова новизна** одержаних результатів дослідження полягає в тому, що автором визначено ключові фактори конкурентоспроможності постачальників медичних послуг на світовому ринку (доступ до інвестицій в умовах розвиненого приватного сектору охорони здоров'я, надання інноваційних та унікальних медичних послуг, кваліфікований медичний персонал, конкурентоспроможні ціни за наявності сертифікату міжнародної акредитації, наявність державної підтримки експорту медичних послуг); виявлено ключові тенденції розвитку світового ринку медичних послуг (активне включення медичної послуги до міжнародного обміну; формування міжнародної медичної спеціалізації країн; розширення застосування телемедичних технологій; збільшення витрат на медичні послуги у світі).

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що враховуючи наявний закордонний досвід інтеграції в міжнародну торгівлю медичними послугами можуть бути запропоновані інструменти для підвищення міжнародної конкурентоспроможності вітчизняного ринку медичних послуг (інформаційна підтримка вітчизняних компаній щодо найбільш перспективних сегментів для виходу на ринок; підвищення сервісної складової медичних послуг; включення вітчизняних організацій до міжнародної системи рейтингів та вдосконалення системи ліцензування медичної діяльності тощо).

Результати дослідження можуть бути використані у навчальному процесі при підготовці курсів та спецкурсів з проблем місцевого самоврядування та публічного управління в Україні, зокрема, при підготовці курсів «Державна політика здоров'язбереження», «Публічна політика в сфері охорони здоров'я» тощо.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2022» на тему «Особливості поняття та змісту ринку медичних послуг».

**Структура дослідження.** Специфіка теми, сформульовані мета і завдання визначили послідовність викладення матеріалу і структуру роботи. Робота загальним обсягом 95 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### **1.1. Особливості ринку медичних послуг, його рівнів та механізму функціонування**

Глобальний ринок охорони здоров'я є частиною всього ринку охорони здоров'я. Сектор послуг відіграє найбільшу роль в економіці світу. Оскільки у цьому секторі зайнято 49% населення, за останні кілька десятиліть він продемонстрував колосальне зростання. Хоча дехто вважає, що його зростання сповільниться у зв'язку з рецесією, що насувається, однак поки що він тримається досить добре. У більш ніж половині країн світу послуги становлять не менше ніж 50% ВВП, а на їхню частку припадає майже 65% світового ВВП [1]. Таким чином, сектор послуг, зокрема надання медичних послуг, сприяє економічному зростанню, створенню нових робочих місць, а також розширює доступ до основних послуг і стимулює торгівлю. Глобальний ринок медичних послуг сегментовано (рис. 1.1):

1. За типом: медичні та діагностичні лабораторні послуги, послуги стоматологів, доглядові процедури вдома та стаціонарний медсестринський догляд, побутові наркологічні та психіатричні установи, лікарні та амбулаторні центри, амбулаторні послуги, послуги швидкої допомоги.

2. За статтю кінцевого користувача: чоловічий, жіночий.

3. За віком. Даний сегмент виділено окремо, оскільки медичні послуги для школярів – дитяча поліклініка, для дорослих – це доросла поліклініка. Також у вказаному сегменті необхідно зазначити, що існують певні медичні комісії для отримання довідок, згідно з місцем вимоги.

4. За типом витрат: громадські та приватні субсегменти, медичні лабораторні послуги, центри діагностичної візуалізації, загальна стоматологія, хірургія ротової порожнини, ортодонтія та протезування, інші стоматологічні послуги, постачальники медичних послуг на дому, медичні установи, дитячі будинки та групові будинки, пенсійне забезпечення громадян, житлові центри психічного здоров'я та розумової відсталості, центри наркозалежності, лікарні, амбулаторні центри, лікарі-фахівці, лікарі первинного ланки, фізіотерапевти, оптометристи, мануальні терапевти, ортопеди, наземна швидка допомога, швидка допомога, послуги водної швидкої допомоги [11].

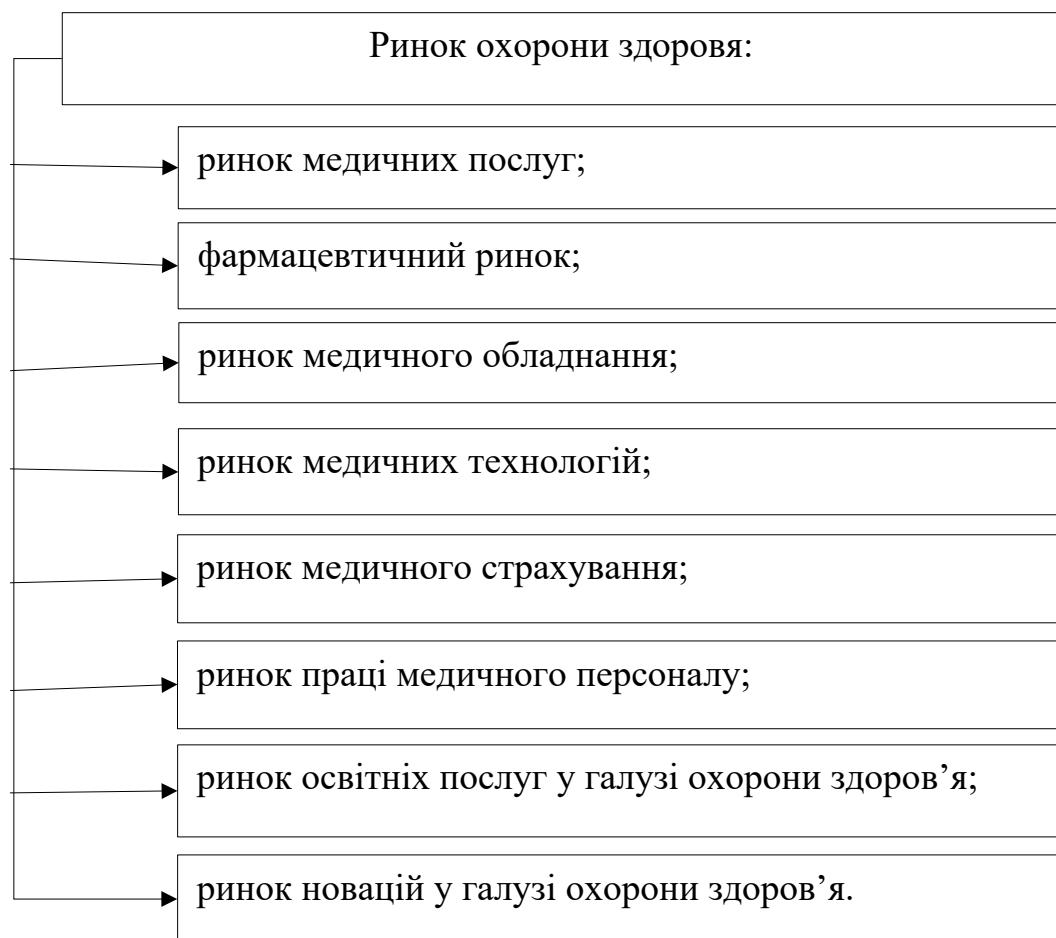


Рис. 1.1. Структура ринку охорони здоров'я

Аналізуючи ринок медичних послуг, сприятливий розвиток міжнародного ринку медичних послуг є однією з передумов становлення та розвитку світового ринку медичних послуг. Згідно зі статистичними даними,

нині понад 30% світової торгівлі – це міжнародна торгівля послугами [8]. Варто наголосити, що залежно від різних підходів, сутність ринку медичних послуг в широкому розумінні трактують як:

1) «сукупність соціально-економічних інститутів, які організують, структурують і легалізують господарські взаємовідносини, що виникають між суб'єктами (споживачі і покупці, виробники і постачальники, держава) в процесі виробництва, обміну і споживання медичних послуг» (інституційний підхід [12]);

2) соціально значимий ринок, «оскільки надання медичних послуг, яке здійснюється в процесі його функціонування, прямо взаємопов'язане зі здоров'ям, а в структурі ринку є соціально значимі сегменти; основними його суб'єктами є виробники, споживачі (групові чи індивідуальні) та посередники» (організаційно-функціональний підхід) [19];

3) система товарно-грошових взаємовідносин в охороні здоров'я, що складаються між виробниками й споживачами медичних послуг і товарів у процесі медичного обслуговування (політекономічний підхід) [26].

Як бачимо, за сутнісними характеристиками таке трактування ринку медичних послуг виходить за рамки фіксації акту купівлі медичної послуги і враховує діяльність багатоманітної сукупності субагентів. На відміну від зазначених трактувань, українські вчені З. Герасимчук, І. Шевчук під ринком медичних послуг розуміють «економічні взаємовідносини між суб'єктами сфери діяльності, взаємопов'язаної зі здоров'ям людини, суть яких полягає у виробництві, розподілі, обміні та споживанні медичних послуг, у результаті чого формується попит, пропозиція і ціна, контроль за якими через опосередковано економічні механізми здійснює держава» [28].

Однак необхідно акцентувати свою увагу на тому, що все-таки, в сфері охорони здоров'я специфічні товари та послуги: продукт охорони здоров'я нечітко визначений, результат лікування незрозумілий, у великих сегментах галузі переважають некомерційні постачальники, а платежі виробляються третіми сторонами, такими як уряд та приватні особи, страховики. Багато з

цих факторів присутні й в інших галузях, але в жодній іншій галузі вони не присутні всі й одразу. Саме взаємодія цих факторів робить охорону здоров'я унікальною. Крім того сфера охорони здоров'я налічує занадто багато відмінних рис в індустрії. Різні учасники галузі – споживачі та постачальники – реагують на стимули так само, як й в інших галузях.

Охорона здоров'я – це не єдиний товар чи послуга в економіці, який відхиляється від стандартної моделі попиту, пропозиції та «невидимої» руки [4, с. 86-87]. Вивчення особливості цього ринку є гарною відправною точкою для розуміння того, чому держава відіграє велику роль у наданні медичних послуг і чому політика в сфері охорони здоров'я часто є складною та неоднозначною. Наприклад, у сфері охорони здоров'я щодо надання медичних послуг, кожен споживач відрізняється структурно, хімічно та емоційно. Те, що працює для однієї людини, не обов'язково працює для іншої. Пропоновані медичні послуги відрізняються з погляду вибору споживачів. В інших послугах є вибір, з якою людиною чи галуззю можна вести бізнес. У охороні здоров'я справа йде інакше, оскільки лікування має надаватися пацієнтам у таких місцях, як відділення невідкладної допомоги, незалежно від платоспроможності пацієнтів. Крім того, медичні працівники рідко одержують гроші безпосередньо від пацієнтів, як в інших галузях. Оплата зазвичай походить від державних чи страхових компаній. Ці фактори роблять надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я унікальним у порівнянні з іншими послугами. Прийнятий стандартний підхід до попиту ґрунтується на ідеї, що кожна людина споживатиме товар чи послугу до тієї точки, коли гранична оцінка ще однієї одиниці дорівнюватиме ціні цієї додаткової одиниці. На жаль, споживач медичних послуг часто дуже погано розуміє цінність – не говорячи вже про граничну оцінку – конкретного одержуваного лікування. Як уже говорилося раніше, споживач дуже часто не платить повну ціну за лікування, тому що вартість часто покривається принаймні частково страховкою [84]. У сукупності це означає, що наш традиційний підхід до попиту не дуже добре підходить для медичних послуг.

Попит на медичні послуги обумовлений бажанням споживача набути гарного здоров'я. Більшість людей вважають за краще бути здоровими, ніж хворіти. Ще один фактор, який відрізняє товари та послуги охорони здоров'я від більшості інших товарів та послуг, зводиться до того, що це одночасно і інвестиції. Гроші, які споживач витрачає на те, щоб бути здоровим сьогодні також принесуть користь споживачеві в майбутньому.

Іншою ключовою характеристикою охорони здоров'я є відносна нееластичність попиту. Якщо споживач захворів і йому потрібна медична допомога, він купуватиме медичні послуги практично за будь-яку ціну. Можливість споживачів купувати медичні послуги обмежується їх рівнем доходу, але споживачі, швидше за все, жертвуватимуть своїми витратами на багато інших продуктів, щоб придбати необхідне медичне обслуговування. На відміну від інших товарів чи послуг, якість здоров'я ускладнює пошук ідеального ринкового рішення. Здоров'я – це не стандартний ринковий товар, що продається. Міняти «добре здоров'я» між покупцями неможливо. Наприклад, клієнт А не може змінити свій результат гемоглобіну А1С, що дорівнює 5,6, на результат клієнт В, у якого такий самий показник дорівнює 11,9 [74, с. 196]. Що стосується інших послуг, якщо клієнт А купує очищувач повітря в Інтернеті на Amazon, якщо він вирішує повернути продукт із будь-якої причини, він може це зробити. Якщо він вирішить продати його на Craigslist, він також зможе це зробити. Коли йдеться про здоров'я, такий обмін неможливий.

Крім того, медичні працівники зазвичай більш обізнані про хвороби та методи лікування, ніж їхні пацієнти. Пацієнти залежать від свого постачальника, який діє у найкращих інтересах, але виникає конфлікт інтересів, оскільки постачальники продають послуги пацієнтові. У цьому випадку попит та пропозиція переплітаються і одночасно визначаються індивідумом, що може призвести до збоїв у роботі ринку. Наприклад, якщо мотивація постачальника зумовлена прибутком або збільшенням доходу, постачальник може замовити більше послуг та тестів, ніж потрібно. Отже,

споживач платить більше за послуги, навіть не підозрюючи про це. Таким чином, ключовою характеристикою охорони здоров'я, зокрема ринку медичних послуг, є відносна нееластичність попиту.

Хоча варто зазначити, що багато економістів шукали взаємозв'язок між рівнем доходу та витрати на медичні послуги. Заслужують на увагу напрацювання С. Якобзоні та Т. Гетцен, які довели, що «при рівному рівні соціального захисту та захворюваності, еластичність витрат на охорону здоров'я доходу дорівнює або завжди близько до нуля, що завжди є негативним фактором» [4, с. 88]. Таким чином, окремі доходи несуттєво впливають на розміри витрат на здоров'я, в той час як питання про медичні послуги виникає навіть за відносно низького рівні прибутку.

З погляду пропозиції ринок медичних послуг досить специфічний – хоча тут продаються певні послуги, вони спрямовані не задоволення менш важливих потреб споживачів, але одночасно спрямовані на захист основних цінностей, тобто здоров'я та життя людини. Тому в медичній галузі не можна – а іноді й неможливо – використовувати різні маркетингові підходи, які часто зустрічаються в інших галузях. Сторона пропозиції на ринку медичних послуг аналізується з точки зору економіки двома окремими, але взаємозалежними методами. Один із них взаємопов'язаний з моделлю витрат ресурсів та випуску товарів, з урахуванням того, як використання ресурсів, витрати та випуск взаємопов'язані один з одним усередині фірми. Деякі з проблем, які це висвітлюють, стосуються ефективності виробництва тощо. До інших належать такі питання, як:

- економія на масштабі – наприклад, чи є економія коштів за рахунок ширшої загальної практики;
- продуктивність – наприклад, скільки ще хірургічних операцій може провести лікарня, якщо найме додатковий медичний персонал;
- заміщення факторів – наприклад, чи дозволяється стоматологам-гігієністам замінити стоматологів при виконанні певних завдань, знижуючи витрати на надання стоматологічної допомоги [14, с. 733].

Інший підхід до аналізу пропозиції – це аналіз ринкової структури, а саме скільки фірм поставляють на ринок і як вони поведуться у відношенні встановлення цін та обсягів виробництва, а також отримання прибутку. Існує дві добре відомі теоретичні крайнощі ринкової структури. При досконалій конкуренції на ринку представлена велика кількість компаній, що не мають реальної економічної влади, і жодна з компаній не отримує прибутку, тому ціни будуть настільки низькі, наскільки це можливо, а обсяги виробництва максимально високі [24, с. 41]. Монополія має тільки одну фірму, яка має велику ринкову владу, отримує максимально можливий прибуток, має більш високі ціни та нижчий об'єм виробництва. Інші моделі знаходяться десь посередині. За допомогою цих моделей відносно легко можна проаналізувати поведінку організацій, що надають медичні послуги, таких як фармацевтичні компанії, постачальники стоматологічних, офтальмологічних та фармацевтичних послуг, а також комерційні страхові компанії. Для інших організацій це може бути складнішим. Тим не менш, вони можуть дати важливу інформацію, наприклад, регулювання сектора постачальників послуг у Великій Британії все більше і більше ґрунтується на використанні ринкових сил, включаючи змагальність, для забезпечення деякого конкурентного тиску на підвищення ефективності [34, с. 144].

Особливості медичних послуг створюють проблеми для типової моделі пропозиції інших продуктів. Три важливі аспекти включають складність продукту, складність організації та спеціалізацію ринків ресурсів, що вводяться. Як наслідок економічний аналіз частіше інтерпретує поведінку пропозиції відповідно до витрат виробничої функції здоров'я (виробнича функція охорони здоров'я використовує ресурси, такі як лікарі, медсестри та обладнання та виробляє медичні послуги). Пакети ресурсів можуть включати традиційні витрати на робочу силу та капітал (фізичний або людський), при цьому інформація обмежується обсягом таких даних, доступних з країн, що розвиваються. Незважаючи на ідентифікацію пропозиції медичних послуг відповідно до витрат на ресурси, що вводяться, відповідний аналіз пропозиції

потребує оцінки фінансового аспекту ринку охорони здоров'я, оскільки «методи фінансування впливають на пропозицію чи надання послуг» [44]. Державні або приватні платіжні системи можуть надавати перевагу певним типам послуг (наприклад, з упором на профілактичну чи лікувальну допомогу, технології, персонал, інвестиції чи технічне обслуговування), або вони можуть концентрувати ресурси на певних типах одержувачів чи споживачів, таких як групи людей похилого віку, групи людей, які були позбавлені всього необхідного для життя або навпаки тих, хто може заплатити, тобто економічно вигідних їм споживачів.

Для точної оцінки роботи системи охорони здоров'я та розподілу послуг вкрай важливо розглянути джерела, які роблять медичну допомогу доступною та необхідною. Зокрема, фінансові механізми походять із:

1. Комерційні інвестиції чи практика приватного інституційного кредитування під відсотки.

2. Державне некомерційне кредитування, яке може бути:

- багатостороннім: надається незалежною міжнародною агенцією, фінансованим кооперативом національних урядів (наприклад, Світовий банк Організації Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я або Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй) [54];

- двосторонній: надається безпосередньо від донора одержувачу з умовами торгівлі, узгодженими між сторонами.

3. Неурядові організації, які в основному не відчують на собі суттєвого державного впливу [83].

Крім того, джерела зазвичай належать до однієї з двох категорій: державне та приватне фінансування. Одним із поширених загальнодоступних джерел є загальні податкові надходження, що стягуються з мит на імпорт, експорт та податку з продажу. Системи оподаткування можуть бути прогресивними (важчий тягар для багатих) або регресивним (тяжкий тягар для бідних), тим самим впливаючи на справедливість збору та перерозподілу вигод. З погляду впливу на фінансування медичних послуг, схеми



оподаткування обмежені у тому, скільки коштів може бути зібрано та спрямовано на охорону здоров'я серед конкуруючих політичних та соціальних цілей.

Інше джерело – дефіцитне фінансування чи використання позикових коштів з виплатою та відсотками з часом. Зазвичай дефіцитне фінансування використовується для короткострокових будівельних проєктів для розширення фізичної інфраструктури, як-от будівництво лікарень та іригаційних систем. Однак такі способи фінансування страждають від нестачі коштів, які приносять дохід, для обслуговування боргу. Цільові податки збираються спеціально для зазначених цілей. Хоча вони непопулярні серед політиків та збирачів податків, перевагою є можливість визначати пріоритети фінансування конкретних програм відповідно до передбачуваної податкової мети.

