

УДК 339.1

**Шомникова А. В.**

аспірант НДФІ ДННУ "Академія фінансового управління", начальник планово-економічного відділу ДУ "Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова" Національної академії медичних наук України, Київ, Україна, shomnikova@ukr.net

### **ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ФОРМУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ІНФРАСТРУКТУРИ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

*Висвітлено зарубіжний досвід формування та функціонування інфраструктури ринку медичних послуг, визначено найпоширеніші моделі його розвитку (Бісмарка, приватна, Беверіджа). Ці ринки в різних країнах мають неоднакові ступені розвитку та рівні організації. У зв'язку з цим виникають економічні дискусії стосовно ефективності певної системи охорони здоров'я. Важливими питаннями залишаються вартість утримання й економічна ефективність моделей розвитку ринку медичних послуг. При їх дослідженні та порівнянні варто враховувати важливі відмінності в природно-ресурсному потенціалі країн, рівні їхнього економічного розвитку й навіть менталітет і культуру. Метою статті є аналіз і узагальнення зарубіжного досвіду формування та функціонування інфраструктури ринку медичних послуг. Модель Беверіджа передбачає максимальну участь держави в управлінні медичною інфраструктурою; спирається на принципи солідарності в отриманні медичної допомоги (не лише працюючими, а й усіма категоріями населення незалежно від рівня доходів). Приватна модель пов'язана з формуванням розвинутої інфраструктури ринку медичних послуг. При цьому частину їхньої вартості пацієнти оплачують самостійно, а частина відшкодовується за рахунок спеціально створених фондів медичного страхування. Такій моделі властиві суттєві недоліки – недоступність для малозабезпечених верств населення або для тих, хто за певних обставин опинився поза межами системи приватного медичного страхування. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка) має на меті формування медичної інфраструктури, яка перебуває частково на балансі у держави, а частково – у власності комерційних структур. За такої моделі населення сплачує від 10 до 20 % вартості медичних послуг. Кожна модель має право на існування, хоча й не позбавлена суперечностей, які виникають унаслідок невідповідності сформованої інфраструктури потребам населення в якісних медичних послугах. З урахуванням специфіки національної економіки, а також досвіду розвинутих країн, вважається, що оптимальною моделлю є модель Бісмарка.*

**Ключові слова:** ринок медичних послуг, інфраструктура ринку медичних послуг, модель Бісмарка, приватна модель, модель Беверіджа.

Рис. 3. Літ. 13.

**Шомникова А. В.**

аспірант НИФИ ГУНУ "Академія фінансового управління", начальник планово-економічного відділу ГУ "Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. Н. М. Амосова" Національної академії медичних наук України, Київ, Україна

### **ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

*Освещен зарубежный опыт формирования и функционирования инфраструктуры рынка медицинских услуг, определены наиболее распространенные модели его развития (Бисмарка, частная, Бевериджа). Данные рынки в*

© Шомникова А. В., 2017

разных странах имеют неодинаковые степени развития и уровни организации. В связи с этим возникают экономические дискуссии об эффективности определенной системы здравоохранения. Важными вопросами остаются стоимость содержания и экономическая эффективность моделей развития рынка медицинских услуг. При их исследовании и сравнении необходимо учитывать важные различия в природно-ресурсном потенциале стран, уровне их экономического развития и даже менталитет и культуру. Целью статьи являются анализ и обобщение зарубежного опыта формирования и функционирования инфраструктуры рынка медицинских услуг. Модель Бевериджа предусматривает максимальное участие государства в управлении медицинской инфраструктурой; опирается на принцип солидарности в получении медицинской помощи (не только работающими, но и всеми категориями населения независимо от уровня доходов). Частная модель связана с формированием развитой инфраструктуры рынка медицинских услуг. При этом часть их стоимости пациенты оплачивают самостоятельно, а часть возмещается за счет специально созданных фондов медицинского страхования. Такой модели присущи существенные недостатки – недоступность для малообеспеченных слоев населения или для тех, кто при определенных обстоятельствах оказался за рамками системы частного медицинского страхования. Страховая (смешанная) модель финансирования (модель Бисмарка) преследует цель формирования медицинской инфраструктуры, находящейся частично на балансе у государства, а частично – в собственности коммерческих структур. При такой модели население платит от 10 до 20 % стоимости медицинских услуг. Каждая модель имеет право на существование, хотя и не лишена противоречий, возникающих вследствие несоответствия сформированной инфраструктуры потребностям населения в качественных медицинских услугах. Учитывая специфику национальной экономики, а также опыт развитых стран, считается, что оптимальной моделью является модель Бисмарка.