Інші приватні джерела фінансування включають схеми, які фінансуються роботодавцем, коли роботодавці можуть повністю фінансувати медичні послуги, наймати медичний персонал або утримувати медичні установи для використання працівниками. Однак такі механізми стикаються з проблемами якості, надійності та стійкості медичної допомоги. Фінансова підтримка також може бути отримана за рахунок благодійних або добровільних внесків, хоча можуть виникнути проблеми через невідповідність між пріоритетами донора та одержувача й загрози нестійкого довгострокового фінансування; залежність від благодійних внесків може уповільнити індивідуальний економічний розвиток країни та замінити інші джерела фінансування. І навпаки, фінансування спільноти може стимулювати «розроблення нових типів місцевих інституцій, які можуть координувати та систематично використовувати ресурси спільноти» [77, с. 168]. Хоча фінансування спільнот як ізольований фінансовий механізм мало ймовірно для отримання достатніх ресурсів, воно є стійкою основою, яка сприяє самозабезпеченості та «культурно прийнятним системам надання послуг» [78]. Незалежно від того, включає механізм державні або приватні страхові

агентства, основним джерелом фінансування, як і раніше, є дохід домогосподарства пацієнта, який буде використовуватися на охорону здоров'я. Зокрема, готівкові витрати – це «платежі, що здійснюються пацієнтом безпосередньо постачальнику послуг, виражені у платежах за збори, товари чи послуги, іноді у поєднанні з іншими формами покриття, такими як доплати або платежі понад страхових внесків» [55].

Послуги з надання медичної допомоги – це продукція сектора медичного обслуговування, отже, наявність рахунків медичного обслуговування є одним із факторів результату, отриманого шляхом надання медичних послуг. Деякі медичні послуги не пов'язані безпосередньо з лікуванням хвороб; проте показник, заснований на захворюванні, забезпечує основу для вимірювання більшості медичних послуг. При оцінці результатів надання медичної допомоги фундаментальною проблемою є вимірювання ціни та кількості методів лікування захворювання – наприклад, лікування серцевих нападів. Після того, як це буде виконано за цілим рядом показників, необхідно буде сформувати агреговані показники медичних послуг та інфляції медичного обслуговування. Існують дві методології агрегування кількісних змін лікувальних процедур.

Дефляція – це стандартний підхід національних рахунків для отримання кількісних показників. Термін «дефляція» описує «процес, у якому центральним етапом є поділ зміни витрат між двома періодами з допомогою індексу цін» [47, с. 22]. Дефляція призводить до деякого збільшення кількості. Як приклад медичної допомоги витрати на лікування серцевих нападів можна поділити на індекс цін на цю послугу. Результат дає кількісний захід – це порядковий номер, що вказує на зміну кількості процедур лікування серцевих нападів. Індекс також показує темпи зростання медичних послуг при цій недозі. Загальноприйняті процедури дефляції представлені у системі національних рахунків [54].

Альтернативний метод – це пряме агрегування кількостей. Для цього розраховується кількісний індекс лікування (наприклад, для серцевих

нападів) з використанням кількості та типів лікування та їх вартості, а також врахуванням відмінностей у ступені тяжкості та способах лікування. Цей підхід рідше використовується під час розрахунків національних тарифів на медичні послуги. Однак для країн, у яких медична допомога надається державою (тому стягувана ціна не має значення), метод прямого кількісного індексу є привабливим [36].

З метою позиціонування глобального продукту охорони здоров'я, як надання медичної послуги, на ринку буде також розглянуто застосування стратегії диверсифікації послуг, яка може бути досягнута медичними організаціями або шляхом додавання нових функцій до поточної пропозиції, або шляхом використання більш підготовлених та кваліфікованих фахівців, більшого залучення персоналу, ніж у конкурентів, або ефективнішого іміджевого маркетингу. У разі коли цінова політика диверсифікується залежно від запропонованих медичних послуг: профілактичні, діагностичні та лікувальні послуги, медичні реабілітаційні послуги, медичні дослідження тощо, чинники ціноутворення в медичних організаціях можуть бути різними:

1. Внутрішні – включають цілі медичної організації (залежно від форми власності), розмір витрат за надання медичних послуг тощо.
2. Зовнішні – включають аналіз характеру ринку та попиту, конкуренцію, тенденції розвитку економіки, облік соціальних факторів тощо [25, с. 11-12].

Складність ціноутворення у сфері надання медичних послуг пов'язана:

1. З особливостями ведення бухгалтерського обліку в бюджетній сфері взагалі та охороні здоров'я зокрема (відсутність обліку багатьох видів витрат, в тому числі в окремих підрозділах).
2. З неможливістю використання єдиної методики визначення ціни послуг у стаціонарах, поліклініках.
3. З різноманіттям структури навіть однотипних ЛПЗ, що зумовлює різну величину витрат за однакові послуги [10].

Всі властивості товару закладені у медичній допомозі. Процес чи механізм надання медичних послуг має споживчу вартість (задовольняє життєву потребу у здоров'ї), має грошовий вираз. Ціна не є синонімом вартості. Вартість – це «кількість праці, вкладеної у надання медичної послуги та певної якості, на відміну від ціни, вона не залежить від кон'юнктури ринку» [16, р. 24]. Ціна – це «грошове вираження вартості, за яку купується кінцева кількість, маса чи інший показник товару чи послуги» [18, с. 13-14].

Прибуток та собівартість – це основні складові ціни. При визначенні правильного рівня цін медичні організації повинні враховувати те, як пацієнти оцінюють цінність медичних послуг, та інші фактори, що впливають на напрямок конкретної медичної послуги. Цінність послуги пацієнти визначають декількома способами: це низька ціна», або «цінність – це те, що я отримую за ціну, яку я плачу», або «цінність – це те, що я хочу від послуги» [27, с. 41]. Пацієнт більше не вдаватиметься до тієї чи іншої медичної послуги, якщо він / вона негативно оцінює цінність цієї послуги, а це відбувається, коли сплачена ціна перевищує отримувану їм вигоду. Чистий зиск від послуги, яка є різницею між сумою отриманої вигоди та сумою витрат, пов'язаних з цією послугою, береться до уваги при визначенні вартості медичних послуг пацієнтами. Незважаючи на те, що медичні організації, які користуються популярністю серед споживачів та стійкі на ринку медичних послуг, можуть встановлювати більш високі ціни на медичні послуги, надбавку до цін неможливо перебільшити, з огляду на те, що існують певні цінові системи.

Система цін на медичні послуги може бути визначена кількома групами:

1. Бюджетні оцінки. Бюджетні оцінки або кошториси є побажання та амбіції уряду. Переглянуті кошториси показують, як, мабуть, будуть виглядати витрати. Фактичні дані дають реальну цифру того, скільки справді було виділено. Бюджетні ціни не мають структури, тобто розпадаються на

собівартість і прибуток, розмір залежить від величини реальних витрат. Метод розрахунку визначається розміром обмежених фінансових коштів та обсягом необхідних для надання товарів чи послуг;

2. Державні ціни на платні медичні послуги. Ця група контролюється законодавством. Ціни встановлюються на основі правового регулювання ціноутворення для організацій охорони здоров'я та визначаються законодавством. Ця ціна – це витрати, які були розраховані та затверджені, ґрунтуючись на трудових та матеріальних нормах.

3. Договірні ціни. Ця група заснована на укладанні контракту, що базується на розрахункових кількостях предметів, включених до проекту, та їх поодинокі ціни. Остаточна ціна договору залежить від кількості, необхідної для робіт або надання послуг. Цей вид також прийнято називати «вільними ринковими цінами на медичні послуги» [39].

4. Тарифи на медичні послуги – це своєрідні ціни, які є важливим інструментом фінансового забезпечення медичних установ. Тариф – це «грошова сума, яка відшкодовує витрати медичної установи за результатом виконання програми гарантій медичної допомоги та територіальної програми медичного страхування населення» [46, с. 19-20]. А також, якщо не буде зроблено відповідних інвестицій у вартість послуги, різниця в цінах зробить медичну організацію більш уразливою для конкуренції з боку організацій, які надають дешевші медичні послуги. Клієнти/пацієнти можуть захотіти змінити постачальника медичних послуг, якщо вони більше не можуть виправдовувати чому саме вказана медична послуга має вищу ціну.

Аналізуючи питання конкуренції, слід розглядати надання медичних послуг різносторонньо. Традиційна конкуренція у сфері надання медичних послуг включає один або кілька елементів (наприклад, зручність, якість, ціна, особливість продукту чи послугу), проте наявність конкуренції може ґрунтуватися на новітніх технологіях чи інноваціях [50, с. 33].

У сфері охорони здоров'я конкуренція розглядається з урахуванням своєї основної ролі – це можливості надати механізм зниження витрат на

сферу охорони здоров'я. Конкуренція, як правило, усуває неефективність, яка інакше призвела б до високих виробничих витрат, які в результаті перекладаються на пацієнтів за рахунок високих витрат на медичне обслуговування та доставку. Ринок охорони здоров'я разом стримує конкуренцію, забезпечуючи платформу для посередньої якості допомоги та нестійкого зростання витрат на охорону здоров'я. Ці обмеження багатогранні та взаємозалежні:

- патентні монополії: патенти на ліки та пристрої на законних підставах надають монополію нові варіанти лікування. Однак навіть там, де є варіанти, лікарі – найчастіше під впливом (фінансовим або іншим) з боку виробників – роблять вибір за споживачів, часто без обліку ціни;

- обмеження за місцем розташування: географія обмежує конкуренцію, по суті надаючи виняткові права постачальникам медичних послуг у цьому географічному регіоні. Це особливо вірно для лікарень, де варіанти лікування дуже обмежені в межах розумної відстані для споживачів;

- мало варіантів страхування: вибір споживачів для страхових компаній часто обмежується вибором роботодавця та законодавством штату, що знову ж таки створює географічні обмеження для конкуренції. Обмежена кількість страховиків, часто з майже ідентичними планами та цінами, обмежують себе, коли від імені своїх клієнтів вони змагаються за географічно обмежені ресурси охорони здоров'я;

- відсутність прозорості цін, а також повна відсутність прозорості ціноутворення для постачальників медичних послуг. Нemoжливiсть вибору постачальників медичних послуг та послуг на основі порівняльних цін (як сьогодні робить більшість споживачів на інші товари та послуги) майже гарантує постійне зростання витрат на охорону здоров'я та посередню якість охорони здоров'я [65].

Надання медичних послуг дає великі підстави для конкуренції. Конкуренція у постачаннях обіцяє певні переваги, в основному з точки зору витрат та якості, оскільки постачальники конкурують за контракти з

покупцями. Більш того, приватні провайдери можуть отримувати державні фінанси та конкурувати з державними провайдерами. Тут конкуренти відводять споживачам велику роль, пропонуючи їм фіксовані ціни нецінових аспектів догляду. У цьому випадку споживачі мають вибір, у якого провайдера вони виберуть той самий тип догляду. Крім того, системи охорони здоров'я можуть надати клієнтам можливість вибору, навіть якщо постачальник послуг не є конкурентом.

В останні роки міжнародна торгівля медичними послугами швидко зростала, хоча вона залишається невеликою в порівнянні з торгівлею іншими видами послуг. Нові постачальники медичних послуг, зокрема з країн, що розвиваються, прагнуть залучити іноземних пацієнтів для надання різних видів спеціалізованого лікування. Мобільність працівників охорони здоров'я збільшується, зокрема, внаслідок старіння населення та нестачі спеціалізованого персоналу у деяких країнах. Враховуючи наявність конкуренції у поставках/надаванні медичних послуг, необхідно розглядати медичні послуги через чотири способи постачання послуг [72]. Відповідно до стандартної термінології:

1. Перший спосіб – транскордонне постачання послуги (з території одного члена СОТ на територію будь-якого іншого члена СОТ), тобто ситуація, коли продавець та покупець послуги не переміщуються через кордон. Її перетинає тільки послуга [76].

2. Другий спосіб – це споживання послуги за кордоном, тобто ситуація, коли споживач з однієї країни набуває та споживає послугу, перебуваючи на території іншої країни. І тут послуга і продавець послуги не переміщуються через кордон, її перетинає споживач послуги [76].

3. Третій спосіб – комерційна присутність, тобто постачання послуг їх постачальником одного члена СОТ шляхом комерційної присутності на території іншого члена СОТ. У цьому випадку фірма, яка надає послугу, перетинає кордон та, перебуваючи на території іншої країни, відкриває

представництво або дочірню фірму, через яку надає послугу споживачеві послуги цієї країни [5, с. 122].

4. Четвертий спосіб – це переміщення фізичних осіб, які надають послугу на територію іншої держави, де вони надають цю послугу. Іншими словами, це ситуація, коли послуга надається шляхом діяльності людей, які приїжджають з-за кордону в країну, де знаходиться її споживач [7, с. 13].

Розібравши ці способи шляхом аналізу медичних послуг, слід зазначити, що сфера охорони здоров'я прагне залучити іноземні інвестиції для отримання додаткових ресурсів, зниження навантаження на систему охорони здоров'я чи заохочення передачі ноу-хау.

Таким чином, швидкий технічний прогрес, оцифрування та зниження витрат в останні роки сприяли швидкій появі електронної торгівлі медичними послугами, такої як віддаленої діагностики, та все більш широкого використання мобільних додатків для моніторингу здоров'я пацієнтів. Сучасні медичні та соціальні послуги включають лікарняні послуги (тобто медичні послуги, що надаються під наглядом лікарів), інші медичні послуги (наприклад, послуги швидкої допомоги та медичних установ за місцем проживання), соціальні послуги та інші медичні та соціальні послуги. Деякі медичні послуги також покриваються професійними послугами: медичні та стоматологічні послуги, послуги акушерок, медсестер, фізіотерапевтів та парамедичного персоналу. Медичні послуги – один із секторів послуг із найнижчим рівнем зобов'язань. Станом на кінець 2020 року списки 53 членів СОТ (вважаючи ЄС-25 як один) містили зобов'язання принаймні в одному з чотирьох підсектор сфери охорони здоров'я. Більшість зобов'язань пов'язані з лікарняними послугами, за якими йдуть «інші послуги з охорони здоров'я людини». Система охорони здоров'я багата на інформацію, оскільки вона щодня збирає та генерує великі її обсяги. Ринок медичних послуг – це ринок, що відрізняється своїми способами постачання, нееластичним попитом і конкуренцією, яка щодня змушує постачальників замислюватися про надання послуг за вигідними умовами, а державу – про



прискорене запровадження інноваційних технологій в сфері охорони здоров'я. Здоров'я – це не стандартний ринковий товар, що продається, який куплять за певних обставин за будь-які гроші.

## **1.2. Формування глобального ринку медичних послуг на основі національних систем охорони здоров'я**

В умовах постійної зміни та ускладнення глобальних загроз першорядними постають загрози у сфері охорони здоров'я. Виникає потреба винайдення шляхів оптимізації якісних та кількісних показників розвитку інтеграційних процесів національних систем охорони здоров'я, адже незалежно від рівня розвитку національних економік (економічний, фінансовий, інноваційний, технологічний, цифровий) єдиним для всіх є високий рівень актуальності підвищення якісних та кількісних показників здоров'я населення. Як наслідок, ситуація в сфері охорони здоров'я стимулювала безпрецедентну співпрацю між організаціями, галузями, науковими колами та урядами й незаперечно продемонструвала цінність партнерства для надання нових рішень та покращення результатів. Очікується, що між представниками охорони здоров'я та технологічними гігантами виникнуть цікаві альянси, кожен із яких привнесе у домовленість свої сильні сторони. Багато хто з них заснований на створенні цінності шляхом комбінування та аналізу наборів даних та перетворення їх у заходи, що дозволяють скоротити витрати або покращити якість та зручність використання. Інвестиції у здоров'я не лише бажані, а й є найважливішим пріоритетом більшості економік. Тим не менш, системи охорони здоров'я в усьому світі стикаються з серйозними проблемами – частково через складну нормативно-правову базу, старіння населення, поширеність хронічних захворювань і широке використання дорогих, але зростаючих життєво

важливих технологій охорони здоров'я. Слід додати, що ростуть й очікування громадян щодо швидкого та належного доступу до охорони здоров'я.

Сьогодні більшість країн щосили намагаються просувати більше співвідношення ціни та якості в секторі охорони здоров'я, забезпечуючи при цьому загальний доступ, справедливість та підвищуючи якість медичної допомоги. За даними World Health Statistics 2017, сума грошей, яку Малайзія витрачає на охорону здоров'я, становить лише 6% від загальних державних витрат у порівнянні з Сінгапуром та В'єтнамом, які витрачають 14%, та Таїландом, на який припадає 13%. Це підводить нас до питання, як забезпечити фінансову стійкість систем охорони здоров'я, вносячи при цьому позитивний внесок у макроекономіку [18, с. 12-13]. Економічні показники будь-якої країни пов'язані з показниками її здоров'я. У більш багатих країнах здоровіше населення і набагато вищий рівень смертності. Розвиваються і слаборозвинені країни з високим відсотком бідності та, які страждають від низької тривалості життя, здебільшого через недоїдання та дитячу смертність.

Національний дохід будь-якої економіки у розвитку системи охорони здоров'я відіграє вагомий роль. Здебільшого це проявляється у формі страхового покриття та державних витрат на охорону здоров'я. Країни з більшою фіскальною базою успішніші у забезпеченні загального страхового покриття, яке в інших випадках важко реалізувати.

Ще один взаємозв'язок між охороною здоров'я та економікою заснований на проведеній політики охорони здоров'я. Візьмемо, наприклад, вживання тютюну. Більш багаті та ефективніші фіскальні системи, що стягують більш високі податки на тютюн, зазвичай посилюють інші заходи політики охорони здоров'я, такі як обмеження куріння в громадських містах, що може призвести до поліпшення здоров'я населення в цілому. Ринок медичних послуг відрізняється від країни до країни, іноді значною мірою, залежно від рівня економічного розвитку та існуючої політичної системи. Системи охорони здоров'я у глобальному масштабі найкраще можна

визначити через визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «сучасні система охорони здоров'я складається з усіх організацій, людей та дій, основною метою яких є зміцнення, відновлення чи підтримка здоров'я. Це включає зусилля по впливу на детермінанти здоров'я, і навіть більш прямі оздоровчі заходи» [19]. Таким чином, система охорони здоров'я – це більше, ніж державна піраміда установ, що надають індивідуальні медичні послуги [40, с. 66-67].

На думку Всесвітньої організації охорони здоров'я, система охорони здоров'я, що добре функціонує, вимагає стабільного механізму фінансування, належним чином навченої та адекватно оплачуваної робочої сили, добре обслуговуваних установ та доступу до надійної інформації для прийняття рішень [66, с. 165]. Багато людей вважають, що доступ до медичного обслуговування є одним із основних прав людини. Відсутність якісної охорони здоров'я може призвести до низької якості життя та більш низької очікуваної тривалості життя, ніж у країнах зі стабільною та доступною системою охорони здоров'я. Країни з ефективними та дієвими системами охорони здоров'я мають загалом найкращі результати в галузі охорони здоров'я.

Пандемія коронавірусу поставила під удар системи охорони здоров'я в всьому світі, перевіряючи їх здатність піклуватися про пацієнтів та захищати медичних працівників під час кризи. Влада прагнула запровадити широке тестування, звільнити місце у лікарнях та забезпечити безпеку критично важливого медичного обладнання, такого як вентилятори та маски, де результати виявилися неоднозначними [1]. Деякі країни швидко впровадили плани реагування на пандемію, що допомогло їм значно обмежити поширення COVID-19. Інші не змогли діяти на ранній стадії, та їх системи охорони здоров'я було перевантажено пацієнтами. В деяких випадках рішення державних та місцевих лідерів, спрямовані на те, щоб зупинити поширення інфекції, такі як заборони на поїздки та блокування, дозволили зберегти керованість спалахами.

Незважаючи на те, що американська система знаходиться на провідному місці в світі за рівнем витрат на охорону здоров'я, вона важко реагує на поширення інфекції. США стикаються з додатковою проблемою забезпечення тестування та догляду за мільйонами незастрахованих людей, незалежно від того, що частина країн з високим доходом з такою проблемою не стикалися. Розглянемо на прикладі деяких країн стан охорони здоров'я на сучасному етапі, який нерозривно пов'язаний з COVID-19 [3].

1. Тайвань. Національне медичне страхування Тайваню – це система з одним платником, а це означає, що майже всі громадяни та іноземці, які проживають там не менше шести місяців, охоплені одним державним страховим планом. Його переваги є всеосяжними, включаючи охоплення первинною медичною допомогою, лікарняними послугами, що відпускаються за рецептом ліками, стоматологічною роботою та психіатричною допомогою [21]. Система переважно фінансується за рахунок податків на заробітну плату та доповнюється додатковими податками на тютюн та лотерею. Крім того, існують доплати за відвідування лікаря (обмежені 14 доларами) та рецепти (обмежені 7 доларами), а також плата за перебування у лікарні, яка також має обмеження щодо вартості. У середньому протягом року людина відвідує свого лікаря 15 разів, що майже вдвічі перевищує кількість відвідувань лікарів в інших розвинутих країнах. Це значення показує, що лікарні та клініки потребують розширення, а їх персонал перевантажений роботою. Незважаючи на густонаселені міські райони та тісні взаємозв'язки з материковим Китаєм, де вперше було виявлено коронавірус, на Тайвані було зареєстровано лише кілька сотень випадків захворювання. Експерти кажуть, що це пов'язано з тим, що тайванський уряд на чолі з президентом Цай Ін-Венем швидко реалізувало свій план реагування на епідемію, створений після спалаху у 2003 році Тяжкого гострого респіраторного синдрому (Торс) [25, с. 44-45]. Він використовував технології, включаючи програми для мобільних телефонів, які відстежують дані користувачів та датчики тепла тіла, щоб визначити

близькі контакти пацієнтів з коронавірусом, забезпечити карантин та контролювати температуру тіла. Він також заборонив виробникам експортувати медикаменти та збільшив виробництво масок. Тести на коронавірус безкоштовні, та лікарні були зобов'язані перевіряти пацієнтів на ранній стадії [31, с. 43-44].

2. Великобританія. Охорона здоров'я у Сполученому Королівстві повністю фінансується та надається урядом майже всім людям. Деякі дослідники дають Національній службі охорони здоров'я країни (НСЗ) високі оцінки за багатьма показниками охорони здоров'я, включаючи профілактичну допомогу, справедливість та доступ. НСЗ, оплачувана переважно податками, забезпечує всебічне охоплення, включаючи профілактичну допомогу, лікарняні послуги, фармацевтичні препарати та психіатричну допомогу [46, с. 22-23]. Послуги переважно безкоштовні в момент використання; витрати з власної кишені в середньому становили близько 550-650 доларів на людину в рік. Близько 10 відсотків населення мають додаткову приватну страховку, що дозволяє швидше отримати доступ до деяких видів медичної допомоги. Вказана система зіткнулася з критикою у зв'язку з відсутністю фінансування та зниженням якості, особливо в галузі первинної медико-санітарної допомоги [48, с. 43]. Потенціал також є проблемою: країна має трохи більше двох лікарняних ліжок невідкладної допомоги на тисячу осіб, що знаходиться на нижньому рівні країн Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР). Хоча країна займала майже перше місце за готовністю до пандемії за Глобальним індексом безпеки охорони здоров'я, через вірус сильно постраждало населення, оскільки уряд прем'єр-міністра Б. Джонсона протягом кількох тижнів відмовлявся від масових закриттів, незважаючи на те, що його колеги в Європі запровадили карантини та локдауни. До середини квітня 2020 року у Великобританії було близько вісімдесяти тисяч випадків захворювання на коронавірус, включаючи самого Б. Джонсона, та близько десяти тисяч смертей. НСЗ заявила, що звільнить десятки тисяч лікарняних ліжок,

відклавши процедури, що мають не терміновий характер, і купивши місця в приватних лікарнях. Лондонський конференц-центр також був швидко перепрофільований до імпровізовану лікарню. Крім того, тисячі колишніх медичних працівників проходили перепідготовку для надання допомоги у кризових ситуаціях, у той час як фахівці в інших областях перерозподіляються. Проте багато хто підняв тривогу з приводу відсутності вентиляторів та захисного обладнання. Уряд імпортував деякі вентилятори, що позичили деякі з них у збройних сил і закликали компанії виробляти більше [49, с. 22-23]. Країна тестувала близько чотирьох осіб на тисячу, порівняно з дев'ятьма в Південній Кореї, і мала намір збільшити цей показник.

3. Південна Корея. Майже все населення у Південній Кореї охоплено державною Національною програмою медичного страхування. Його переваги включають невідкладну допомогу, фармацевтичні препарати та стоматологічну допомогу. Медичні послуги в основному надаються через приватний сектор, причому більшість медичних установ знаходяться в приватному віданні. Експерти кажуть, що у Південній Кореї немає добре розвиненої системи первинної медичної допомоги [79, с. 43-44]. Державна програма значною мірою спирається на розподіл витрат з пацієнтами, причому витрати з власної кишені становлять 34 % витрат на охорону здоров'я порівняно із середнім показником ОЕСР в 20 %. Уряд підтримує граничні рівні доплат, але пацієнти часто зобов'язані оплачувати повну вартість послуг, не включених до соціального пакету, призводячи до того, що більшість людей підписуються додаткові приватні страхові плани [67, с. 54-55]. Це привело до нерівного доступу до медичної допомоги. Після боротьби зі спалахом Близькосхідного респіраторного синдрому (БВРС) у 2015 році Південна Корея вклала значні кошти у забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій та призначила Міністерство внутрішніх справ та безпеки головним координатором у кризових ситуаціях в області охорони здоров'я, а не прем'єр-міністра чи президента. Експерти високо оцінили

швидкі зусилля країни щодо «згладжування кривої» та утримання спільного числа смертей нижче двохсот. Після того, як у січні з'явився перший випадок захворювання, уряд швидко розробив діагностичний тест та безкоштовно перевіряв мільйони людей. Багато південнокорейців скористалися перевагами прохідних випробувальних полігонів. Уряд призначив спеціальні лікарні для пацієнтів з COVID-19 і зажадав, щоб пацієнти, які звертаються за іншою медичною допомогою, відвідували лікарні, не пов'язані з COVID-19 [72]. Уряд також мобілізував приватний сектор на виробництво медичних товарів для державних потреб.

4. Австралія. Австралійська система – поєднання державного та приватного страхування. Універсальна програма державного медичного страхування, медичної допомоги, що фінансується федеральним урядом. Це, як правило, вважається доступним, але є й компроміси: державні лікарні, наприклад, як відомо, стають переповненими, особливо під час криз у галузі охорони здоров'я [56, с. 22-23]. Близько половини австралійців також купують приватну страховку, яку заохочує федеральний уряд, хоча ця частка становить приблизно одну п'яту за нижчий рівень доходу. Приватні страховики, які перебувають як в комерційних, так і в некомерційних організаціях пропонують покриття лікарняних та невідкладних послуг, а також загального догляду, такого як стоматологічні та хіропрактичні послуги. Австралійці платять у середньому близько 830 доларів зі своєї кишені на охорону здоров'я [51, с. 44]. Австралія, що також входить до числа країн з найвищим рівнем готовності до епідемій і реагування на них, не так сильно постраждала від пандемії, повідомивши про приблизно 6300 випадків захворювання на вірус і трохи менше шістдесяті смертей до середини квітня 2020 р. Уряд прем'єр-міністра С. Моррісона та державні чиновники «підтримували суворі заходи стримування, навіть коли рівень нових інфекцій, здавалося, знижувався, в небезпеці, що відсутність таких заходів відділення інтенсивної терапії може бути перевантажені протягом кількох тижнів» [50, с. 33]. Десятки тисяч лікарняних ліжок та тисячі лікарів та

медсестер були переведені з приватних лікарень до державних, щоб полегшити навантаження на державну систему. У країні також були одні з найвищих показників тестування на душу населення, в середньому десять тисяч тестів на день наприкінці березня 2020 року. Експерти в області охорони здоров'я приписують високий рівень тестування, поряд з ранніми заходами соціального дистанціювання, запобіганню поширеній, непоміченій передачі інфекції в громадах.

5. Нідерланди. У рамках суворо регульованої голландської системи люди повинні купувати медичну страховку у приватних постачальників, хоча вони, зазвичай діють як некомерційні організації. Майже всі лікарні також працюють як некомерційні організації. На ринку домінують чотири страхових конгломерати, на частку яких припадає близько 90 % громадян [49, с. 44]. Уряд покриває більшу частину витрат, які фінансуються за рахунок податків. Інше фінансування відбувається за рахунок страхових внесків, які встановлюються кожним страховиком за однаковою ціною всім людям незалежно від віку чи стану здоров'я. Голландські громадяни платять порівняно низькі премії (\$115-150 щомісяця) та витрати з власної кишені (приблизно \$600 щорічно), роботодавці також роблять внески [72]. Ті, хто має нижчі доходи, отримують додаткові субсидії, а витрати дітей повністю покриваються державою. Понад 80% населення купує добровільне додаткове страхування для покриття таких пільг, як стоматологічна та офтальмологічна допомога [48, с. 48]. Хоча аналітики попереджають, що витрати на охорону здоров'я зростають швидше, ніж заробітна плата, система вважається доступною з якісною медичною допомогою.

У Нідерландах існує національний інститут охорони здоров'я, в якому діють керівні принципи боротьби з епідеміями. Дотримуючись рекомендацій інституту, уряд прем'єр-міністра М. Рютте в березні 2020 р. вжило заходів щодо соціального дистанціювання, але вирішило відмовитися від повної ізоляції, стверджуючи, що контрольоване поширення вірусу може зміцнити імунітет. Хоча швидкість передачі інфекції сповільнювалася, влада



попередила, що відділення інтенсивної терапії лікарень можуть вийти на повну потужність. Приватні заклади, включаючи концертний зал і готелі по всій країні, були перетворені на імпровізовані центри невідкладної медичної допомоги, щоб полегшити навантаження на лікарні, де був високий рівень зараження серед персоналу. Деякі голландські пацієнти отримали допомогу в сусідній Німеччині. Рівень тестування на душу населення країни був на одному рівні зі США, але значно відставав від Південної Кореї [46, с. 99-100].

6. США. Сполучені Штати Америки, чия система охорони здоров'я є сумішшю приватних і державних джерел. США – це одна з тих країн світу, з високим рівнем доходу, де охоплення послугами охорони здоров'я не досягло повноцінного обсягу: близько 8,5% населення не охоплено ними. Закон про доступну медичну допомогу 2010 року вимагав, щоб більшість американців мали страховку, але ця вимога була скасована адміністрацією президента Д. Трампа у 2019 році [31, с. 56-57]. Приватна страховка, чи то на основі роботодавця, чи індивідуально придбана становить дві третини ринку, тим часом як решта людей покривається державними страховими планами, включаючи програми Medicare, Medicaid та програми ветеранів. Medicaid зазвичай охоплює вразливі групи населення, включаючи сім'ї з низьким рівнем доходу, а Medicare – людей старше 65 років та деяких інвалідів. Американці витрачають на охорону здоров'я набагато більше, ніж мешканці будь-якої іншої країни ОЕСР. Люди платять в середньому 10000 доларів на рік, і майже 17 відсотків ВВП США було витрачено на охорону здоров'я у 2018 році [30, с. 45-46].

Після того, як наприкінці січня Сполучені Штати повідомили про свій перший випадок захворювання на коронавірус, адміністрація Д. Трампа заборонила мандрівникам в'їжджати до Китаю. Проте експерти кажуть, що у наступні тижні федеральний уряд не зміг реалізувати план запобігання поширення інфекції, незважаючи на те, що країна була визнана найбільш підготовленою до пандемії та збільшила потужності лікарень і збільшила

виробництво медикаментів [25, с. 66-67]. Деякі штати, такі як Каліфорнія, запровадили ранні заходи ізоляції і досягли більшого успіху в стримуванні поширення вірусу. Початковий діагностичний тест, розроблений Центрами контролю та профілактики захворювань (CDC), виявився помилковим, затримавши тестування по всій країні на кілька тижнів і не дозволивши чиновникам охорони здоров'я отримати точну картину поширення хвороби. Оскільки багато штатів зіткнулися з дефіцитом, Д. Трамп використав надзвичайні повноваження, щоб змусити приватні компанії виробляти вентилятори для пацієнтів та маски для медичних працівників [26].

Зважаючи на вказане, можемо стверджувати, що всі країни продовжують шукати більш ефективні механізми стримування витрат та підвищення економічної ефективності, включаючи важке завдання встановлення обмежень на медичні технології, результатом використання яких є невеликі граничні вигоди для кількох людей за великих витрат для суспільства [84]. Спроби досягти рівності у системах фінансування, оплати, контролю за витратами та доставки повинні враховувати зростаючу конкуренцію за обмежені ресурси та передбачуване обмеження особистої свободи. Врівноважити ці конкуруючі домагання буде особливо важко у Сполучених Штатах з їх численними системами і недовірою до участі уряду в наданні соціальних послуг [81].

Світовий ринок медичних послуг досяг майже 6707,3 мільярда доларів, збільшившись сукупними річними темпами зростання (CAGR) на 7,6% і, як очікується, зросте на 9,3% до майже 9,581 мільярдів доларів до 2022 [77, с. 169]. Світовий ринок медичних послуг дуже фрагментований. Десять найбільших конкурентів на ринку медичних послуг у 2018 році становили 4,9% від загального обсягу ринку. Основними гравцями на ринку є Національна служба охорони здоров'я Великобританії, Kaiser Permanente, Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA, Community Health Systems, Inc., DaVita Inc. та Universal Health Services [80]. Медичні послуги є найбільшим сегментом світового ринку охорони здоров'я, частку якого припадає 79,4%

від загального обсягу. За ним були фармацевтичні препарати, медичне обладнання, а потім й інші сегменти. Очікується, що біологічні препарати будуть найшвидше зростаючим сегментом на ринку охорони здоров'я в майбутньому з CAGR 13,6% протягом прогнозованого періоду. За цим будуть ветеринарна охорона здоров'я, медичні послуги та фармацевтичні препарати, де очікується зростання ринків у середньому на 10,9%, 9,3% та 6,0% відповідно [78]. Найбільші можливості на світовому ринку медичних послуг відкриваються у сегменті лікарень та клінік, які до 2022 року отримають 1 688,3 мільярда доларів світового річного обсягу продажу. Найбільше обсяг ринку медичних послуг зростає у Китаї – до 657,3 мільярда доларів. Стратегії, засновані на тенденціях у сфері медичних послуг, включають розширення використання комплексних платежів, використання цифрових інструментів і прийняття загальних медичних призначень компаніями [75, с. 45]. Найбільш відомі гравці у сфері медичних послуг вдаються до придбання компаній в аналогічних галузях для розширення своєї присутності та зосередження уваги на наданні якісних послуг своїм пацієнтам.

Таким чином, глобальний ринок медичних послуг – це система взаємовідносин між продавцями (медустановами, висококваліфікованими медичними фахівцями) та покупцями різних країн світу з приводу надання медичних послуг на відплатній основі з метою збереження та покращення здоров'я покупців (пацієнтів), що функціонує на основі поєднання ринкових принципів, національного, наддержавного та міжнародного регулювання. Важливим є визначення напрямів узгодження вигід міжнародного інтеграційного процесу систем охорони здоров'я держав перш за все як ключового фактору підвищення ефективності національного економічного розвитку, для чого доречним є визначення загроз та переваг взаємодії держав та їх бізнес-суб'єктів у межах світової господарської системи.

## РОЗДІЛ 2

# ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

### 2.1. Особливості динаміки розвитку міжнародного ринку медичних послуг

Для міжнародного ринку медичних послуг завжди була характерною висока динаміка розвитку, що є цілком обґрунтовано, оскільки з кожним роком зростає кількість діагностованих хвороб, а до них й ліки, відповідним чином змінюються методики лікування й зростає якість медичних послуг. Цьому сприяє також і старіння населення багатьох країн, зростання поширених хронічних захворювань, зростання кількості медичних втручань, зокрема, складних операцій. Ще недавно обсяг світового ринку медичних виробів оцінювався в 425,5 мільярда доларів США і, як очікується, до 2025 року досягне 612,7 мільярда доларів США, що означатиме збільшення приблизно на 5,4% до 2025 року [79, с. 55].

Інтерес технологічних компаній до інвестицій у медичні вироби нового покоління, що постійно зростає, а також схвалення різних органів, які контролюють цю діяльність, швидше за все, призведуть до зростання виробництва медичних виробів до 2025 року [78].

Технологічні досягнення та зростаючий попит на інноваційні методи лікування для задоволення широкого спектру потреб в області охорони здоров'я вважаються ще одним фактором, що підтримує зростання ринку медичних виробів в прогнозованому періоді. Особливо варто виділити сегмент лікарень амбулаторних хірургічних центрів, який з погляду кінцевого споживача домінує на світовому ринку медичних виробів та послуг. Розвиток інфраструктури охорони здоров'я, зростання витрат на

охорону здоров'я, посилення акценту на покращення результатів лікування пацієнтів та прибуткова політика відшкодування витрат, як очікується, стимулюватимуть амбулаторний сегмент лікарень хірургічних центрів і надалі. Разом з тенденціями зростання варто відзначити і особливість, пов'язану з коронавірусом.

Глобальний ринок медичних послуг скоротився з 7102,7 млрд. доларів у 2019 році до 6657,1 млрд. доларів у 2020 році при сукупному річному темпі зростання (CAGR) – 6,3% [67, с. 23-24]. Зниження в основному пов'язане із заходами, спрямованими на стримування спалаху COVID-19. У всьому світі пріоритетна увага приділяється основним і надзвичайним медичним послугам, які включають діяльність, пов'язану з пандемією, профілактику та лікування інфекційних захворювань, репродуктивне здоров'я, материнське здоров'я, здоров'я новонароджених і дітей та інші надзвичайні ситуації, в тому числі несуттєві послуги, які включають діяльність з пропаганди охорони здоров'я, інші не пов'язані з надзвичайними ситуаціями скринінгові послуги, рутинні діагностичні тести та інші бажані медичні послуги, що були обмежені та рекомендовані до закриття. Тому, хоча деякі з екстрених медичних послуг є доступними, оскільки більшість інших медичних послуг закрито, ринок, як очікується, зберігатиме тенденцію до зниження. Потім очікується, що ринок відновиться та зросте в середньому на 7% з 2021 року і досягне 9725,4 мільярда доларів у 2023 році [56, с. 42].

Говорячи про зростаючий ринок медичних послуг, слід виділити основних лідерів у цьому сегменті. Індекс процвітання – це один із авторитетних рейтингів, що проводиться щорічно лондонським дослідницьким інститутом. Цього року організація проаналізувала 149 країн, було 104 критерії, розділених на 9 груп-категорій для того, щоб визначити країни світу, що найшвидше розвиваються [51, с. 91]. Стан економіки країни – це ключова категорія цього рейтингу. В цей показник увійшли не тільки обсяг та потужність економіки, такі чинники, як ефективність, відкритість, стабільність фінансового сектора. Лідуючі позиції у рейтингу посіли 19

країн, а переможцем стала Нова Зеландія. Топ 3 цього рейтингу – це Норвегія, Люксембург та Швейцарія, на останньому місці – Греція [50, с. 101]. У розвинених країнах співвідношення між ВВП на душу населення та індексом інклюзивності розвитку виявилось високим. Наприклад, у Швеції дані показники збіглися – країна посідає шосте місце у рейтингу. Ще у п'яти країн різниця між ВВП на душу населення і розрахованим індексом IDI склала лише один пункт – наприклад, у Австралії (8-е місце за даним індексом та 7-е місце по ВВП). У Чехії, Новій Зеландії та Словаччині, навпаки, порівняно низький рівень ВВП, але високий рівень інклюзивності зростання економіки. США – яскравий контрприклад: країна займає дев'яте місце за ВВП на душу населення, але тільки 23 за індексом інклюзивного розвитку. Незважаючи на стійкі темпи зростання економіки США, модель її розвитку не забезпечує інклюзивного зростання [49, с. 99].