Ключевые слова: рынок медицинских услуг, инфраструктура рынка медицинских услуг, модель Бисмарка, частная модель, модель Бевериджа.

**Anastasiia Shomnykova**

SESE "The Academy of Financial Management", SE "National Institute of Cardiovascular Surgery named after M. M. Amosov" of National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine, shomnikova@ukr.net

**FOREIGN EXPERIENCE IN THE FORMATION  
AND FUNCTIONING OF THE INFRASTRUCTURE  
OF MEDICAL SERVICES MARKET**

*The article considers foreign experience in the formation and functioning of the infrastructure of the medical services market. The author identifies the most common patterns of its development (Bismarck, Beveridge). The markets of medical services in different countries have unequal degrees of their development and levels of organization. In this regard, there is an economic dispute about the effectiveness of a particular health system. Principal issues under consideration are maintenance cost and economic efficiency of models of medical services market development. When studying and comparing them, all these differences in the natural resource potential of countries, their level of economic development and even the mentality and culture should be taken into account. These aspects are examined by following scientists: A. Akhlamov, V. Wahn, V. Grines, A. Danilov, G. Kirov, N. Kesik, A. Kucherov, L. Miller, Of. Naduk, I. Probezhka, J. O. Suggest and Hodor. The aim of the article is to analyze and generalize foreign experience of the formation and functioning of the infrastructure of the medical services market. The first (Beveridge) model assumes maximum state participation in the management of medical infrastructure; relies on the principle of solidarity of obtaining medical care (not only by the employed, but also all categories of the population regardless of income level). The second (private) model provides for the formation of a developed infrastructure of the*

*market of medical services. According to it, patients pay part of their cost on their own, and another part is reimbursed at the expense of specially created health insurance funds. This model has significant shortcomings – inaccessibility for low-income groups of people or for those who, under certain circumstances, have found themselves outside the private health insurance system. The third is the insurance (combined) funding model (the Bismarck model). It provides for the establishment of a health infrastructure, which is partly on the balance of the state, and partly in the ownership of commercial structures. With this model, the population pays from 10 to 20% of the cost of medical services. In accordance with the analysis of the characteristics of these models in different countries, each of them has the right to exist, although they do not lack the contradictions that arise as a result of the inconsistency of the existing infrastructure with the needs of the population for quality medical services. Given the specifics of the national economy, as well as the experience of developed countries, it is considered that the optimal model for the formation and functioning of health infrastructure is the Bismarck model.*

**Key words:** market of medical services, infrastructure of medical services market, Bismarck model, private model, Beveridge model.

**JEL classification:** I11, I14, I15, I18.

Ринок медичних послуг відіграє важливу роль в економічній системі багатьох розвинутих країн. Останніми десятиріччями темпи розвитку медичної індустрії істотно підвищилися. Водночас світові економічні кризи, постійний приріст населення та особливо остання міграційна криза в ЄС актуалізували пошук нових підходів до управління сферою медичних послуг. У сучасній світовій практиці відомо багато систем охорони здоров'я, які різняться між собою як за принципами, так і за структурою елементів. Її аналіз дає змогу визначити найпоширеніші моделі формування та функціонування інфраструктури ринку медичних послуг. Вони можуть відрізнитися за характеристикою способів реалізації і схем фінансування медицини, проте мають певні спільні риси, які об'єднують їх у групи (моделі).

Метою статті є аналіз і узагальнення зарубіжного досвіду функціонування та формування інфраструктури ринку медичних послуг.

У різних країнах ринки медичних послуг мають неоднакові ступені розвитку та рівні організації. У зв'язку з цим виникають дискусії з приводу економічної ефективності тієї чи іншої системи охорони здоров'я. Важливим питанням також залишається вартість утримання моделей розвитку ринку медичних послуг. При їх дослідженні та порівнянні варто враховувати важливі відмінності в природно-ресурсному потенціалі країн, рівні їхнього економічного розвитку і навіть менталітету й культури.