Що стосується регіональної структури, розвиток інфраструктури охорони здоров'я та більш швидке впровадження нових медичних технологій для стимулювання ринку є найбільш характерним для Азіатсько-Тихоокеанського регіону. Північна Америка останні роки займає значну частку на світовому ринку медичних виробів (40% у 2019 році) [48, с. 67]. Зростання ринку медичних виробів, яке спостерігається в регіоні, обумовлене розвинутою інфраструктурою охорони здоров'я та швидшим впровадженням нових медичних технологій. Азіатсько-Тихоокеанський регіон, на чю частку ринку медичних послуг припадає близько 25%, з іншого боку, є ринком, що розвивається, демонструє високий потенціал зростання завдяки збільшенню старіння населення, збільшенню доходу, підвищенню поінформованості про хвороби, поліпшення інфраструктури охорони здоров'я. Більше половини, 62% усіх медичних послуг сконцентровано на таких регіонах як Північна Америка та Західна Європа, це підтверджується показниками економічного розвитку та місцями у рейтингах, пов'язаних із медициною [47, с. 8]. Однак незалежно від стабільності лідируючих позицій помітний переділ ринку щодо безлічі компаній, що надають медичні послуги. Китай та Індія на

даному етапі знаходять на підйомі розвитку ринку медичних послуг, незважаючи на те, що в цих регіонах понад 30% населення Землі [46, с. 111].

Африканський ринок медичних послуг протягом багатьох років був відносно малоемним, за рахунок обмеженості ресурсів на більшій частині континенту та нерозкритих корисних копалин. На даному етапі розвитку спостерігається тенденція, де ринок медичних виробів та послуг зростає відносно швидкими темпами для країнах, що розвиваються, порівняно з розвиненими.

Підвищення рівня доходів, старіння населення, підвищення поінформованості про здоров'я в країнах, що розвиваються, є основними факторами, такими, що підтримують зростання світового ринку в найближчому майбутньому. Однак варто зробити застереження, що загальна картина може бути позитивною, проте, якщо взяти Судан, де високий рівень захворюваності, ринок медичних послуг покращується лише завдяки гуманітарній допомозі, тобто на національному рівні все залишається таким же депресивним.

В усіх країнах спостерігається зростання фармацевтичної галузі. У 2020 році, з огляду на пандемію COVID-19, фармацевтичний бізнес став центром економічного зростання. Близько 50% маркетологів фармкомпаній заявили, що скорочують бюджети на 2020 рік і лише близько 20% поділилися, що бюджет збільшиться. 75,9% повідомили, що коронавірус був або значним, або дуже важливим фактором при ухваленні цих рішень [31, с. 35-36]. Таким чином, більшість фармацевтичних компаній не повністю освоїли свої бюджети за статтею маркетинг у 2020 році. Проте більшість продемонструвала готовність інвестувати в економічно-ефективні цифрові рішення. Ціноутворення в цьому сегменті варіюється в залежності від країни, крім того окремо встановлюється максимальна оптова та максимальна роздрібна націнка. У Швейцарії та Німеччині, а також у Чехії загальна торгова націнка, яка становить від 8% (Швейцарія) до 20% (Німеччина) та

37% (Чехія) [30, с. 33]. Частіше всього встановлюється регресивна шкала націнок в залежності від вартості лікарських засобів у виробника.

Інвестори, венчурні компанії цікавилися сферою медицини для вкладень ще до пандемії. На цьому етапі процес інвестування у сферу медицини прискорився, а суми зросли, оскільки у світі різко з'явилися нові завдання та потреби, взаємопов'язані з дистанційним контролем пацієнтів та автоматизацією роботи медичних установ, удосконаленням правової основи віддаленої медичної допомоги. Ті пропозиції та розробки, які раніше були пілотними та проектними, ще не реалізованими, за місяць стали реальні, потрібні.

Телемедицина стає перспективною тенденцією ринку медичних послуг, проте масове поширення віддалених медичних консультацій вимагатиме зміни наявної в медустановах ІТ-інфраструктури. Це стало важелем розвитку ринку телемедицини в режимі «лікар-пацієнт», обсяг якого суттєво менший, ніж «лікар-лікар» [25, с. 88-89]. З приходом пандемії та запровадженням інформаційних технологій процес надання послуг став сприйматися по-іншому. За допомогою керування баз даних та сучасних технологій суспільство значно зможе покращити не тільки результати лікування багатьох захворювань, але внести тим самим внесок у макроекономічні показники охорони здоров'я країн світу.

У 2020 році вже стали доступні перші телемедичні консультації. Приватні клініки також дедалі більше цікавляться телемедичними сервісами. Обсяг світового ринку телемедичних послуг у 2019 р. становив \$45 млрд. дол. Найближчим часом він зростатиме в середньому на 19,3% на рік і може перевищити \$175 млрд. до 2026 р., підрахували аналітики Global Market Insights [1].

На сегмент телемедицини, зокрема на телемоніторинг пацієнтів, 2019 року довелося майже \$13 млрд. Зростання попиту на цю послугу було викликане зростанням гострих респіраторних захворювань та, відповідно,



числа літніх пацієнтів, а також збільшенням числа людей, які мають проблеми із кардіологією.

Телемедичні лікарняні послуги (telehospital) – це ще один напрямок, основною діяльністю якого є дистанційні консультації лікарів у стаціонарах з іншими фахівцями під час того, коли пацієнт знаходиться на лікуванні та йому потрібна додаткова допомога. Вагому частку на світовому ринку телемедицини займають телефонні консультації – на них у 2019 р. довелося \$18 млрд. Йдеться про лінії довіри, де задіяні професійні лікарі, здатні надати віддалену допомогу або, у разі потреби, перенаправити дзвінок до екстрених служб [3].

Також варто зазначити, що у світовій практиці просування та розвитку експорту медичних послуг спостерігається стійка тенденція у бік зростання ролі рекламних заходів. Одним із ефективних інструментів для розвитку медичної сфери є створення та розповсюдження інформаційних матеріалів про можливості отримання тієї чи іншої медичної допомоги, про медичні організації, що надають такі послуги, а також про комплекс дій щодо отримання медичного обслуговування. Окремі інформаційні матеріали публікуються, наприклад, Міністерством закордонних справ Японії (надає детальну інформацію про оформлення візи для лікування), при цьому у Великій Британії сформовано комплексний алгоритм дій для іноземних громадян щодо отримання медичної допомоги [8]. Отримання цієї інформації в багатьох країнах також доступне через профільні Інтернет-портали з медичному туризму, які, крім іншого, дозволяють вибрати необхідні пакети медичних послуг, запросити додаткову інформацію про організаційні аспекти перебування у країні тощо. Так, наприклад, в окремих еміратах ОАЕ (наприклад, Дубай, Абу-Дабі) створено Інтернет-портали, що дозволяють отримати необхідну інформацію про медичні заклади, які надають медичні послуги, вибрати пакет медичних послуг та страхування, а також придбати квитки на транспорт [9, с. 150]. Крім того, в окремих країнах існує практика запровадження спеціалізованих медичних віз для іноземних громадян, які

приїжджають з метою одержання лікування (наприклад, Німеччина, Індія, Республіка Корея та ін.) [10]. Деякі країни у зв'язку з поширенням коронавірусної інфекції змінюють порядок доступу до надання медичних послуг та надання такої візи. Наприклад, Таїланд уточнив порядок в'їзду іноземних громадян з метою одержання медичної допомоги. Зазначається, що наразі медичні візи є пріоритетними у видачі.

Додатковим інструментом для просування медичних послуг та запобігання поширенню коронавірусної інфекції є розвиток телемедицини. Так, наприклад, у Бразилії тимчасово встановлені правила надання телемедицини, що включають надання доклінічної допомоги, проведення консультацій, моніторинг та здійснення діагностики за допомогою інформаційно-телекомунікаційних технологій. Для просування експорту медичних послуг у деяких країнах медичні установи проходять міжнародну акредитацію та сертифікацію. Наприклад, в ОАЕ за стандартом JCI (Joint Commission International) акредитовано 192 медичні організації, в Саудівській Аравії – 93, у Китаї – 83 [11]. Цей захід спрямований з метою підвищення рівня впізнаваності медичного закладу, а також для оповіщення закордонних споживачів про те, що якість послуг в установах відповідає міжнародним стандартам [13, с. 36-37].

Фірмова структура обсягу пропозиції світового ринку медичних послуг представлена комерційними компаніями, що спеціалізуються на наданні платних медичних послуг і можуть належати до однієї або кількох типів постачальників медичних послуг:

1. Комерційні клініки – це клініки, які надають первинні медичні послуги в амбулаторних умовах і мають у своєму штаті невелику кількість співробітників.

2. Комерційні госпіталі – це організації, якими керують професіонали у сфері охорони здоров'я або менеджери, які мають досвід у сфері бізнес-адміністрування. У свою чергу у шпиталях надаються складні спеціалізовані медичні послуги, діагностичні дослідження та високотехнологічні

процедури, а також мають фонд лікарняних ліжок для цілодобового спостереження пацієнтів.

3. Діагностичні центри.

4. Кабінети приватної практики – це заклади чи приміщення, де надаються послуги кваліфікованого медичного персоналу. Частіша форма послуг даних постачальників – це консультації в амбулаторних умовах [12].

Варто наголосити, що незважаючи на значно вищі витрати на охорону здоров'я, показники здоров'я в Америці не кращі, ніж в інших розвинених країнах. За деякими загальними показниками здоров'я, такими як тривалість життя, дитяча смертність та некерований діабет, Сполучені Штати фактично демонструють найгірші результати. Китай нарощує потенціал і витрати на сектор охорони здоров'я, до 2040 року очікуються витрати на рівні 20% [19]. Такі очікування обґрунтовуються швидким розвитком, зростанням якості медичних послуг та впровадженням інноваційних технологій у сукупності з інформаційними [18, с. 45-46].

В країнах Близького Сходу, Південній Кореї та Канаді за останні 10-20 років видно колосальне зростання державного бюджетного фінансування розвитку сфери охорони здоров'я, проте таких показників у більшості країн Європи не спостерігається.

Таким чином, одним із пріоритетів будь-якої держави в найближчі роки має стати зростання рівня витрат на охорону здоров'я та відкритість національного ринку медичних послуг. Найзначніший рівень витрат та провідні місця за досягненнями, дослідженнями, результатами аналітичних робіт, сервісу та конфіденційності, а також швидкий та сучасний процес надання допомоги у сфері охорони здоров'я спостерігається у США. Система охорони здоров'я США має неповне громадське фінансування. Медичні установи США переважно перебувають у приватній власності. Американські громадяни отримують медичну страховку через своїх роботодавців, самостійно через власні приватні кошти чи державні програми. Деякі недорогі та безкоштовні медичні послуги надаються некомерційними

організаціями, благодійними фондами та програмами, що фінансуються державою. У США загальний бюджет коштів на охорону здоров'я складається з таких фондів:

- державна програма «Medicare» – 10%;
- державна програма «Medicare» – 17%;
- інші урядові програми – 15%;
- кошти приватного медичного страхування – 33%;
- кошти з інших приватних джерел – 4%;
- особисті кошти громадян – 21% [19].

Medicare – це державна програма медичного страхування, має першорядне значення для дорослих жителів США у віці 65 років та старше. Цікаво, що останні кілька років спостерігається невелике збільшення частки людей, охоплених Medicare. Статистика охорони здоров'я за 2019 рік підтверджує, що близько 18% населення США було охоплено Medicare [21].

У 2020 році, згідно з прогнозами, близько 63 мільйонів громадян США будуть охоплені програмою Medicare, згідно зі статистикою охоплення Medicare. Щодо майбутнього, то очікується додаткове зростання. Якщо бути точнішим, то до 2022 року загальні витрати Medicare, за прогнозами, досягнуть понад 1 трильйон доларів [22, с. 242].

Охорона здоров'я США є найдорожчою у світі та у 2020 році фінансування індустрії склало 2,7 трлн. доларів США, що в середньому становить 8860 доларів США на душу населення. При цьому 31% коштів із видатків на охорону здоров'я було спрямовано на стаціонарні медичні послуги, що надаються у понад 6000 госпіталів країни. На амбулаторні медичні послуги клінік та лікарів приватної практики припало 540 млрд. доларів США, або 20% від усіх витрат на охорону здоров'я. Ті, що залишилися 33% витрат на медичні послуги було розподілено на стоматологічні послуги, послуги молодшого медичного персоналу, домашній догляд та інші медичні послуги [26].

Обсяг ресурсів, які може витратити на охорону здоров'я, залежить від її політичних, економічних і соціальних характеристик. Як правило, багатші країни, такі як США, витрачають на охорону здоров'я більше, чим менш багаті. Порівняно з іншими країнами ОЕСР Сполучені Штати виділяють на охорону здоров'я більшу частину свого національного доходу. У середньому витрати на охорону здоров'я у цих країнах за останнє десятиліття не відставали від загального економічного зростання. У період з 2010 до 2019 роки витрати на охорону здоров'я в країнах ОЕСР становили в середньому близько 8,7 % ВВП на рік. Проте витрати на охорону здоров'я в США за той же період зросли з 16,3% до 17,0% ВВП. У 2019 році США витратили на охорону здоров'я близько \$11100 на людину – це найвищі витрати на охорону здоров'я на душу населення ОЕСР [28]. Для порівняння Швейцарія посідає друге місце за видатками на охорону здоров'я – близько \$7700 на душу населення, а середній показник за багатими країнам ОЕСР, крім США, становить лише \$5500 на особу [27, с. 41]. Такі порівняння показують, що Сполучені Штати витрачають непропорційно багато коштів на охорону здоров'я.

Витрати на охорону здоров'я визначаються показниками споживання (кількість використаних послуг) та ціни (сума, що стягується за послугу). Збільшення будь-якого з цих факторів може призвести до зростання витрат на охорону здоров'я. Однак багато аналітиків стверджують, що ціни є основним чинником різниці у вартості між США та іншими багатими країнами [77, с. 169]. Насправді, ціни в США, як правило, вищі незалежно від коефіцієнтів використання. Існує безліч можливих факторів, які пояснюють, чому ціни на медичні послуги у США вище, ніж в інших країнах – від об'єднання лікарень, що призводить до відсутності конкуренції, до неефективності, що зумовлена складністю національної системи охорони здоров'я. Фактично, США витрачають близько \$940 на особу на адміністративні витрати – у чотири рази більше, ніж у середньому в інших багатих країнах, і значно більше, ніж ми витрачаємо на профілактику або

довгострокову охорону здоров'я [80]. З іншого боку, підвищені витрати мають бути виправдані з часом, але на даному етапі середній вік і США – 78 років, на Кубі – 79 років, але витрати на охорону здоров'я різняться в сотні разів, таким чином американська система охорони здоров'я може вважатися порівняно неефективною і може бути переглянута ґрунтуючись на досвіді країн, де середній період життя безпосередньо залежить від витрат на охорону здоров'я або досвіду тих країн, які не дотягують до міжнародних стандартів [69].

Таким чином, основні тенденції розвитку міжнародного ринку медичних послуг такі: зростання даного ринку загалом за рахунок старіння населення, поліпшення діагностування та розвитку лікування хронічних та більш складних захворювань, але зниження обсягів планових медичних послуг під час пандемії коронавірусу при більш інтенсивному розвитку основних та надзвичайних медичних послуг, наголос на розвиток медичних виробів нового покоління та послуг на основі інноваційних методів лікування. Також пріоритетним напрямком залишається фармакологічна галузь, чие ціноутворення регулюється тією чи іншою мірою на державному рівні. Особливого розвитку набули телемедичні послуги, маркетинг у медицині. Центром ринку медичних послуг є Азіатсько-Тихоокеанський регіон, особливо Північна Америка.

## **2.2. Конкурентні переваги країн-лідерів в сфері медичних технологій**

На порозі 21-го століття доступ до послуг охорони здоров'я, їх вартість та якість є ключовими соціальними, політичними та економічними питаннями практично для всіх країн світу. Виявлення умов, за яких системи охорони здоров'я функціонують найефективніше, стало життєво важливою,

хоч і важкою метою. Одне можна сказати точно: неможливо повністю зрозуміти динаміку систем охорони здоров'я без порівняльних досліджень у галузі охорони здоров'я. Знання систем, відмінних від своєї, дає спостерігачеві безліч точок огляду, з яких можна заново поглянути на сильні та слабкі сторони своєї системи. Вивчення інших систем, включаючи їхні успішні та невдалі спроби реформування охорони здоров'я, забезпечує глобальну лабораторію розвитку системи охорони здоров'я. У той час як деякі країни швидко використовують інновації в галузі охорони здоров'я своїх сусідів, Сполучені Штати дещо повільно шукали ідеї реформи охорони здоров'я на міжнародному рівні. Варто наголосити, що подальше поширення порівняльних досліджень у сфері охорони здоров'я забезпечуватиме в майбутньому можливість подолати вказану замкнутість національних сфер охорони здоров'я.

Порівняльне вивчення систем охорони здоров'я фокусується на двох широкого типу питаннях. Перший тип включає опис спектру послуг охорони здоров'я у населенні чи суспільстві, зокрема, їх організацію та функціонування. Найбільш поширений тип досліджень – описові дослідження – поєднує статистичні показники та фактичні пояснення функціонування різних національних систем [82, р. 71]. Деякі з цих робіт включають аналітичний аспект, класифікуючи системи з точки зору концептуальних схем або типологій. Менше уваги приділяється другому типу досліджень, які уважніше вивчають динаміку поведінки систем охорони здоров'я. Інтерес до міжнаціональних досліджень систем охорони здоров'я різко зріс на початку 1990-х років у результаті національних дебатів щодо реорганізації американської охорони здоров'я. Швидке старіння населення багатьох розвинених капіталістичних країнах разом із розширенням сфери застосування високотехнологічної медицини призвело до збільшення попиту на медичне обслуговування із боку населення. Паралельно з цим фактом, бідність та інші форми соціальної нерівності, а також неефективні громадські інститути створили у багатьох країнах, що розвиваються, серйозні проблеми

охорони здоров'я, такі як забруднена вода, неякісні або шкідливі продукти харчування, погана якість повітря, небезпечні будинки та робочі місця, а також швидке поширення інфекційних захворювань [77, с. 170]. В обох випадках системи охорони здоров'я відчувають серйозні проблеми і найчастіше неспроможні задовольнити потреби громадян. У зв'язку з цими проблемами, а також у зв'язку з розширенням глобальної співпраці, соціологи та політики все частіше звертають увагу на досвід інших країн.

Найбільш фундаментальним порівняльним аспектом є організація, фінансування та контроль системи охорони здоров'я. Це передбачає порівняння того, які медичні послуги надаються, як вони оплачуються, як вони конфігуруються, плануються та регулюються, а також як громадяни отримують доступ до них. У країнах, де розвинена економіка, послуги охорони здоров'я сьогодні виглядають однаково для звичайного спостерігача, проте механізми фінансування та розробки політики, що лежать у їх основі, сильно різняться. Роль уряду, мабуть, є найбільшою організаційною змінною у міжнародній охороні здоров'я. Усі уряди, крім уряду США, відповідальні за медичне обслуговування громадян. Деякі уряди ухвалюють рішення надавати медичні послуги і, отже, володіють власними клініками та лікарнями та наймають власних лікарів та персонал – прикладами є Швеція та Данія [75, с. 45]. В одному з варіантів цієї моделі уряд виступає в якості покупця (але не власника) медичних послуг, отримуючи послуги від приватних постачальників від імені пацієнтів, як, наприклад, у Канаді або у реформованій системі охорони здоров'я у Великій Британії [7, с. 13].