Ці проблеми досліджують учені А. Г. Ахламов, В. М. Гринаш, А. І. Данилів, М. О. Кірова, Н. Л. Кусик, Л. А. Мельник, З. О. Надюк, К. В. Павлюк, І. М. Паробецька, Я. Ф. Радиш, О. В. Степанова, О. Є. Ходор [1–12] та ін. Вони виокремлюють три основні моделі розвитку інфраструктури медичних послуг (рис. 1).

Головна відмінність між наведеними моделями полягає в рівні та формах участі держави в регулюванні інфраструктури ринку медичних послуг, що зумовлено впливом низки територіальних, соціально-економічних і науково-технічних чинників.

Перша (модель Беверіджа) передбачає максимальну участь держави в управлінні медичною інфраструктурою.

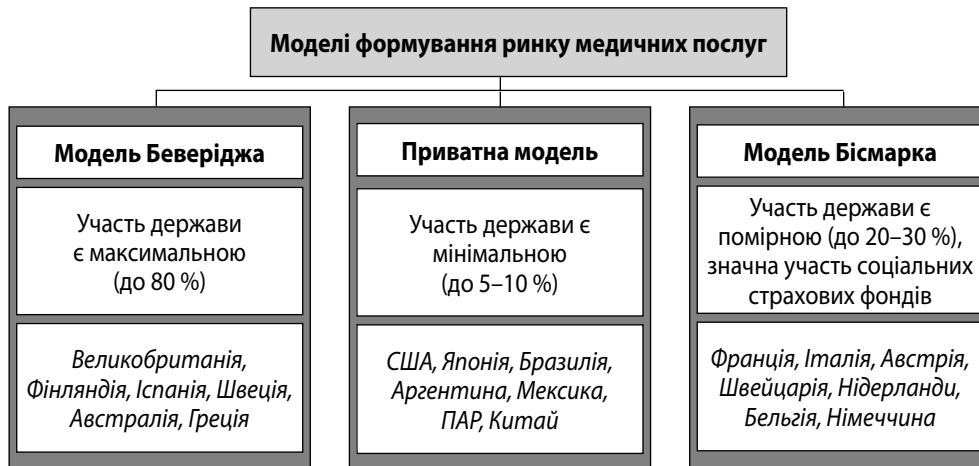


Рис. 1. Основні зарубіжні моделі формування ринку медичних послуг

Складено автором.

Друга модель (приватна) пов'язана з формуванням розвинутої інфраструктури ринку медичних послуг. Медичне забезпечення є платним: частину вартості медичних послуг пацієнти оплачують самостійно, а частина відшкодовується за рахунок спеціально створених фондів медичного страхування. Такій моделі властиві істотні недоліки – недоступність для малозабезпечених верств населення або для тих, хто за певних обставин опинився поза межами системи приватного медичного страхування.

Третьою є страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка). Вона передбачає формування медичної інфраструктури, яка перебуває частково на балансі держави, а частково – у власності комерційних структур. За такої моделі громадяни сплачують від 10 до 20 % вартості медичних послуг.

Бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я, або концепція Бісмарка, ґрунтується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Вона характеризується насамперед наявністю обов'язкового медичного страхування (ОМС) усього населення країни за певною участю держави у фінансуванні страхових фондів. Держава виступає гарантом задоволення суспільних потреб усіх або більшості громадян у медичній допомозі незалежно від рівня доходів, не порушуючи при цьому ринкових принципів оплати медичних послуг.

У рамках моделі Беверіджа управління медичними закладами здійснюється на регіональному рівні [4, с. 17]. Наприклад, у Канаді управління системою охорони здоров'я належить до компетенції провінцій. Тринадцять схем одноразових виплат (Medicare) дають змогу відшкодувати медичні послуги в кожному регіоні. Медична допомога надається одночасно приватними (комерційними й некомерційними) та державними медичними закладами. Держава фінансує служби охорони здоров'я для особливих груп населення – збройні сили, ветерани, іммігранти та зареєстровані представники "першої

нації” (корінне населення) – і, крім того, бере участь у вирішенні питань охорони здоров’я загалом, фінансуванні наукових досліджень у медичній галузі. Завдяки цьому населення безкоштовно отримує медичні послуги (за винятком високовартісних): “держава є головним покупцем і постачальником медичної допомоги. Ринок медичних послуг відіграє другорядну роль” [2, с. 187].

Відтак, можна стверджувати про достатню ефективність моделі Беверіджа за певних умов. Прикладом є Великобританія, система охорони здоров’я якої має такі переваги порівняно з іншими країнами: незначна частка витрат (бюджетні видатки) на фінансування медицини у ВВП, високий рівень доступності медичних послуг та участі держави у формуванні інфраструктури ринку медичних послуг (див рис. 1; рис. 2).

Як бачимо з рис. 2, Великобританія та Швеція, в яких поширена модель Беверіджа, демонструють високий рівень державного фінансування медичної сфери. У Великобританії такий показник становить 83 %, тобто фінансування надання населенню медичних послуг забезпечується переважно з державного бюджету, у Швеції – 85 %.

Водночас у Великобританії, як зазначалося, частка витрат на медицину у ВВП є невеликою – співвідношення обсягів фінансування медицини з державного бюджету та обсягу річного ВВП країни становило в 2015 р. лише 9 %. Порівняно зі США, де використовується приватна модель, цей показник є удвічі нижчим, що свідчить про ефективність державного управління охороною здоров’я за моделлю Беверіджа, тобто про значний ефект за порівняно низьких витрат. На прикладі Великобританії можна говорити, що ця модель забезпечує чи не максимальний рівень доступності медичних послуг, тобто має високу соціальну ефективність.

Так, у Великобританії на 100 тис. населення припадає 1212 лікарів, у США цей показник нижчий – 937 лікарів, Швеції – 1024, Німеччині – 1025, Японії –

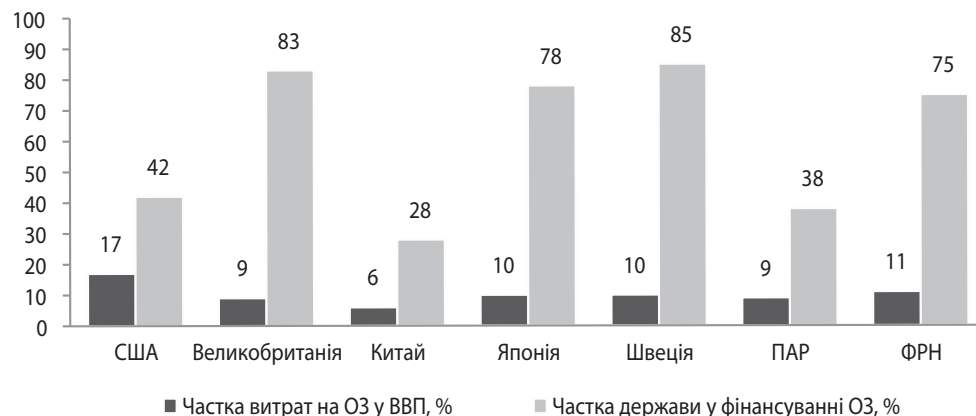


Рис. 2. Частка витрат на охорону здоров’я у ВВП та рівень участі держави у фінансуванні медицини в розвинутих країнах у 2015 р.

Складено за: Найефективніші системи охорони здоров’я. 2015. URL: <https://www.bloomberg.com/markets/sectors/health-care>.

779 лікарів (рис. 3). Медична система Китаю в наведеному переліку є винятком, оскільки рівень забезпеченості лікарями є дуже низьким, з огляду на надзвичайно велику чисельність населення.

Структурна організація регулювання ринку медичних послуг у країнах, які використовують модель Беверіджа, також є доволі ефективною. Результативність системи охорони здоров'я досягається завдяки вдалому поділу медичної допомоги на первинну та вторинну. Первинні медичні послуги охоплюють загальну медичну практику, амбулаторну хірургію, стоматологію, офтальмологію тощо. Вторинні – надаються в спеціалізованих шпиталях та амбулаторіях. Попит на первинні послуги щодо вторинних перебуває у співвідношенні від 5:1 до 3:1 залежно від країни та часу, коли в них виникає потреба. Проте зберігається загальна тенденція – потреба в первинних медичних послугах переважає. Відтак, у країнах із моделлю Беверіджа значна частина не висококваліфікованих медичних послуг надається державними медичними закладами. З огляду на те, що собівартість надання первинних послуг невелика, держава забезпечує істотну соціальну економію та ефект – спектр медичних послуг відшкодовується за рахунок державного сектору. Водночас витрати на їх надання є порівняно незначними. Наприклад, у Великобританії, Швеції та Фінляндії послуги первинної медичної допомоги безкоштовні. Для їх отримання громадянинові необхідний лише офіційний документ, що посвідчує його особистість. Інакша ситуація складається з вторинними медичними послугами, які характеризуються певною специфікою та високою собівартістю. Цей сегмент медичного ринку держава переважно віддає на аутсорсинг приватним організаціям. Так, у Великобританії працюють багато приватних клінік, які виконують складні операції, а також здійснюють консультування пацієнтів, проводять профілактику захворювань.