У Фінляндії місцеві органи влади можуть здійснювати закупівлі як у державних, так і у приватних постачальників. В іншій моделі, яку ілюструють Німеччина та Японія, уряд уникає виступати в якості основного платника, а натомість бере на себе роль наглядача, встановлюючи мандати на медичне страхування, включаючи тип та рівень покриття, та регулюючи умови того, що значною мірою є приватною системою. Через економічний



тиск національні уряди Німеччини та Японії у 1990-х роках надавали все більше субсидій для підтримки своїх систем [18, с. 45].

Важливо також порівняти системи охорони здоров'я з точки зору характеристик лікарів та механізмів надання первинної медичної допомоги та профілактики. Забезпеченість медичним персоналом (наприклад кількість лікарів на одиницю населення) є ключовим порівняльним показником. Не менш цікавим є й те, що у стані здоров'я цих груп населення немає відповідних відмінностей. Більш складне питання полягає в тому, як різні системи організують та розподіляють медичну роботу між різними професіями та спеціальностями. В деяких країнах, таких як Швеція, Фінляндія та Нідерланди, акушерки або медсестри-акушерки несуть основну відповідальність за нормальний допологовий догляд та пологи; в інших країнах, таких як США, за ці завдання відповідають лікарі, а акушерки трапляються відносно рідко [29]. Практика між лікарями-фахівцями та лікарями широкого профілю – ще один привід для порівняння. Сполучені Штати є унікальними серед своїх колег, оскільки лікарі первинної допомоги, що працюють в амбулаторних умовах, також мають привілеї у лікарні та, отже, мають право приймати пацієнтів та лікувати госпіталізованих пацієнтів. У Великій Британії, Швеції, Німеччині та багатьох інших країнах, з іншого боку, тільки фахівці входять до медичного персоналу лікарень, і лише вони можуть лікувати там пацієнтів [39].

Ще одним аспектом порівняння систем охорони здоров'я є лікарні та системи довгострокового догляду. Країни сильно різняться в тому, як вони використовують лікарні, а також у тому, як і де громадяни з хронічними захворюваннями та іншими виснажливими станами отримують постійний, невідкладний догляд. Багато західних країн сьогодні перебувають у процесі переходу від стаціонарного до місцевого догляду. На цей перехід впливає безліч факторів, у тому числі й те, наскільки доступні альтернативи стаціонарному догляду, такі як програми домашньої охорони здоров'я та підтримки. У таких країнах, як Японія та Німеччина, які у 1990-х роках

покладалися на неформальні сімейні механізми догляду, а не на установи чи послуги на базі спільнот, соціально-демографічні зміни (літні люди живуть довше, а також зміни у трудовій зайнятості осіб, які здійснюють догляд) призводять до кризи довгострокового догляду.

Порівняльні міжнародні дослідження систем охорони здоров'я вимагають наявності докладної та актуальної інформації, тим самим допомагаючи визначити конкурентні переваги ринків медичних послуг. Отримання даних ускладнюється тим, що системи охорони здоров'я у всьому світі функціонують у стані постійної динаміки. Серед країн із розвинутою економікою Швеція та США часто займають протилежні крайні позиції, коли йдеться про організацію та фінансування охорони здоров'я. З цієї причини Швеція розглядається першою поряд з трьома країнами, що мають аналогічні системи – Фінляндією, Великобританією та Канадою, далі йдуть Німеччина, Японія, Росія та Китай, а також Франція, Мексика, Аргентина, Чилі, Колумбія та Гана [53, с. 90]. Шведська охорона здоров'я відображає три основні принципи:

- рівність громадян у доступі до медичного обслуговування;
- універсальність характеру послуг (ідея у тому, що це мають отримувати послуги однакової якості);
- та солідарність – концепція, згідно з якою одна соціальна група жертвує заради іншої групи на користь всього суспільства [65].

Шведська система охорони здоров'я є переважно державною та фінансованою системою; так, приблизно 85% шведської охорони здоров'я фінансується державою, той час як державна частина становить трохи менше 50% [67, с. 93]. Відмінності між двома системами більш різючі з погляду зростання загальних витрат.

Шведська держава загального добробуту, включаючи охорону здоров'я та соціальні послуги, є однією з найбільш всеосяжних та універсальних у світі. Соціальна політика Швеції наголошує, що громадяни повинні мати можливість жити у своїх власних будинках якнайдовше, що означає, що

переміщення в будинок для людей похилого віку відбувається тільки у випадку крайньої потреби. Послуги для людей похилого віку можуть включати до п'яти-шести візитів медсестри додому на день, щоб інваліди та люди похилого віку могли залишатися вдома у суспільстві. Громадяни Швеції сплачують великі податки, щоб підтримувати якість та рівень послуг, на які вони розраховують; водночас демонструють високий рівень політичної підтримки збереження дорогої системи.

Шведська модель системи охорони здоров'я з державною участю та фінансуванням має спільні риси із системами деяких інших країн, включаючи Велику Британію, Фінляндію та Канаду [78].

Британська Національна служба охорони здоров'я (НСЗ), як і її шведський аналог, надає населенню комплексне медичне обслуговування, яке фінансується державою, і користується солідною підтримкою громадян, хоч і піддається постійній критиці. Що відрізняє НСЗ від систем охорони здоров'я в інших західних країнах, то це її економність. Великобританія має найдешевшу систему охорони здоров'я в Європі, за винятком Іспанії та Португалії [54].

Система охорони здоров'я Фінляндії також знаходиться у державній власності, фінансується за рахунок загального оподаткування та децентралізована. Фактично Фінляндія працює в умовах більшої децентралізації охорони здоров'я, ніж Швеція. З 1993 року фінансування охорони здоров'я у Фінляндії включено до блокових грантів національного уряду, які щорічно виділяються кожному з 455 муніципалітетів країни, деякі з них яких створюють партнерства надання медичної допомоги. У межах параметрів національних керівних засад виборні посадові особи у кожній з цих юрисдикцій (подібно до окружних рад у Швеції) несуть відповідальність за отримання та надання медичних послуг населенню [42, с. 60]. Високі стандарти, повний спектр послуг, а також скромні суми, що вносяться із власних коштів, роблять фінську систему порівнянною зі шведською більш дієвою.

Канада також забезпечує медичним обслуговуванням все населення країни. Канадська система охорони здоров'я знаходиться у віданні провінцій і фінансується здебільшого за рахунок державних податків, приблизно три чверті яких надходить від провінційного уряду. Хоча базові послуги залишаються незмінними, деякі специфічні положення охорони здоров'я у Канаді значно відрізняються в кожній провінції. На відміну від Швеції, Фінляндії та Великобританії, канадські лікарі отримують зарплату за принципом «оплата послуг» [36]. Більш того, канадські лікарі первинної ланки виступають у як «попередники» до фахівців і лікарень (як це відбувається в Фінляндії та Великобританії, але не у Швеції) [36]. Як і у всіх країнах цієї четвірки, канадці надзвичайно пишаються своєю системою охорони здоров'я. Вони, схоже, мають намір зберегти її, хоча існує ряд спірних питань щодо необхідності скорочення витрат і поки що не вирішені проблеми, в цілому викликають серйозне занепокоєння про майбутнє канадської сфери охорони здоров'я.

Німеччина та Японія, а також Франція досягли всеосяжного та універсального охоплення (92% у випадку Німеччини) системою охорони здоров'я, яка ближча до моделі США, ніж до соціал-демократичної моделі Швеції, розглянутої вище [20, с. 11-12]. У всіх цих країнах медичне обслуговування надається приватними лікарями, як приватними, так і державними лікарнями, і пацієнти можуть обирати своїх лікарів. Пільги є всеосяжними та встановлюються національним урядом, який також регулює питання зарахування, страхових внесків та відшкодування витрат постачальникам послуг. На відміну від чотирьох країн, розглянутих раніше, фінансування у Німеччині, Японії та Франції є переважно приватним та здійснюється кількома платниками [11]. Страхування на робочому місці (що фінансується, як правило, за рахунок відрахувань із заробітної плати) охоплює більшість працівників та їх утриманців, коли інші платники покривають решту населення. Пацієнти вносять відповідні платежі, хоча

Німеччина фінансує більшість своєї системи охорони здоров'я з приватних джерел, держава відіграє значну роль.

Японська система охорони здоров'я значною мірою дотримується тієї ж приватної, багатоплатіжної моделі, що й у Німеччині, де медичне обслуговування надається всім громадянам через 5000 незалежних страхових планів. Ці плани поділяються на три основні групи, кожна з яких охоплює близько третини населення: працівники великих фірм, працівники дрібних фірм, а також самозайняті особи та пенсіонери. У разі перших двох планів, як і у випадку з німецькими лікарняними касами, роботодавець оплачує приблизно половину страхового внеску, а працівник – частину, що залишилася. Незважаючи на цю подібність, японська система охорони здоров'я має деякі унікальні та дещо вражаючі особливості порівняно з іншими системами, розглянутими тут. Економічний підхід Японії до надання медичної допомоги породжує два феномена: низький рівень витрат, здавалося б, суперечить факту, що у Японії найбільша тривалість життя й найнижча дитяча смертність у світі. Крім того, в Японії високі показники використання послуг, що, на думку деяких, свідчить скоріше про хворе, ніж про здорове населення. Зокрема, японці в два-три рази частіше відвідують лікарів, у три-чотири рази довше лежать у лікарні та витрачають значно більше коштів на фармацевтику, ніж інші країни, що були розглянуті в дослідженні [1].

Величезна нерівність між багатими та бідними характерна для Латинської Америки, де вона є значною перешкодою для загального охоплення послугами сфери охорони здоров'я. Латиноамериканські системи охорони здоров'я істотно різняться, що відбиває соціально-економічні відмінності між країнами, а також історичні та політичні обставини. Мексиканська система ілюструє багато перешкод, з якими стикаються країни, що розвиваються, як у Латинській Америці, так і в інших країнах.

Політична нестабільність та соціально-економічна нерівність, характерні для Латинської Америки, також є перешкодою для систем

охорони здоров'я в Африці. Однак ще серйознішою проблемою в Африці є нестача ресурсів задоволення величезних потреб у охороні здоров'я. Навіть там, де є клініки, лікарні та медичний персонал, швидше за все, не вистачає необхідного обладнання та ліків. В Африці загалом 80 % лікарів живуть та практикують у містах, де мешкає менше 20 % населення [13, с. 36].

Сьогодні в охороні здоров'я більше не говорять про те, хороша чи погана конкуренція. У міру того, як все більше країн приймають ринкові підходи до надання медичних послуг, увага керівників зміщується від переваг конкуренції до стратегій виживання та процвітання. Зростаючий тиск, потребує поліпшення клінічних, операційних та фінансових показників, залишає мало часу для спроб і помилок.

Існує п'ять ключових областей, у яких організації медичного обладнання, орієнтовані на клієнта, забезпечують конкурентні переваги:

1. Розробка інноваційних стратегій обслуговування. Інноваційні стратегії обслуговування включають стратегії, орієнтовані на клієнта, побудова стратегій роботи з клієнтами і каналами збуту, які залучають ринок і виводять бізнес на новий рівень. Інноваційні компанії з виробництва медичного обладнання починають із клієнта. Компанія Medtronic у сфері інноваційних стратегій найяскравіший приклад використання свого потенціалу як конкурентної переваги.

2. Використання аналітичних даних. Аналітичні дані – це ті «найбільші дані», про які багато говорять, і прогресивні компанії з виробництва медичного обладнання використовують усі доступні засоби та аналітичні дані, щоб наблизитися до своїх клієнтів та перетворити зібрані дані на значні та дієві відомості про клієнтів та ринок [18]. Прикладом може бути фармацевтична компанія Boehringer Ingelheim, яка уклала партнерську угоду з каліфорнійським провайдером медичних послуг Sutter Health у сфері нової цифрової охорони здоров'я [26].

3. Перетворення послуг, орієнтованих на клієнта – це узгодженість дій, спрямованих на те, щоб поставити клієнта в центр організації та створити

організацію, орієнтовану на клієнта, яка розвиває та підтримує екосистему, орієнтовану на клієнта та ринок, слухаючи, приймаючи рішення, розподіляючи ресурси, керуючи ефективністю, стимулюючи та спілкуючись. Це справді трансформація під керівництвом клієнта. Група компаній Johnson & Johnson є однією з найбільших у світі багатопрофільних корпорацій у сфері охорони здоров'я. Компанія займає лідируючу позицію у списку Forbes з виробництва медичного обладнання. вдосконалення процесу надання послуг [28].

4. Розширення сфери доходів від послуг – ґрунтується на успіхах компанії медичного обладнання в галузі основних послуг для розширення можливостей компанії щодо отримання доходів від послуг. Модель послуг допоможе стати диференціатором і драйвером зростання і включатиме демонстрацію можливостей пристроїв, продаж пристроїв з послуг та продаж преміальних пропозицій щодо підтримки (послуги з доданою вартістю). Ціль – почати перехід від «безкоштовного до платного» та стягувати плату за послуги, які цінують покупці пристроїв [48, с. 33-34].

5. Вивчення «науки успіху» клієнтів – це вивчення того, що робить клієнтів компанії медичного обладнання успішними, наприклад, хто саме успішні клієнти? Як вони досягли успіху? Що може зробити компанія? щоб інші стали такими ж успішними?

6. Трансформація бізнес-моделі – справа непроста, але необхідна, враховуючи складне поєднання потреб клієнтів, що розширюються і змінюються, змінюється визначення того, що клієнти визначають як «цінність», та високорегульоване середовище медичного обладнання [51, с. 51-52].

Таким чином, інноваційний розвиток – це напрям, впровадження та підтримка якого дуже важлива для рівня конкурентоспроможності ринку медичних послуг, самого процесу медичних послуг, на національному та світовому рівні. Швейцарія в 2020 році всьоме підтвердила своїм результатом, що є найкращою країною за показниками інноваційного

рейтингу, проте Китай, що швидко розвивається, вперше за багато років потрапив у даний рейтинг у топ-25. Крім того найвище у світовому списку інновацій знаходиться Латвія, яка посідає 34-е місце. Литва стала 36-ою, Польща – 39-ою, Росія – 43-ою, Україна на 56-му місці [72]. Країни Європи займають високі показники більш ніж по половині аналізованих факторів в сфері охорони здоров'я. Аналіз результату показує суспільству, що в цьому регіоні зосереджені висококваліфіковані фахівці, кількість заявок на патентні винаходи зростає з кожним роком, якість та кількість наукових статей збільшується.

Сфера медичних технологій Німеччини часто порівнюється з Кремнієвою Долиною США. Робочі місця, які надає столиця Німеччини у сфері медичних технологій – це ключова конкурентна перевага, й передбачається, що найближчими роками лише технології забезпечать 100000 нових робочих місць. В останні роки медична сфера асоціюється все частіше зі Start-up у MedTech, які є конкурентними перевагами низки країн. Говорячи про такі проекти, варто зазначити лідерство Європейського ринку [53, с. 90-91].

Таким чином, порівняння систем охорони здоров'я має на увазі отримання величезної кількості інформації, включаючи історичний досвід, культурні особливості та вірування, географічні аспекти, а також соціальні, економічні та політичні чинники. Це передбачає докладний опис політики та процедур, складні статистичні дані, а також розуміння концептуальних засад, теорії та порівняльних методів. Проте потенційні переваги порівняльної роботи врівноважують труднощі. Незалежно від того, чи є подібність у структурі та функціонуванні систем охорони здоров'я чи ні, багато проблем, з якими стикаються країни під час надання медичної допомоги громадянам, є схожими. Порівняння систем охорони здоров'я на міжнародному рівні дозволяє винести уроки, які можуть тільки допомогти у вирішенні цих проблем. Крім того, конкурентні переваги можуть бути визначені як рівнем розвитку національного ринку медичних послуг, так і часткою коштів у



фінансуванні охорони здоров'я, що безпосередньо залежить від умов функціонування системи охорони здоров'я країни і багато в чому залежить від умов функціонування постачальників, й можуть бути представлені:

- винятковістю, унікальністю пропонованих товарів й послуг, які не можуть надати інші учасники;
- прийнятною для клієнтів ціною пропозиції, що не перевищує цін пропозиції аналогічних товарів і послуг інших учасників;
- більш високою якістю товарів і послуг;
- великим асортиментом товарів і послуг;
- гарантією якості й надійності пропонованого до продажу продукту, забезпечені можливістю заміни, повторної послуги, усунення дефектів, компенсації втрат;
- зручним для клієнтів місцем розташування пункту продажу, надання послуг;
- зручним для пацієнтів режимом роботи лікарів;
- супроводом продажу товарів і надання послуг консультаціями висококваліфікованих фахівців медиків;
- наявністю цінкових знижок для певних категорій споживачів, сезонних знижок, оптових знижок;
- високою культурою обслуговування тощо.

## РОЗДІЛ 3

### ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СУЧАСНОГО МІЖНАРОДНОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### **3.1. Основні напрямки та перспективи розвитку міжнародного ринку медичних послуг**

Сфера охорони здоров'я, безсумнівно, стане пріоритетом як у розвинених, так і країнах, що розвиваються. Інвестиції та інновації стануть основними каталізаторами розвитку міжнародного ринку медичних послуг. А від того, наскільки країни зможуть формувати свої конкурентні переваги в сфері медицини та охорони здоров'я, вони отримають додатковий імпульс до сталого розвитку національних економік. Так, наприклад, цифровізація як сучасна тенденція розвитку економіки охоплює все більше сфер життєдіяльності людини, включаючи медицину та охорону здоров'я. Саме 2020 став поштовхом для впровадження безпаперового документообігу та впровадження цифрових технологій, а сфера медичних послуг, включаючи виробництво медичних технологій і препаратів, стала найпривабливішою для основних венчурних фондів та інвесторів. Побоювання, що на венчурні інвестиції вплинуть затримки у клінічних випробуваннях та можливе зниження доходів, спричинене COVID-19, не виправдалися. Фінансування охорони здоров'я у всіх трьох основних регіонах – Північній Америці, Азії та Європі – зросло порівняно з попереднім кварталом у 1,5 рази [72]. Фінансування цифрової охорони здоров'я в Азії збільшилося майже втричі. Аналіз основних гравців у сфері надання медичних послуг та впровадження нових технологій показує, що акції компаній подорожчали за перші десять місяців 2020 року на 14% згідно з аналізом рейтингу, який складає Investor Business Daily [1]. Крім того, для низки акцій медичних компаній

опубліковано оптимістичні зведені рейтинги, які свідчать про їхню надійність.

На окрему увагу заслуговує зайнятість на ринку медичних послуг, для забезпечення якої необхідні висококваліфіковані спеціалісти та молодший медичний персонал. Ринок праці під час пандемії повністю змінився. Різко скоротилися актуальні вакансії, багатьом компаніям довелося скоротити робочий колектив через відсутність можливості оплати та наявності робіт, а попит на медичних працівників різної категорії зростає і продовжує зростати з кожним днем. Довгий час спостерігалася тенденція низької оплати праці таких професій як медичний працівник, зокрема у державних структурах, а також майбутні вчителі та викладачі. Цей процес призвів до великого скорочення медичного персоналу в країнах, де праця не оцінювалася належним чином. Молоді фахівці продовжують навчатися медицині, не виїжджаючи за кордон, але щойно стає питання працевлаштування, відсоток відтоку висококваліфікованого персоналу зростає. До речі, за статистичними даними, різниця між заробітною платою лікаря, який здобув вищу освіту та медсестри досягає не більше 5 базових величин [11].