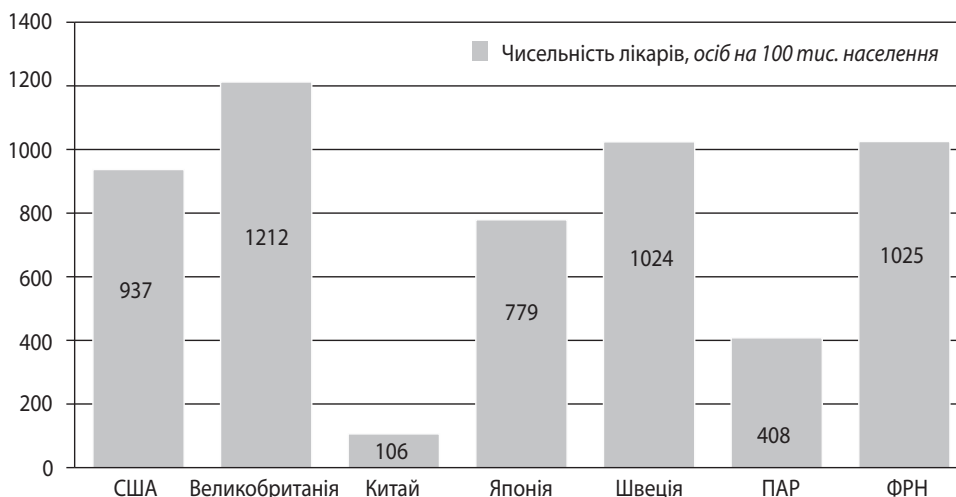


Рис. 3. Рівень забезпеченості лікарями у 2015 р.

Складено за: Planning of medicine care: review of international practice / S. Etelet, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays. New York: Healthcare Comparisons Network, 2016. 39 p.

На протипагу моделі Беверіджа у світі набула поширення модель приватної медицини. Однак сьогодні точиться чимало дискусій з приводу її доцільності, адже її запровадження призвело до істотних дисбалансів у медичному забезпеченні населення та підвищення вартості медичних послуг. Наприклад, у США приватна медицина не є доступною для всіх верств населення, особливо це стосується осіб без громадянства, котрі перебувають у країні на умовах тимчасового проживання. Отримання медичних послуг можливе лише за наявності спеціальної медичної страховки, що досить дорого коштує, одержання якої передбачає проходження тривалих бюрократичних процедур.

Приватна медицина чітко не регулюється жодними стандартами медичного обслуговування. Наприклад, у США немає як нормативних вимог, що регламентують роботу медичних закладів, так і державних органів, котрі контролюють їх дотримання. Крім того, причинами невдоволення медичними послугами з боку населення є цінова політика медичних закладів (причому, вартість хірургічної допомоги доволі висока, оскільки передбачає додаткові послуги – транспортування, перебування в стаціонарі, клінічне обслуговування за високими тарифами). Тому багато країн (Німеччина, Ізраїль, Франція), що позиціонують себе як осередки медичного туризму, пропонують аналоги медичних послуг (онкологія, лікування безпліддя тощо) за значно нижчою вартістю порівняно із США. Світова економічна криза посилила необхідність зниження витрат домогосподарств у більшості країн, і в цьому контексті видається привабливою можливість заощадження на лікуванні від 20 до 79 % коштів [6, с. 40, 41].