Іншим наслідком пандемії стала лібералізація зовнішньої торгівлі деяких країн та загалом міжнародного ринку медичних послуг. Високий попит на лікарські препарати запустив процес скасування мит при імпорті та експорті товарів для оперативного лікування пацієнтів. Так, Франція, ВВП якої впав на 13%, і Італія, ВВП якої впав на 19%, змогли на взаємовигідних умовах домовитися про співпрацю одна з одною, що призвело до більш сприятливих наслідків, ніж без неї [13, с. 38]. Ринки медичних послуг низки країн підтвердили, що галузь охорони здоров'я є локомотивом розвитку їх національних економік та суттєво впливає на національну безпеку. У середньому витрати на медичні послуги у Швейцарії та Швеції досягають 11% від ВВП [19]. Під час пандемії рівень захворюваності в цих країнах був нижчим за середній, при цьому попит та пропозиція на медичні послуги та препарати стабільно зростали. Однак для інших країн характерні інші

тенденції. Спостерігаючи за статистикою захворюваності COVID-19 у США, не спостерігаємо зниження, при тому, що держава виділяє понад 15% ВВП на розвиток ринку медичних послуг та близько 10% на розвиток та впровадження як цифрової медицини, так й інноваційних технологій та препаратів [22, с. 242].

Безсумнівно, США та Китай є країнами-локомотивами світової економіки, що дозволяє їм будь-яку гуманітарну катастрофу перетворити на своє економічне зростання. Існує прогноз, що інвестиції, вкладені в американський ринок медичних послуг, дадуть великі дивіденди, а стаття охорони здоров'я дорівнюватиме третині ВВП США до кінця пандемії [25, с. 87]. Проте швидкість виходу США з економічної кризи у виробничому секторі буде нижчою, ніж у Китаю. Ринок медичних послуг Китаю – це цілодобова робота над впровадженням цифровізації та боротьби з пандемією. Китай швидко зміг впровадити цифровий медичний контроль та успішно зміг запропонувати цю послугу на зовнішні ринки. А це, у свою чергу, дозволило мінімізувати падіння темпів у виробничому секторі та все одно вийти на позитивне економічне зростання. Швидкість виходу Китаю з економічної кризи, спровокованої пандемією Covid-19, стане вагомою для відновлення всіх економік світу.

Лікарні, медичні центри та інші медичні установи всього світу, зокрема державні, стикаються з катастрофічними фінансовими проблемами, пов'язаними із пандемією COVID-19. Американська асоціація лікарень оцінює фінансові наслідки втраченої вигоди для лікарень та систем охорони здоров'я США в 202,6 мільярда доларів, або в середньому 50,7 мільярда доларів на місяць [27, с. 41]. Більше того, ефективне реагування охорони здоров'я на COVID-19 може коштувати країнам із низьким та середнім рівнем доходу близько 52 мільярдів доларів США (що еквівалентно 8,60 доларів США на людину) кожні чотири тижні [12]. В умовах найбільших щоденних нових випадків COVID-19 у США цей тягар впливатиме на догляд за пацієнтами, операції та результати хірургічних втручань.

З глобальної економічної точки зору Світовий банк прогнозує, що глобальне зростання скоротиться майже на 8%, при цьому бідніші країни відчують найбільший вплив [30, с. 44-45]. За прогнозами Організації Об'єднаних Націй, цього року це обійдеться світовій економіці приблизно 2 трильйони доларів. Загалом відсутність готовності була одним із основних факторів боротьби, з якою стикалися медичні установи у світі. Не вистачало таких предметів, як засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) для медичних працівників, лікарняне обладнання, засоби для дезінфекції, туалетний папір та вода. Ці недоліки були виявлені COVID-19 та спонукали організації охорони здоров'я по всьому світу розробити нові важливі плани забезпечення готовності до пандемії.

Країни, зіткнувшись із несподіваним викликом – COVID-19, отримали імпульс до розвитку національних ринків медичних послуг. Від того, як формуватимуться конкурентні переваги країн у сфері медицини та охорони здоров'я, розвиватиметься міжнародний ринок медичних послуг, а отже, і залежатиме стійке зростання національних економік.

Що ж змінилося і на які перспективи чекають ринок медичних послуг. Пандемія COVID-19 діє як каталізатор трансформації, прискорюючи впровадження та ухвалення змін у заходах громадської охорони здоров'я. Таким чином, з'являється нова модель надання медичної допомоги, в якій більше уваги приділяється профілактичним заходам, віддаленому догляду та значній технологічній залежності. Однак вони порівнюються з поточними технічними проблемами, пов'язаними зі збільшенням можливостей лабораторних досліджень, прискореним впровадженням нових технологій, проблемами психічного здоров'я, етичними проблемами щодо потенційного нормування недостатніх ресурсів, а також захисту конфіденційності та особистих даних дані під час криз. Приймаючи до уваги перше, наступні аспекти, ймовірно, стануть найбільш актуальними вже після COVID-19 [72]. Дистанційна допомога або послуги телемедицини вже використовувалися в екстрених випадках, кризових ситуаціях і раніше. Під час пандемії COVID-19

їхнє ширше використання прискорилося. TeleHealth послуги в даний час використовуються у великомасштабному скринінгу пацієнтів до їх візиту та сортувальної оцінки в процедурі моніторинг пацієнтів на дому, для дистанційних клінічних зустрічей, або догляду за пацієнтами під постійним наглядом, за допомогою позамайданних експертів [36]. Ймовірно, значна частина таких послуг після COVID-19 залишиться в основі телемедицини, наприклад, віддалений моніторинг та управління великою кількістю пацієнтів, оскільки це забезпечує більшу зручність та кращий догляд, орієнтований на пацієнта, тим самим частково вирішуючи проблеми охорони здоров'я, проблеми швидкості потоку та пропускну здатність системи.

Таким чином, нові державно-приватні партнерства мають життєво важливе значення, незалежно від того, чи пов'язані вони з розробкою ліків, вакцин та/або тестів. Відкриття додаткових джерел фінансування визнаючи необхідність прив'язки фінансової віддачі до постачальників капіталу. Говорячи про перспективи, також необхідно стимулювати наявність стабільної стійкості в основі економіки, реалізуючи політику після COVID-19, яка дозволяє досягти кількох цілей – здоров'я, екологічної стійкості, зайнятості та справедливого соціально-економічного відновлення. Політика, що проводилася після фінансових криз 2008-2009 та 2011-2012 років, не змогла досягти цих комплексних цілей, оскільки особи, які визначають політику, зосередили увагу в основному на таких пріоритетах, як зайнятість та зростання окремо [72]. Відповідь економічної політики на шок COVID-19 повинна включати комплексні дії щодо покращення здоров'я та скорочення викидів парникових газів шляхом скасування субсидій, шкідливих для здоров'я та клімату, та надання допомоги поновлюваним джерелам енергії у збереженні економічної конкурентоспроможності, особливо за низьких цін на нафту. Таким чином, необхідна рекапіталізація компаній не лише за економічними критеріями, але та за екологічними та санітарними критеріями. Скасування екологічно шкідливих субсидій та рекапіталізація компаній на основі екологічних стандартів та стандартів охорони здоров'я також може

бути можливістю мінімізувати соціальні наслідки рецесії за рахунок створення можливостей для сталої зайнятості у рамках пакету заходів стимулювання. У 2018 році в секторі відновлюваних джерел енергії у всьому світі було зайнято 11 мільйонів осіб, і якщо докризові інвестиції не будуть перенаправлені, це число може зрости до 42 мільйонів робочих місць у всьому світі до 2050 року [39]. Наприклад, тільки в США Закон про відновлення, ухвалений адміністрацією Б. Обами, дозволив створити 900000 робочих місць за одночасного зниження витрат на екологічно чисті відновлювані джерела енергії.

Отже, відновлення після кризи COVID-19 може стати чудовою нагодою переорієнтувати економіку у бік стійкості, одночасно сприяючи зайнятості, зокрема, у сфері медичних послуг та зростання впливу охорони здоров'я на національному, світовому та глобальних рівнях. Усі країни світу підписали цілі у сфері сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй і взяли на себе зобов'язання досягти «загального охоплення послугами охорони здоров'я, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних та доступних за ціною основних медичних послуг, ліків та вакцин для всіх» [51, с. 44].

Під час пандемії COVID-19 та після неї просування до загального охоплення послугами охорони здоров'я стане більш важким для багатьох країн, демонструючи, що терміново необхідно встановити пріоритети на місцевому рівні для надання медичних послуг з належним фінансовим захистом для всіх. Оскільки ресурси обмежені, і жоден не може надати необмежену кількість послуг усьому населенню на стійкій основі, нормування та встановлення пріоритетів для вибору втручань, які будуть включені до певного пакету послуг, мають вирішальне значення.

Підбиваючи підсумки, хоча глобальні тенденції, що лежать в основі галузі охорони здоров'я, ринку медичних послуг, значні й зростають, як описано раніше, нинішня пандемія COVID-19 продовжує розвиватися

швидкими темпами, що ускладнює прогнозування її остаточного впливу та майбутніх перспектив з огляду на третю та можливі наступні хвилі. Таким чином, перспективи розвитку ринку медичних послуг можемо описати як з позитивного, так і з негативного боку. Пандемія «визначила» країни-локомотиви, але показала слабкі місця у охороні здоров'я найбільшого відсотка країн планети. Узагальнюючи, почнемо з негативних перспектив, передумови для яких спостерігаються на ринку медичних послуг:

1. Вигоряння медичних працівників. Уряд та безпосередньо керівництво медичних установ зрозуміли це надто пізно і тепер поспішають надати підтримку персоналу у вигляді прямого консультування, онлайн-підтримки або через додатки. На ринку медичних послуг очікується різке зниження професійних працівників після завершення пандемії.

2. Перевантажені лікарні потребують модернізації на всіх рівнях – від інфраструктури до процесів. Це необхідно для забезпечення безпечного середовища для персоналу та пацієнтів, а також для того, щоб краще справлятися з будь-якими надзвичайними ситуаціями.

3. Постачальники приватних медичних послуг бачать різке скорочення обсягів попиту, не отримуючи прибутку. Більшість медичних закладів змушена закриватися, оскільки COVID-19 сильно вплинув на малий та середній бізнес, найбільш вагомою причиною була відсутність доходу населення та численні й тривалі лок-дауни [65].

4. Компанії, які надають медичні послуги як клінічні випробування можуть постраждати. Очікується, що компанії, які проводять клінічні випробування постраждають, оскільки доступ до пацієнтів стане більш складним, а у лікарнях обмежуватимуться зовнішні відвідувачі. Деякі компанії призупинили клінічні випробування, оскільки вони зберігають послуги інтенсивної терапії для пацієнтів, які найбільше цього потребують.

5. Фармацевтичні компанії покладаються на глобальний ланцюжок поставок. Враховуючи глобальний характер COVID-19, очікується, що фармацевтичні компанії не можуть нормально функціонувати на



національному рівні. Азія є основним постачальником сировини для виробництва ліків, а такі країни, як Ірландія, Іспанія та Італія, є основними виробниками готової лікарської продукції. Оскільки кожна з цих країн намагається вирішити складну ситуацію окремо, очікується, що відсутність взаємодії фармацевтичних компаній призведе до закриття їх на території держав та збільшення ціни на імпортні препарати.

6. Компанії, що надають медичні послуги, без використання інформаційних та технологічних ресурсів, будуть нести фінансові втрати через термінові вкладення у впровадження інноваційних технологій, тим самим втрачаючи своє лідерське становище на ринку за рахунок якості послуг [70].

Як позитивні перспективи, можна визначити:

1. Глобальна охорона здоров'я стане ключовим компонентом національної безпеки, до якого всі уряди та економіки будуть вже ставитися серйозно. Уряди та міжурядові організації, такі як ВООЗ, будуть відігравати центральну роль у цих зусиллях, але їх структурні недоліки будуть породжувати великомасштабні приватні зусилля щодо незалежного відстеження ризиків та готовності точніше, подібно до того, як численні приватні організації проводять свої власні оцінки економічного зростання та ризиків у країнах з високим рівнем доходу.

2. Активний розвиток телеохорони здоров'я/віртуальної допомоги. Компанії, що надають віртуальні послуги, стають стандартом надання послуг медичної допомоги у цьому середовищі, оскільки постачальники обмежують особисті відвідування пацієнтами у невідкладних випадках.

3. Збільшення обсягів послуг у рамках домашньої охорони здоров'я – обсяги послуг компаній, що надають послуги вдома, збільшилися, оскільки самокарантин стає все більш поширеним по всій країні та по всьому світу.

4. Імпортозаміщення у сфері виробництва товарів, що супроводжують медичні послуги. Національні виробники медичних пристроїв та продуктів – короткострокові обмеження поставок повинні стати благом для виробників

медичних пристроїв та продуктів, особливо тих, що спеціалізуються на засобах індивідуального захисту та пристроях, пов'язаних з пандемією COVID-19 (наприклад, рукавички, маски, респіратори) [31, с. 122].

5. Штучний інтелект у сфері охорони здоров'я стане необхідним інструмент розвитку ринку медичних послуг. Лікарні та компанії з виробництва медичного обладнання можуть зосередитися на стратегіях віддаленого залучення пацієнтів, включаючи віртуальну реабілітацію, віртуальних помічників для керування доглядом за пацієнтами.

6. Медичні установи виграють від використання інтелектуальних систем, які можуть спілкуватися з пацієнтами, проводити сортування, визначати пріоритетність попереджень та безперешкодно вносити клінічні спостереження лікаря на електронну медичну карту.

7. Розробка та впровадження у всіх державах медичних паспортів, сертифікатів про наявність вакцинації, для зниження бар'єрів, пов'язаних із подорожами, перельотами тощо.

8. Розвиток прискореного процесу відкриття ліків буде досягнуто шляхом перевірки існуючих баз даних на наявність об'єднань, що довели свою безпеку, та впровадження нових методів, таких як використання штучного інтелекту для відбору противірусних препаратів, які можуть бути швидко використані у великомасштабних випробуваннях на людях [72].

9. Системи первинної медико-санітарної допомоги будуть створювати потенційну інфраструктуру для боротьби з епідеміями та навчатимуть медичних працівників, щоб вони могли грамотно вводити вакцини, відстежувати закономірності розвитку захворювань та служити ранніми інформаторами, які можуть пильно стежити за поширенням захворювань у майбутньому.

10. Впровадження міжнародної медичної бази даних із захворюваннями, легко доступною відповідним організаціям, та обмін цією інформацією між країнами для спостереження.

11. Перегляд методів та стратегій навчання медичного персоналу з всьому світу, з метою обміну досвідом та покращення навичок.

12. Розвиток медичного туризму стало в період пандемії найактивнішою сферою заробітку у промисловості відпочинку. Національний рівень надання туристичних медичних послуг вийшов у багатьох країнах світу на міжнародний рівень.

13. Оскільки спалах COVID-19 поставив населення планети в надзвичайну ситуацію, відповідні органи повинні безпосередньо керувати спалахом, прагнучи при цьому мінімізувати збитки у вигляді побічних ефектів [33, с. 6]. Необхідно забезпечити адекватне постачання терапевтичних препаратів. Це гарантує швидке надання медичної допомоги та зменшує перебої у роботі системи охорони здоров'я, безперебійне функціонування якої залежить від наявності готових ліків, діагностичних інструментів та профілактичних засобів. Така політика має стимулювати фінансування досліджень та розробок у медичних галузях, щоб суспільство отримувало користь від інновацій у фармацевтичній промисловості. У той же час, це дозволяє інноваціям процвітати. Наприклад, патенти сприяють інвестиціям у дослідження, забезпечуючи домінування на ринку протягом кількох років, підвищуючи конкуренцію на ринку, що призведе до зниження ринкової ціни продукту та згодом покращить доступ на ринок.

Пандемія вірусу COVID-19 продовжує поширюватися багатьма регіонами світу, залишаючи за собою руйнівний слід. Крім зростання кількості випадків захворювання та смертей, вірус надає підступний вплив на економіку усього світу [36].

Таким чином, після оголошення COVID-19 пандемією у березні 2020 року світова торгівля практично зупинилася, оскільки були введені обмеження на поїздки, а люди по всьому світу прислухалися до рекомендацій щодо соціальної дистанційності, які закликають їх якнайдовше залишатися вдома. Непідготовленість була одним із основних факторів, що вплинули на ситуацію, з якою зіткнулися медичні установи в усьому світі. У багатьох

випадках ЗІЗ для медичних працівників були дефіцитні. Обнадіює те, що недоліки, виявлені COVID-19, спонукали медичні організації по всьому світу винаходити нові способи надання необхідної допомоги пацієнтам. Альтернативні стратегії, такі як телемедицина, соціальне дистанціювання, носіння масок, миття рук та карантин, допомогли зменшити наслідки пандемії COVID-19 і, ймовірно, впливатимуть на охорону здоров'я в найближчому майбутньому. Перспективи ринку медичних послуг мають безліч негативних передумов, тим не менш, позитивні передумови допомогли ринку медичних послуг, зокрема компаніям, впровадити безліч технологій і автоматизувати роботу в короткі терміни, адаптувати ланцюжок поставок медичних товарів під обмеження та контролювати те, що відбувається в регіонах.

### **3.2. Нові медичні технології як стимул розвитку ринку медичних послуг**

Своєчасна та точна діагностична інформація дозволяє медичним працівникам приймати клінічні рішення, які оптимізують результати лікування пацієнтів. За рахунок скорочення часу відновлення пацієнтів та кількості хірургічних ускладнень сектор медичних технологій допомагає знизити навантаження на медичних працівників за рахунок зниження попиту. Крім того, дозволяючи медичним працівникам зосередитися на завданнях, які приносять найбільшу користь, ми підтримуємо задоволеність робоче місце. У сфері охорони здоров'я та контролю за епідеміями та інфекційними захворюваннями можна отримати вигоду від використання новітніх технологій. Науково-дослідні організації можуть співпрацювати один з одним у рамках сектору охорони здоров'я з метою розробки інноваційних, недорогих методів профілактики та лікування. Вони можуть

використовуватися для боротьби з інфекційними та неінфекційними захворюваннями, з урахуванням особливих їхніх модифікацій, що існують у країнах, де низький та середній рівень доходу, і серед жінок, чиї відмінні симптоми та потреби у дозуванні часто не враховуються під час проведення медичних досліджень. Порوشуючи тему про перспективи розвитку ринку медичних послуг йдеться про сприятливий напрямок національного виробництва медичних послуг та товарів через обмежені поставки внаслідок складної світової ситуації, оскільки сучасні тенденції розвитку світового ринку медичних послуг формуються під впливом глобальних факторів, які стоять на порядку денному у всіх регіонах світу. Розвиток медичної науки, впровадження сучасних медичних технологій та удосконалення алгоритмів лікування та профілактики захворювань призводить до збільшення тривалості життя населення. У віковій структурі споживачів медичних послуг збільшується сегмент віком від 60 років [72]. Цей сегмент пред'являє специфічний попит на медичні послуги на ринках Західної Європи, Японії та, особливо, Китаю, де ця тенденція набуває особливої актуальності й натомість скорочення частки молодого населення []. За останні 50 років частка літнього населення у світі зросла втричі. Очікується, що до 2050 року частка населення віком від 60 років також зросте втричі й становитиме 2 млрд. людей у всьому світі [39].

Найбільша пропорція споживачів медичних послуг старше 60 років припадає на європейський регіон, де вже до 2050 року вона становитиме 37% у демографічній структурі населення. Так, наприклад, в Африканському регіоні до 2050 року цей показник становитиме лише 10%. Нині частка літнього населення світі зростає на 1,9% щорічно, тоді як зростання загальної чисельності населення вбирається у 1,2% [11]. Прогнозується, що розрив у динаміці зростання збільшуватиметься у міру того, як покоління бейбі-бумерів у певних регіонах світу ставатиме старшим. Такі проблеми, як брак медичних кадрів та обмежені можливості медичної інфраструктури, стоять на порядку денному в розвинених країнах світу і мають прямий вплив на якість

медичних послуг та забезпечення їх доступності. При цьому світовий показник забезпеченості лікарями на 1000 осіб за період із 2012 по 2015 роки залишатиметься практично незмінним. Зважаючи на низький розвиток медичної інфраструктури та недостатню забезпеченість медичним персоналом понад 1 млрд. чоловік у світі стикаються з обмеженим доступом до медичних послуг [41, с. 50]. Так, наприклад, потреба Великобританії у середньому медичному персоналі на 2012 рік оцінювалася у 40000 осіб. Кількість лікарів первинної ланки (General practitioners) також відповідала рівню попиту на медичні послуги в країні. Відповідно до звіту Європейської комісії, потреба європейського регіону у вищому медичному персоналі залишатиметься лише на рівні 230 тис. людина до 2020 року [49, с. 87]. Кількість медичного персоналу в 36 країнах Африки вкрай обмежена і є недостатньою навіть для забезпечення населення такими базовими медичними послугами, як послуги по допомозі або вакцинація населення.

У той час як в одних країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону швидке економічне зростання сприяє підвищенню доступу населення до медичних послуг, в інших країнах регіону доступність медичної допомоги залишається на вкрай низькому рівні. Так, наприклад, ринки медичних послуг Сінгапуру, Південної Кореї, Японії та Тайваню здатні надавати якісні медичні послуги, як місцевому населенню, так і міжнародним медичним туристам [51, с. 45]. У той же час, такі сусідні країни, як Індонезія, В'єтнам та Індія можуть надати більшості населення лише базові медичні послуги. Недостатній рівень розвитку медичної інфраструктури та застаріле медичне обладнання також є стримуючим фактором підвищення доступності медичних послуг. Так, наприклад, показник забезпеченості ліжко-місцями на тисячу осіб в нашій країні досягає 11 ліжко-місць на 1 тис. осіб, тоді як у Гвінеї цей показник не перевищує 0,3 ліжко-місця на 1 тис. осіб [12]. Істотні відмінності за цим показником між країнами свідчать про вкрай нерівномірний доступ населення до медичної інфраструктури у світі. Так, наприклад, у Бразилії доступ населення до поліклінік все ще залишається

обмеженим. За таких умов пацієнти прямують безпосередньо у госпіталі, що підвищує як витрати на госпітальні послуги, так й загальний рівень госпіталізації країни. Однією з найбільш значимих проблем розвитку охорони здоров'я, наприклад, Мексики є вкрай низькі показники фінансування медичної інфраструктури. Згідно з даними ОЕСР, витрати країни на охорону здоров'я становлять 6,5% від ВВП, що на 3% нижче за середній показник по країнах ОЕСР [61, с. 155]. Механізми приватно-державного партнерства в галузі розвитку медичної інфраструктури в Мексиці також ще не набули належного розвитку. Низькі обсяги фінансування є причиною поганого оснащення стаціонарних відділень: недостатня кількість ліжок, відсутність спеціалізованого обладнання та застаріле оснащення операційних кімнат. Обмежуючим чинником доступу до медичних послуг також є нерівномірний розподіл населення територією. Так, наприклад, в Індії більше 80% населення постійно проживає в сільській місцевості, де в більшості випадків немає навіть мінімальної медичної інфраструктури – госпіталю, диспансеру або фельдшерсько-акушерського пункту [65]. В Індії зберігається високий рівень прямих платежів населення за медичні послуги, що формує понад 70% видатків на охорону здоров'я країни. Причиною високих витрат є необхідність транспортування пацієнтів із сільської місцевості до великих міст, де лікування надається вже на пізній стадії та потребує більшої кількості медичних послуг.

Найважливішою складовою реформ охорони здоров'я, що реалізуються у всьому світі, є підвищення доступності медичної допомоги для населення. Проблема охоплення населення медичною допомогою є вкрай актуальною для ринку медичних послуг США, де близько 50 млн. осіб у 2010 році не мали медичної страховки. Для вирішення цієї проблеми в березні 2010 року було прийнято Закон про доступну медичну допомогу та захист пацієнтів (Patient Protection and Affordable Care Act або Obamacare) [72]. З 1 січня 2014 року закон набув чинності та зобов'язує громадян або їхніх роботодавців набувати медичної страховки. Впровадження системи обов'язкового

соціального страхування дозволить скоротити незаплановані бюджетні витрати на оплату лікування незастрахованих осіб. Загалом на реформу планується витратити близько 940 млрд. дол. за 10 років. Джерелом додаткового фінансування системи охорони здоров'я став податок на багатих – тих, хто отримує доходи понад 200 тис. дол. на рік. Базою для обчислення податку стане як заробітна плата, так й доходи від інвестицій. Незважаючи на значні витрати, за підрахунками експертів, це єдина реформа, яка вже через 10 років за рахунок зниження витрат на надання медичних послуг дозволить зменшити дефіцит федерального бюджету США на 1 трлн. дол. Згідно з прогнозами Бюджетного Управління Конгресу (Congressional Budget Office), до 2020 року понад 24 млн. осіб отримають доступ до медичних послуг завдяки впровадженню обов'язкового медичного страхування. Дані зміни вплинуть на ринок медичних послуг за рахунок збільшення обсягу наданої медичної допомоги населенню [75, с. 45].

У країнах Латинської Америки також реалізуються масштабні реформи охорони здоров'я, створені задля підвищення доступності медичних послуг. Так, наприклад, в Аргентині в 2008 році було впроваджено програму обов'язкового медичного страхування «Материнство і дитинство» або План Нейсера (Nacer Plan), яка забезпечила доступ до необхідних медичних послуг більш ніж мільйона людей [80]. Програма соціального страхування в Чилі стартувала у 2007 році з метою забезпечити загальний доступ до медичного обслуговування за 80 профілями захворювань, встановивши граничний час очікування медичних послуг та фіксовані розміри сплати з боку населення [54]. Система охорони здоров'я Бразилії за останні десять років також зазнала суттєвих змін, завдяки яким первинні медичні послуги стали доступними для значної категорії громадян країни. Стратегія поліпшення здоров'я сімей (Family Health Strategy) дозволила перетворити первинну ланку медичної допомоги у вигляді впровадження інституту сімейних лікарів, і вже 2009 року програма надала доступом до медичних послуг для 90 млн. людей, що становить 49% населення [50, с. 222].



У структурі захворюваності та смертності населення світу починають переважати такі хронічні захворювання, як серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, хронічні респіраторні захворювання, діабет та психічні розлади. Певною мірою цей процес можна вважати наслідком збільшення чисельності літнього населення у світі. Водночас підвищений попит на медичні послуги для лікування хронічних захворювань також спровокований удосконаленням діагностичних процедур, некоректним режимом харчування, ожирінням та переважанням сидячого способу життя. На сьогодні на хронічні захворювання припадає 63% смертей у світі [40, с. 46]. Людина отримує доступ до медичних послуг завдяки впровадженню обов'язкового медичного страхування. Дані зміни вплинуть на ринок медичних послуг за рахунок збільшення обсягу наданої медичної допомоги населенню [11].

Онкологічні, серцево-судинні захворювання та діабет стають провідною причиною смертності в країнах Азії, Близького Сходу та Латинської Америки, що розвиваються. Так, згідно з даними Міжнародної Асоціації Діабету, світовим лідером із захворюваності на діабет став Китай, де загальна кількість хворих у 2014 році склала 92 млн. осіб [39]. З огляду на високу вартість лікування діабету та інших хронічних захворювань багато пацієнтів не в змозі самостійно платити за своє лікування, і тягар витрат лягає на державний бюджет. У ситуації, що склалася, уряди низки країн починають приділяти більше уваги просвітницькій роботі в галузі хронічних захворювань, а також витрачати кошти на профілактичні заходи.

Таким чином, можна констатувати, що ці фактори є спільними для всього світового співтовариства. У науковій літературі такі чинники заведено називати глобальними. Глобальні чинники вже сьогодні досить важливі й актуальні, й в перспективі вони все більш помітно впливатимуть на функціонування світового ринку медичних послуг, формуючи ряд взаємопов'язаних тенденцій. Схематично роль перелічених чинників у

формуванні сучасних тенденцій розвитку світового ринку медичних послуг зображено у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Глобальні фактори, що формують тенденції розвитку світового ринку**

<b>Фактори</b>	<b>Тенденція</b>
збільшення частки літнього населення	Змінюється характер медичної послуги: від неторгованої послуги у бік послуги, що торгується
нерівномірний доступ населення до медицини	Формується міжнародна медична спеціалізація країн
зростання поширеності хронічних захворювань	Впроваджуються телемедичні технології – дистанційний моніторинг та віддалені консультації
соціальна спрямованість державних реформ	Збільшується обсяг фінансування охорони здоров'я та медичних послуг

Варто вказати, що в міру збільшення тривалості життя людей деяких країнах попит починає перевищувати пропозицію. Великий обсяг незадоволеного попиту виявляється у довгих чергах на надання особливо складних та витратних послуг. При цьому в деяких розвинених країнах основна частка медичних послуг покривається державним страхуванням і має високу вартість (Канада, Великобританія та інші), тому надання медичної допомоги відбувається в порядку загальної черги [72]. Очікування може становити від кількох тижнів до півроку, тому частина населення віддає перевагу іншим країнам для вирішення проблем зі здоров'ям. У багатьох країнах страховка не покриває таких видів медичних послуг, як косметологічні та деякі терапевтичні процедури. У деяких випадках пацієнти змушені пред'являти попит на медичні послуги інших країн через повну відсутність медичного страхування. Як приклад можна навести ринок медичних послуг США у якому близько 50 млн. чол. не покривається програмами соціального страхування. Згідно з даними агентства McKinsey, потік пацієнтів із США у 2012 році оцінювався у 100 млрд. доларів США [32, с. 69].

Таким чином, під впливом вищевикладених факторів медична послуга стає затребуваною, оскільки може поставлятися будь-яким із чотирьох способів постачання послуг через кордон, передбачених на сьогодні, а саме:

перший спосіб – транскордонне постачання, тобто постачання медичної послуги з території однієї країни на територію іншої країни. Постачальник та споживач послуги знаходяться по різні сторони митного кордону, при цьому послуга надається за допомогою телемедичних технологій з використанням мобільних та інтернет-технологій, аудіо- та відеосистем та інших способів передачі даних [26]. Враховуючи таку особливість світового ринку медичних послуг, як нерівномірність доступу населення до сучасних медичних технологій, найважливішою конкурентною перевагою телемедицини стає надання медичних послуг за допомогою роботів-хірургів, роботів-доглядальників та подальший моніторинг показників здоров'я за допомогою датчиків, мобільних та інтернет технологій.

Другий спосіб – споживання послуг за кордоном. Для цього способу надання послуги характерно, наприклад, коли фізична особа їде за кордон, щоб отримати медичну допомогу в іноземній клініці. Найбільшою мірою цей спосіб поширений у формі медичного туристичного бізнесу. Споживачі, виїжджаючи за кордон за медичною допомогою, користуються послугами не лише місцевих клінік, а й готелів, страхових, транспортних та юридичних компаній. Медичний туризм найбільш розвинений у таких країнах як Сінгапур, Малайзія, Ізраїль, Туреччина та інші розвинені країни [15, с. 22]. В даному випадку в ці країни зростає потік заможних громадян із сусідніх країн.

Третій спосіб – комерційна присутність. Під комерційною присутністю мається на увазі створення юридичної особи або відокремленого структурного підрозділу юридичної особи (філії) або укладання договору комерційного представництва. Прикладом може бути діяльність американської медичної корпорації Cleveland Clinic, яка у 2011 р. відкрила

дочірні медичні центри в Абу-Дабі в ОАЕ, у місті Джедда у Саудівській Аравії, а також кардіологічний центр у Відні, Австрія [6, с. 135].

Четвертий спосіб – тимчасове переміщення постачальника послуг до іншої країни без заснування комерційної присутності. Так, наприклад, коли хірург виїжджає за кордон для проведення операції. У цьому випадку йдеться про тимчасову присутність, хоча іноді договір між сторонами може передбачати штатну присутність. Фахівці охорони здоров'я, які перетинають кордони, несуть послуги у собі. При цьому не існує способів митного або бухгалтерського обліку послуг, що ввозяться. Уряди, виходячи з міркувань політичної чи економічної безпеки, використовують візові, ліцензійні та інші інструменти контролю переміщень цієї категорії працівників. У більшості розвинених і ряді країн ступінь такого контролю високий, що робить експорт медичних послуг в ці країни проблематичним [3].

Наголосимо, що згідно з теорією порівняльних переваг Давида Рікардо, країни спеціалізуються на виробництві того, що вони виробляють якнайкраще. Так і в умовах розвитку міжнародної торгівлі медичними послугами проявляється тенденція, коли низка країн починає демонструвати спеціалізацію за певним профілем медичних послуг, які через історичні, національні, економічні чи професійні причини надаються в країні на високому рівні. При цьому додатковим фактором конкурентоспроможності країни є ціноутворення на цей вид медичної послуги, вартість якої залежить від економічної кон'юнктури країни. Як окремі компанії освоюють міжнародні ринки, і цілі країни виходять на міжнародний ринок медичних послуг. З'являється спеціалізація країн за певними видами медичних послуг. Так, Центральна та Південна Америка мають сильну репутацію у проведенні косметичної та пластичної хірургії, баріатричних процедурах – таким чином, понад 50 країн у світі визначають надання медичних послуг пацієнтам інших країн як один із пріоритетних напрямків національного розвитку [14, с. 733]. У цих країнах просування медичних послуг на світовий ринок відбувається за найактивнішою підтримкою держави з використанням всього арсеналу

доступних засобів економічної та торгової політики. Тенденція до спеціалізації країн щодо певного профілю медичних послуг демонструє, що конкурентна боротьба за задоволення попиту на медичні послуги виходить на якісно новий – глобальний рівень. Справедливо відзначити, що на сьогодні не існує певної успішної та ефективної системи охорони здоров'я. Соціально орієнтована політика, як і в розвинених, так і в інших державах ініціює реформи, створені задля підвищення доступності медичних послуг, що у своє чергу відбивається на кількості послуг наданих населенню [20, с. 11]. У цьому формується тенденція збільшення витрат на медичні послуги у світі.

На ринках медичних послуг країн, що розвиваються, залишаються бар'єри для доступу населення до медичних послуг, присутня необхідність модернізації основних фондів та підвищення якості медичних послуг. У країнах з розвиненими ринками медичних послуг гостро стоїть питання про реорганізацію системи охорони здоров'я відповідно до таких викликів, як збільшення частки літнього населення, велика поширеність хронічних неінфекційних захворювань, зростання витрат на охорону здоров'я при зниженні позитивної динаміки у структурі захворюваності та смертності населення. З метою поступального розвитку ринків медичних послуг та підвищення ефективності витрачання коштів у розвинених країнах реалізуватимуться заходи щодо впровадження сучасних медичних технологій у процес надання медичних послуг. Зміщення фокусу з обсягу наданих населенню послуг на результат лікування створить сприятливі умови для застосування проривних медичних технологій та призведе до зниження попиту на дорогі стаціонарні послуги. Актуалізація профілактичних заходів серед населення та популяризація здорового способу життя залишатиметься наріжним каменем у реформах охорони здоров'я розвинутих країн. Реформи в країнах Латинської Америки, Центральної та Східної Європи, а також у країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону будуть спрямовані на підвищення доступності медичних послуг, що природно позначиться на

кількості наданих послуг населенню [26]. Протягом наступних 3-5 років уряди інвестуватимуть кошти у будівництво сучасної медичної інфраструктури, а також у модернізацію основних потужностей у госпіталях та клініках, розташованих далеко від міської інфраструктури [37, с. 34]. Багато в чому саме незадоволений попит на медичні послуги та соціально-спрямована політика держав визначатиме високий потенціал зростання ринків країн у структурі світового ринку медичних послуг. В умовах інтернаціоналізації економіки великі медичні корпорації виходитимуть на ринки країн, що розвиваються, з тим, щоб збільшувати пропозицію медичних послуг у приватному секторі. У міру розвитку ринку медичного страхування, спостерігатиметься підвищення рівня залучення страховиків у створення власних медичних установ, а також посилення ролі страхових організацій в управлінні медичними установами. Успішні бізнес-моделі надання медичних послуг приваблюватимуть інтерес комерційних структур та урядів країн Близького Сходу та Азіатсько-Тихоокеанського регіону, укладатимуться взаємовигідні зовнішньоекономічні контракти та бізнес-моделі дублюватимуться в цих країнах для того, щоб сприяти національним системам охорони здоров'я у задоволенні послуги.

Таким чином, переміщуючи фактори виробництва медичних послуг з країн, де вони є надлишком, до країн, які мають їх брак, багатонаціональні фірми сприятимуть більш ефективному використанню факторів виробництва медичних послуг, а, отже, і загальному зростанню виробництва та споживання медичних послуг у регіонах світу. Крім того, перспективи ринку медичних послуг мають безліч негативних передумов, проте позитивні передумови допомогли ринку медичних послуг, зокрема компаніям, впровадити безліч технологій та автоматизувати роботу в короткі терміни, адаптувати ланцюжок поставок медичних товарів під обмеження та контролювати те, що відбувається в більшості регіонах.

## ВИСНОВКИ

Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг має особливу значущість в аспекті вироблення довгострокової національної стратегії соціально-економічної політики України в галузі охорони здоров'я. Система охорони здоров'я є стратегічним видом діяльності національного господарства, забезпечуючи відтворення населення, соціальні гарантії, здоров'я громадян. Ринок медичних послуг – це ринок, що відрізняється своїми власними способами постачання, нееластичним попитом та конкуренцією, яка щодня змушує постачальників замислюватися про надання послуг за вигідними умовами, а державу – про прискорене запровадження інноваційних технологій. Вивчення особливості цього ринку є необхідною відправною точкою для розуміння того, чому держава відіграє велику роль у наданні медичних послуг і чому державна політика в сфері охорони здоров'я часто є складною та неоднозначною й потребує не лише прискіпливої уваги зі сторони держави, але, за певних обставин, й суттєвого втручання.

1. Ринок медичних послуг є частиною ринку сфери охорони здоров'я, носячи як економічне, так й соціальне значення. Сектор охорони здоров'я (в рамках сфери послуг), що надає медичні послуги, є ключовою установою і найчастіше є найбільшим чи одним з найбільших роботодавців, надаючи високоякісні робочі місця. Формування ринку медичних послуг відбувається на кількох рівнях, поступово нарощуючи свій потенціал: національний, світовий, глобальний. Міжнародний ринок медичних послуг включає обмін персоналом між різними країнами, кооперацію із закордонними фахівцями, а також експорт фармацевтичної продукції та її застосування на території інших країн. У ході аналізу ринків міжнародних медичних послуг було виявлено, що лідери цього сектору економіки, згідно з індексами розвитку, – це Північна Америка та Швейцарія. Останніми роками сфера охорони

здоров'я стала стратегічним завданням більшості країн та їхньої політики, мета якої – підвищення народжуваності населення та боротьба зі смертністю.

2. Вивчаючи конкурентні переваги країн-лідерів у сфері охорони здоров'я, було виявлено шість сфер, що допомагають як державам, так і організаціям бути конкурентоспроможними та утримувати лідируючі позиції: використання інноваційних технологій, постійна аналітична діяльність, ставлення до клієнта як до ядра організації, вміння зробити з безкоштовної послуги – платну, коригування та постійне вдосконалення бізнес-моделі організації, а також пошук відповідей на запитання «як Ваш клієнт став успішним?». У ході аналізу було виявлено, що конкурентні переваги визначаються не лише ступенем розвитку національного ринку медичних послуг, але також і обсягами приватних коштів, які витрачаються на фінансування охорони здоров'я. Кількість приватних фінансів, у свою чергу, залежить від стану та функціонування національної системи охорони здоров'я та роботи постачальників.