На протипагу приватній і державній моделям розвитку ринку медичних послуг дедалі більшої популярності набуває модель Бісмарка. З огляду на істотні суперечності, які виникають у процесі функціонування приватної моделі ринку медичних послуг, ця модель краще адаптована до потреб населення, тобто їй властивий економічний дуалізм в аспекті участі держави та приватного сектору у формуванні сфери медичного обслуговування. Країни, котрі не можуть використовувати модель Беверіджа через невисокий фінансово-економічний потенціал, дедалі частіше звертаються до елементів скандинавської моделі. Йдеться передусім про інститути медичного страхування, які дають змогу оптимізувати державні видатки на утримання сфери охорони здоров'я.

На додаток слід зазначити, що скандинавська модель розвитку ринку медичних послуг передбачає доступність медицини для всіх верств населення. Універсальні соціальні схеми базуються на принципі солідарності, тобто незалежно від джерел фінансування (податки чи страхові внески) нею користуються всі, хто має потребу. Фізичні та юридичні особи, котрі роблять внесок у фінансування схеми, оплачують послуги не лише для себе, а й для тих, хто не в змозі здійснювати будь-які внески до системи.

Для європейських країн, що використовують скандинавську модель (Німеччина, Нідерланди, Бельгія, Люксембург), фонди медичного страхування формуються переважно на комерційних засадах. Створюється система внесків за рахунок працівників або окремих організацій. Це означає, що кожен громадянин має право обирати страхову організацію для здійснення внесків,

різні варіанти страхових схем, період страхування тощо. Наприклад, у Німеччині є можливість одночасного отримання медичної страховки в декількох страхових компаніях. При цьому медична страховка передбачає наявність власного електронного абонементу страховика, електронного рахунку. Система страхових внесків є накопичувальною, тобто діє за принципом довгострокового депозиту (особа – депонент страхових внесків, отримує нарахування процентів на суму, що зростає накопичувальним підсумком).

Важливе значення має розподіл ресурсів на охорону здоров'я в системі страхової медицини Нідерландів, доволі типовий для розвинутих країн Європи. Частка бюджетних витрат на охорону здоров'я становить 10 %, особистих коштів населення, витрат із фондів медичного страхування – 80 %. Система медичного страхування складається з трьох частин. Перша з них є обов'язковою (внески працюючих і підприємців у однакових обсягах) і призначена для надання допомоги особам із хронічними хворобами та інвалідам. Друга частина (20 % внесків працюючих і 80 % внесків підприємців) передбачає допомогу хворим із гострими захворюваннями. Спеціальна лікарняна каса накопичує кошти й оплачує необхідні витрати на медичну допомогу. Для 65 % населення Нідерландів з рівнем доходів менше 32,5 тис. дол. США на рік допомога є безкоштовною, для решти 35 % – платною. Третя частина системи медичного страхування – приватне (добровільне, додаткове) страхування. У Німеччині система медичного страхування передбачає принцип часткової оплати пацієнтом вартості медичної допомоги на додаток до внесків на медичне страхування. Разом із тим практикується механізм повернення частини внесків застрахованим громадянам, за умови, якщо вони жодного разу не звернулися за медичною допомогою протягом визначеного терміну (не менше 3 місяців) [9, с. 107, 108]. Це, безумовно, підвищує економічну цінність власного здоров'я, стимулює до ведення здорового способу життя.

Розв'язання проблем, пов'язаних із фінансуванням сфери охорони здоров'я в Україні можливе завдяки використанню елементів зарубіжного досвіду. Системи охорони здоров'я в розвинутих країнах виконують важливу функцію соціального захисту. Вони знижують як ризики в галузі охорони здоров'я, так і фінансові ризики, роблять істотний внесок у соціальний та економічний добробут. В умовах фінансової скрути головним завданням країн, яке сформулювала Рада ЄС, є забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я з одночасним дотриманням загальних цінностей країн ЄС, що передбачає повне охоплення населення медичним обслуговуванням, солідарність у фінансуванні, рівність доступу до медичної допомоги і високу якість медичного обслуговування. Отже, особливості фінансування сфери охорони здоров'я в розвинутих країнах характеризуються насамперед такими важливими детермінантами, як роль держави у фінансуванні охорони здоров'я, джерела її фінансування, рівень життя населення, фінансова система країни тощо.

Отже, беручи до уваги розглянуті особливості різних моделей формування та функціонування ринку медичних послуг, можна виокремити головні тенденції їхнього розвитку:

1. Зарубіжний досвід доводить, що в розвинутих країнах, які використовують модель Беверіджа, рівень державного втручання в розвиток



ринку медичних послуг є високим. Ефективне управління медичною сферою в рамках окресленої моделі можливе лише для країн зі значним фінансово-економічним потенціалом.