3. Медичний ринок в Україні все ще перебуває на стадії розвитку та трансформації. Ринок послуг медичного характеру та спрямування являє собою велику сукупність відповідних медичних засобів, обладнання, технологій, виробів медичного призначення, техніки, методів організації процесу надання послуг у сфері та медичної діяльності, ринок засобів фармакології, які реалізуються пацієнтам в умовах побудови конкурентного середовища в державній економіці. Вітчизняна влада працює над подальшим покращенням надання послуг в медичній сфері шляхом проведення відповідних реформ, узгодження та оновлення законодавчого поля, впровадження нових стандартів надання медичних послуг. Сьогодні відбувається реформування сфери охорони здоров'я, що передбачає досягнення високої якості медичної допомоги як одного з пріоритетних напрямків розвитку нашої держави. Ефективними та позитивними моментами вітчизняного ринку медичних послуг відповідно до медичної реформи є впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», завдяки



якому пацієнт отримує більш якісні послуги, а медичний працівник працює на результат.

4. Після оголошення COVID-19 пандемією у березні 2020 року через введені обмеження світова торгівля практично зупинилася, а люди майже перестали подорожувати. Непідготовленість була одним із основних факторів, що вплинули на ситуацію, з якою зіткнулися медичні установи по всьому світу. Однак недоліки, виявлені COVID-19, спонукали медичні організації у всьому світі винаходити нові способи надання необхідної допомоги пацієнтам. Альтернативні стратегії, такі як телемедицина, соціальне дистанціювання, носіння масок, миття рук та карантин, допомогли зменшити наслідки пандемії COVID-19 і, ймовірно, впливатимуть на охорону здоров'я в найближчому майбутньому. COVID-19 став важелем для активної діяльності та модернізації в системі охорони здоров'я, тим самим покращуючи та створюючи додаткові умови та можливості для експорту та додаткових програм співпраці з міжнародними медичними установами.

Таким чином, міжнародний ринок медичних послуг динамічно розвивається, стикається з новими викликами та адаптується до нових умов. Національний ринок медичних послуг може бути глибоко інтегрований у міжнародний за умови його відкритості, прагнення розвиватися та виконання практичних рекомендацій. Як елемент системи державного регулювання, сучасна політика в охороні здоров'я та ринку медичних послуг повинна мати:

- чітко визначені цілі державної політики;
- органи управління, які реалізують функції, котрі забезпечують досягнення сформульованих цілей;
- інформаційну систему, що формує інформаційний образ об'єкта регулювання, достатній для реалізації повноти функцій управління, інструменти регулювання й підтримки, за допомогою яких органи публічного управління впливають на організації й середовище в межах виконання своїх функцій в сфері охорони здоров'я.

На основі обґрунтування стратегічних пріоритетів розвитку ринку медичних послуг України, а саме забезпечення ефективної роботи кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням наявних можливостей, акредитації медичних закладів із дотриманням вимог міжнародних стандартів, ефективного впровадження глобальних інформаційно-комунікаційних технологій, розвитку кадрового потенціалу, медичного туризму, франчайзингу в системі охорони здоров'я тощо є необхідним подальше розроблення та вдосконалення механізму інтеграції національного ринку медичних послуг до світового, який передбачає визначення низки заходів (організаційно-інституціональних, нормативно-правових, соціально-гуманітарних, а також інфраструктурних та інформаційних) та фінансових важелів його реалізації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз ринку медичних послуг в Україні: чим дорожче лікування, тим цінніше здоров'я. ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг: веб-сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/analiz-rynka-medicinskih-uslug>
2. Андріяш В. Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я / В. Андріяш, О. Малікіна, О. Полякова // Публічне управління та регіональний розвиток. – № 5. – 2019. – С. 474-492.
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я / О.В. Баєва [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pidruchniki.com>.
4. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні / А. Барзилович // Публічне управління та митне адміністрування. Серія: Державне управління. – 2020. – № 1 (24). – С. 86-90.
5. Барзилович А.Д. Принципи та функції державного регулювання ринку медичних послуг – теоретичний аспект / А. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 21/2019. – С. 122-126.
6. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти / А. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 2. – С. 134-140.
7. Бобришева О.В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я / О. Бобришева // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка». – 2014. – Вип. 8-2. – С. 12-18.
8. Бондар А.В. Фінансування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах [Електронний ресурс] / А. Бондар. – Режим доступу : <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf>

9. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану розвитку / В. Борщ // Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. – 2020. – Т. 19, Вип. 1 (44). – С. 140-159.

10. Вакуленко О. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя / О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/50e0ce97d91Document>

11. Великанов А. Зміст публічних електронних послуг у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / А. Великанов // Адміністративне право і процес. – 2020. – № 12. – Режим доступу : <http://pgr-journal.kiev.ua/index.php>

12. Виноградов О. Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України [Електронний ресурс] / О. Виноградов, Н. Рингач. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ejb>.

13. Волохова Л. Медичне страхування та його розвиток в Україні / Л. Волохова, Д. Остапенко // Финансовые услуги. – 2017. – № 1. – С. 35-39.

14. Вороніна О. О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування / О. О. Вороніна // Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського. – 2015. – № 8. – С. 733-737.

15. Гапонова Е. О. Світова торгівля медичними послугами в умовах конкурентного середовища та глобальних трансформацій / Е. Гапонова // Вісник харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм». – 2018. – Випуск 7. – С. 21-25.

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

17. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісн. ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2015. – С. 231-239.

18. Гасюк С. Проблеми управління системою охорони здоров'я: шляхи їх вирішення / С. Гасюк // Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. – Тернопіль – Кам'янець-Подільський, ТНЕУ, 2018. – 346 с.

19. Глобальні парадигми охорони здоров'я: цінні уроки для України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/397891>

20. Горбань А.Є. Модель оптимізації управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я України / А.Є. Горбань // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2014. – Том 15. – Випуск 3 (51). – С. 10-22.

21. Гориславець Л. Медичне страхування: вчимося у США та Європи [Електронний ресурс] / Л. Гориславець. – Режим доступу : <http://www.panorama.pl.ua>

22. Гришова І. Ю. Інституційні регулятори соціально-економічного забезпечення осіб з інвалідністю на ринку медичних послуг України / Інна Юріївна Гришова, Тетяна Леонідівна Шестаковська // Економічний аналіз: зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; редкол.: О. В. Ярощук (голов. ред.) та ін. – Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2017. – Том 27. – № 3. – С. 242-247.

23. Демченко С. В конкурентной борьбе муниципальные медицинские учреждения проигрывают частным / С. Демченко, А. Файзханова // Актуальные проблемы экономики и права. – 2013. – № 3 (27). – С. 89-96.

24. Деревянко Б.В. Удосконалення відносин із забезпечення реалізації приватних і публічних інтересів у сфері медицини / Б.В. Деревянко // Традиції та інновації розвитку приватного права в Україні: освітній вимір : матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Полтава, 7 червня 2019 р.). – Полтава : ПУЕТ, 2019. – С. 41-45.

25. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія / кол.авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; за заг.ред. проф. М.М. Білінської. – К.: НАДУ, 2013. – Ч.1. – 396 с.

26. Дудка В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здравооохоронної сфери) [Електронний ресурс] / В. Дудка // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2012. – № 1. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2012\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4).

27. Дудник І. Територіальні системи медичних послуг як об'єкт суспільної географії / І. Дудник // Часопис соціально-економічної географії. – 2015. – №. 18. – С. 41.

28. Зацна Л.Я. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку медичних установ [Електронний ресурс] / Зацна Л.Я. // Економіка України – 2013. – № 1. – Режим доступу : [iris-nbuv.gov.ua](http://iris-nbuv.gov.ua)

29. Зеленевиц В. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Зеленевиц, А. Кузьмін // XIV Міжнародна наукова інтернет-конференція «ADVANCED TECHNOLOGIES OF SCIENCE AND EDUCATION». – Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich-vo>.

30. Здоровье-2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2013. – 224 с.

31. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи / В. Здреник // Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. – Тернопіль – Камянець-Подільський, ТНЕУ, 2018. – 346 с.

32. Карамішев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. Карамішев // Главный врач. – 2017. – № 8. – С. 68-71.

33. Карлаш В.В. Проблеми державного регулювання здійснення контролю в сфері охорони здоров'я України / В. Карлаш // Теорія і практика сучасної науки (частина II): матеріали IV Міжнародної наук.-практ. конф., 15-16 трав. 2019 р. – Київ : МЦНД, 2019. – С. 5-6.

34. Кланца А. Особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації / А. Кланца // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. – Тернопіль – Кам'янець-Подільський, ТНЕУ, 2018. – 346 с. – С. 144-146.

35. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov>

36. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України. Київ, 2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/doc/vesles/pre\\_20160205\\_0\\_dod.pdf](http://www.moz.gov.ua/doc/vesles/pre_20160205_0_dod.pdf).

37. Кравчук С.Ю. Оптимізація методів використання комп'ютерної томографії / С.Ю.Кравчук, В.В. Куфтяк // Клін. та експерим. патологія. – 2016. – Т.6. – № 2(56). – Ч. 2. – С. 33-36.

38. Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://youcontrol.com.ua/data-research/kupliu-zdorovia-top-privatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny>

39. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні / Ю. Г. Куцак [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rusnauka.com/Medecine>

40. Лехан В.М. Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів / В. Лехан // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 2. – С. 66-71.

41. Літвак А. Аналіз ринку медичних послуг в Україні / А. Літвак // Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада. Збірка матеріалів по дослідженню політики охорони здоров'я в Україні. – Одеса. 2007. – С. 50-69.

42. Літвінов О.С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища / О.С. Літвінов // Управління розвитком. – 2016. – №3 (185). – С. 59-65.

43. Маркетингові дослідження та бізнес-консалтинг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://pro-consulting.ua/ua>

44. Мартишин О. Як зробити медичний бізнес успішним: секрети успіху лідерів [Електронний ресурс] / О. Мартишин // Український медичний часопис. – 2019. – № 4(2). – Режим доступу : <http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh>

45. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.likar.info/profi>.

46. Мезенцева Н. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір : монографія / Н. Мезенцева, С. Батиченко, К. Мезенцев. – Київ : Принт Сервіс, 2018. – 135 с.

47. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / Схвалено робочою групою з питань реформи фінанси. сфери охорони здоров'я України від 14.02.2018 р. – 84 с.

48. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 109 с.

49. Михайловська Н. С. Організаційні основи загальної практики-сімейної медицини : навч. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2014. – 227 с.



50. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. – Тернопіль, Крок. 2020. – 560 с.

51. Москаленко В. Економіка охорони здоров'я : підручник / В. Москаленко, О. Гульчій, В. Таран та ін. – Вінниця, 2010. – 288 с.

52. Надюк З. Державна інвестиційна політика в системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / З. Надюк. – Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/tppd/2008-2/08nzoozu.htm/08nzoozu.htm>

53. Наумов О. Б. Інституційні детермінанти й стратегічні напрями економічного розвитку національного господарства / О. Б. Наумов, І. Б. Жилияєв, Л. М. Наумова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2016. – № 5. – С. 89-95.

54. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр., м. Київ, листопад 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11>

55. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років консалтинг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua>.

56. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2016 р. Статистичний бюлетень. – Держ. служба статистики України, 2018. – 172 с.

57. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право) – 2011. – № 4(55). – С. 66-69.

58. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

59. Очільник МОЗ розповів, як змінюватимуть медреформу: деталі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://bykvu.com/ua/bukvy/glava>

60. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – № 2. – С. 64-82.

61. Парубчак І. Основні аспекти взаємодії органів державної влади та молодіжних і громадських організацій у реформуванні системи охорони здоров'я України / І. Парубчак // Публічне управління: теорія та практика: збірник наукових праць Асоціації докторів наук з державного управління. Харків : Видавництво «ДокНаукДержУпр». – 2012. – № 2(10). – С. 154-159.

62. Про Стратегію сталого розвитку України до 2030 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ips.ligazakon.net/document>

63. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20150311\\_O.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_O.html).

64. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні / Г. Пушмак // Маркетинг в Україні. – 2013. – № 3. – С. 28-32.

65. Резнікова Н.В. Проблема комерціалізації медичних послуг й дотримання конкуренції в сфері охорони здоров'я: механізми викривлення ринку та особливості їхньої протидії [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова, М.Ю. Рубцова // Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки». – 2018. – № 12. – Режим доступу : [http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec\\_n/article](http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article)

66. Рябець Д.М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти / Д. Рябець // Економічні горизонти. – 2018. – № 4 (7). – С. 164-174.

67. Скарлош Т. Медична реформа в регіоні: проблеми та механізми реалізації на первинному рівні надання медичної допомоги / Т.Скарлош // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. – Тернопіль – Кам'янець-Подільський, ТНЕУ, 2018. – 346 с.

68. Степурко Т.Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині / Т. Степурко // Наукові записки НаУКМА. – 2016. – Т. 187. – С. 82-89.

69. Сучасні та добре обладнані лікарні роблять свій регіон привабливим для інвестицій [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/novini/suchasni>.

70. Трансплантологія: реалії та перспективи у рамках української медицини: веб-сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://health-ua.com/article/63757-transplantologiya-real-taperspektivi-uramkah-ukransko-meditcini>

71. Урсол Г. Приватний сектор системи охорони здоров'я України – активний резерв підвищення доступності та якості надання медичної допомоги: досвід Кіровоградської області / Г. Урсол, О. Скрипник, О. Василенко // Буковинський мед. вісн. – 2014. – №4(72). – Т.18. – С. 177-181.

72. Ціборовський О. М. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. Ціборовський, О. Дзюба // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 4. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2014\\_4\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_4_18)

73. Черненко Д.І. Статистичне прогнозування кон'юнктури ринку лабораторних медичних послуг в Україні / Д. Черненко // Бізнес Інформ. – 2015. – № 4. – С. 263-268.

74. Чигур О.В. Економічна сутність та зміст системи управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. – Тернопіль : Крок, 2020. – С. 196-202.

75. Шафранський В. В. Європейська політика «Здоров'я-2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів / В. Шафранський // Економіка і право охорони здоров'я. – № 1 (3). – 2016. – С. 44-48.

76. Шумкова О. Особливості сегментації споживачів на ринку медичних послуг [Електронний ресурс] / О. Шумкова // Приазовський економічний вісник : електронне наукове фахове видання. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – Вип. 4 (21). – Режим доступу : <http://rev.kpu.zp.ua>.

77. Щербаченко Л. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах / Л. Щербаченко // Науковий вісник Нац. університету ДПС України (економіка, право). – 2010. – № 1(48). – С. 168-173.

78. Що обходиться системі охорони здоров'я дорожче: амбулаторна, стаціонарна чи первинна медична допомога? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/52583>

79. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санепідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2017 р. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К.: МВЦ «Медінфоред», 2018. – 458 с.

80. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://science.lpnu.ua/sites/default.pdf>

81. OECD Health Statistics [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

82. Tarricone R. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices / Tarricone R. et al. // Health Economics. – 2017. – Т. 26. – №. S1. – P. 70-92.

83. The Marmot Review. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England 2010. – London: Marmot Review, 2010. – 220 p.

84. WHO Global Health Expenditure Database [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://apps.who.int/nha/database>

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Аналіз ринку медичних послуг в Україні. 2021 рік

Аналітиками Pro-Consulting було проведено дослідження ринку медичних послуг в 2018-2020 роках. В ході аналізу була охарактеризована структура медичної сфери в Україні. Також, була проаналізована медична реформа і фінансування лікарень в Україні. Досліджено захворюваність, народжуваність і смертність в країні. У сфері приватних медичних послуг було розраховано кількість відвідувань в період з 2019-6 міс. 2020.

Фінансування сфери охорони здоров'я в Україні здійснюється за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законом.

Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Медична допомога надається безоплатно за рахунок бюджетних коштів в установах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення.

Після проведення реформи фінансування медицини, за заявами МОЗ, разом зі зміною структури витрат зростуть обсяги видатків на охорону здоров'я. Так, суми виплат з державного та місцевого бюджетів зростуть, а платежі з кишені населення – зменшаться.

#### Розрахункові суми витрат на охорону здоров'я в Україні в 2017-2021 рр.

	2017	2018	2019	2020	2021
ВВП, млрд. грн. (без урахування інфляції)	2 595,6	3558,7	4014,7	4551	5069
Населення України, млн. чол.	42,4	42,3	42,2	42,1	42,1
<b>Прогнозні розрахунки витрат на охорону здоров'я</b>					
Закупівля послуг Національною службою здоров'я, млн. грн.	55 540	73 202	96 480	127 161	167 598
Інші кошти державного бюджету, млн. грн.	15 497	23 240	25 635	28 263	31 171
Витрати з місцевих бюджетів, млн. грн.	16 460	20 822	25 542	30 997	37 315
Офіційна со-оплата за медичні послуги, млн. грн.	0	395	6 853	32 811	44 437
Інші платежі з кишені споживача (в т.ч. неформальні)	92 772	77 343	61 914	46 485	31 056
<b>Загальні витрати на охорону здоров'я</b>					
<b>млн. грн.</b>	<b>180 269</b>	<b>195 002</b>	<b>216 424</b>	<b>265 717</b>	<b>311 576</b>
<b>як % від ВВП</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>7,5%</b>	<b>8,0%</b>

Джерело: Міністерство охорони здоров'я України

Станом на 2020 рік робота медичних установ ґрунтувалася на наступних принципах:

– пацієнти, які мають направлення, вільно вибирають медичний заклад і лікаря відповідно до переліку послуг, який в цьому медзакладі надається за договором з Національною службою здоров'я;

– Національна служба здоров'я замовляє медичні послуги і оплачує лікування пацієнта безпосередньо медичному закладу.

З огляду на ситуацію з найбільш поширеними хворобами в Україні, окремі медичні послуги були виділені в якості пріоритетних, і їх оплата буде здійснюватися за підвищеним тарифом. Фокусуватися вони будуть на тих станах, які викликають найбільшу смертність або істотно погіршують якість життя. Це медичні послуги, пов'язані з лікуванням гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога, рання діагностика онкологічних захворювань. Якщо при цих станах допомогу буде своєчасною і на високому рівні, це дозволить істотно знизити не тільки рівень смертності, але і відсоток інвалідизації пацієнтів.

**Переваги та недоліки головних ринкових структур на ринках  
медичних товарів та послуг**

<b>Державна монополія</b>	
<b>Переваги</b>	<b>Недоліки</b>
держава є гарантом стабільності платформи	Бюрократизація процесу впровадження
Соціальний захист всіх верств населення	Обмеженість інвестицій
приєднання до платформи безоплатне для всіх сторін-учасників	Довгостроковість впровадження
Підвищений контроль якості надання послуг	Зловживання службовим становищем з боку владних структур
Загальнонаціональна база	Фінансування з державного бюджету
Частина послуг (визначається на законодавчому рівні) надається на безоплатній основі	Довгостроковість впровадження інновацій
Підвищення конкурентоспроможності на ринку	Перелік послуг, доступних на платформі, чітко визначено
<b>Монополістична конкуренція</b>	
<b>Переваги</b>	<b>Недоліки</b>
Висока якість послуг	Географічні обмеження дії платформи
Ринкове ціноутворення	Контроль здійснюється приватним сектором
Швидке постійне впровадження інновацій	Невідповідність чинному законодавству
Зміни платформи відповідно до вимог ринку	Наявність незахищених верств населення
Високий рівень інвестицій	Недобросовісна конкуренція між платформами за учасників
Послуги надаються відповідно до потреб споживача: високий рівень конкуренції	Недостовірність інформації