2. Приватна модель розвитку інфраструктури ринку медичних послуг набула поширення в окремих високорозвинутих країнах (США, Японії) та країнах, що розвиваються (Китаї, Аргентині, Бразилії, Мексиці). Однак ця модель спричиняє багато соціальних суперечностей, що полягають насамперед у низькій доступності медичних послуг та неналежній якості медичного обслуговування для вразливих верств населення.
3. Змішана модель формування і функціонування інфраструктури ринку медичних послуг (модель Бісмарка) забезпечує паритетну участь держави та приватних організацій у розвитку сфери медичного обслуговування. Ефективність використання цієї моделі залежить від правильного вибору пропорцій між державним управлінням і комерціалізацією роботи медичних закладів. Доступність та якість медичного обслуговування досягаються за рахунок принципу солідарності, який втілюється в тому, що споживачі медичних послуг фінансують систему охорони здоров'я в міру власних можливостей. Справедливий перерозподіл фінансових ресурсів у межах ринку медичних послуг має забезпечуватися досягненням рівномірного фінансового навантаження на споживачів, страхові фонди та державний і місцеві бюджети.

На нашу думку, з економікою України найбільше узгоджується скандинавська модель. Її перевагами порівняно з іншими є:

- соціальна доступність;
- гнучкість у застосуванні;
- довгострокова перспектива;
- диференційованість джерел фінансування медицини;
- наявність державного контролю за якістю надання медичних послуг.

Таким чином, у світовій практиці відомі три основні моделі управління ринком медичних послуг: модель, що ґрунтується на максимальній участі держави, приватна модель розвитку медицини та модель скандинавського типу. Кожній із них властиві переваги та недоліки. Однак, як свідчить аналіз особливостей використання цих моделей у різних країнах, всі вони мають право на існування, хоча й не позбавлені суперечностей, котрі виникають внаслідок невідповідності медичної інфраструктури потребам населення в якісних медичних послугах. Зважаючи на специфіку розвитку національної економіки, а також з урахуванням досвіду розвинутих країн, вважається, що оптимальною моделлю формування та функціонування медичної інфраструктури є модель Бісмарка.

#### Список використаних джерел

1. *Ахламов А. Г., Кусик Н. А.* Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я / Одеський регіональний інститут державного управління, Національна академія державного управління при Президентіві України. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. 133 с.

2. Кірова М. О., Мельник Л. А., Радий Я. Ф. Фінансові механізми державного управління охороною здоров'я: зарубіжний досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. № 1 (20). С. 184–192.
3. Planning of medicine care: review of international practice / S. Etelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays. New York: Healthcare Comparisons Network, 2016. 39 p.
4. Алексеев В. О., Шурандіна І. С., Рожецька С. В. Національна система охорони здоров'я Великої Британії. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2010. № 8. С. 104–112.
5. Вахній В. В. Формування ринку медичних послуг. *Вісник МАУП*. 2011. URL: <http://www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/2011/v2i3/348.pdf>.
6. Вахович І. М., Малімон В. В. Фактори розвитку регіонального ринку медичного туризму в розвинених країнах світу. *Фінансовий простір*. 2012. № 3 (7). С. 38–45.
7. Гринаш В. М., Паробецька І. М., Ходор О. Є. Індустріальна система надання медичних послуг в охороні здоров'я. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. 19–20 квіт. 2007 р., м. Львів*. С. 91–102.
8. Данилів А. Формування ринку медичних послуг в Україні: структура фінансування та витрат. *Наукові записки НаУКМА*. 2012. Т. 133: Економічні науки. С. 49–56.
9. Клименко О. М. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. *Чернігівський науковий часопис. Сер. 1: Економіка і управління*. 2011. № 1. С. 104–111.
10. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64–82.
11. Павлюк К. В., Степанова О. В. Медичне страхування як форма фінансування медичних послуг. *Наука й економіка*. 2014. № 3. С. 162–171.
12. Павлюк К. В., Степанова О. В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Фінанси України*. 2011. № 2. С. 43–55.
13. Найефективніші системи охорони здоров'я. 2015. URL: <https://www.bloomberg.com/markets/sectors/health-care>.

#### References

1. Akhlamov, A. H., Kusy`k, N. L. (2011). *Ekonomika ta finansuvannya haluzi okhorony` zdorov`ya* [Economics and health financing]. Odesa: ORIDU NADU [in Ukrainian].
2. Kirova, M. O., Mel`ny`k, L. A., Rady`sh, Ya. F. (2014). *Finansovi mekhanizmy` derzhavnoho upravlinnya okhoronoyu zdorov`ya: zarubizhny`j dosvid* [Financial mechanisms of health care state management: international experience]. *Derzhavne upravlinnya ta misceve samovryaduvannya* [Public administration and local government], 1 (20), 184–192 [in Ukrainian].
3. Etelt, S., Nolte, E., Thomson, S., Mays, N. (2016). *Planning of medicine care: review of international practice*. New York: Healthcare Comparisons Network.
4. Alekseyeyev, V. O., Shurandina, I. S., Rozhec`ka, S. V. (2010). *Nacional`na sy`stema okhorony` zdorov`ya Vely`koyi Bry`taniyi* [The UK National Health System]. *Upravlinnya zakladom okhorony` zdorov`ya* [Management of the health care institution], 8, 104–112 [in Ukrainian].
5. Vakhnij, V. V. (2011). *Formuvannya ry`nku medy`chny`kh posluh* [Formation of the market of medical services]. *Visny`k MAUP* [Bulletin of IAPM]. Retrieved from <http://www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/2011/v2i3/348.pdf> [in Ukrainian].
6. Vakhovy`ch, I. M., Malimon, V. V. (2012). *Factory` rozvy`tku rehional`noho ry`nku medy`chnoho tury`zmu v rozvy`neny`kh krayinakh svitu* [The factors of development

- of regional market of medical tourism in developed countries]. *Finansovyj prostir* [Financial space], 3 (7), 38–45 [in Ukrainian].
7. Hry`nash, V. M., Parobec`ka, I. M., Khodor, O. Ye. (2007). Industrial`na sy`stema nadannya medy`chny`kh posluh v okhoroni zdorov`ya [The industrial system of medical services in health care]. In *Medy`chne pravo Ukrainy`: problemy` stanovlennya ta rozvy`tku* [Medical law of Ukraine: problems of formation and development] (pp. 91–102). L`viv [in Ukrainian].
  8. Dany`liv, A. (2012). Formuvannya ry`nku medy`chny`kh posluh v Ukraini: struktura finansuvannya ta vy`trat [Health care services market formation in Ukraine: structure of financing]. *Naukovi zapy`sky` NaUKMA* [Scientific papers of Kyiv-Mohyla Academy], 133, 49–56 [in Ukrainian].
  9. Kly`menko, O. M. (2011). Svitovy`j dosvid orhanizaciyi finansuvannya u sferi medy`chnoho obsluhovuvannya [World experience in medical care financing]. *Chernihivs`ky`j naukovy`j chasopy`s. Ser. 1: Ekonomika i upravlinnya* [Chernihiv Scientific Journal. Economics and management], 1, 104–111 [in Ukrainian].
  10. Pavlyuk, K. V. (2016). Udoskonalennya mekhanizmiv finansuvannya medy`chny`kh posluh v Ukraini [Improvement of mechanisms for financing medical services in Ukraine]. *Finansy` Ukrainy`* [Finance of Ukraine]: 2, 64–82 [In Ukrainian].
  11. Pavlyuk, K. V., Stepanova, O. V. (2014). Medy`chne strakhuvannya yak forma finansuvannya medy`chny`kh posluh [Medical insurance as a form of health care financing]. *Nauka j ekonomika* [Science and Economics]: 3, 162–171 [In Ukrainian].
  12. Pavlyuk, K. V., Stepanova, O. V. (2011). Rozvy`tok derzhavno-pry`vatnoho partnerstva u sferi okhorony` zdorov`ya [Development of public-private partnership in the field of health care]. *Finansy` Ukrainy`* [Finance of Ukraine]: 2, 43–55 [In Ukrainian].
  13. Bloomberg. (n. d.). *Najefekty`vnishi sy`stemy` okhorony` zdorov`ya. 2015* [The most effective health systems. 2015]. Retrieved from <https://www.bloomberg.com/markets/sectors/health-care>.