

Електронне наукове фахове видання "Ефективна економіка" включено до переліку наукових фахових видань України з питань економіки (Наказ Міністерства освіти і науки України від 29.12.2014 № 1528) [www.economy.nayka.com.ua](http://www.economy.nayka.com.ua) | № 1, 2019 | 31.01.2019 р.

DOI: [10.32702/2307-2105-2019.1.59](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2019.1.59)

УДК 339.98: 658.64:658.8:61

*О. А. Іващенко,  
кандидат економічних наук, доцент,  
завідувач кафедри економіки та менеджменту зовнішньоекономічної діяльності  
Національної академії статистики, обліку і аудиту*

*Н. В. Резнікова,  
доктор економічних наук, доцент,  
професор кафедри світового господарства та міжнародних економічних відносин  
Інституту міжнародних відносин  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

*М. Ю. Рубцова,  
кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри міжнародного бізнесу  
Інституту міжнародних відносин  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

## **СФЕРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ФОКУСІ МІЖНАРОДНОЇ ТОРГІВЛІ І ГЛОБАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ РОЗВИТКУ: РЕЖИМИ НАДАННЯ ПОСЛУГ В СУЧАСНИХ МІЖНАРОДНИХ ЕКОНОМІЧНИХ ВІДНОСИНАХ**

*O. Ivashchenko  
PhD (Econ.), Associate Professor,  
Head of Department of Management of Foreign Economic Activity of  
National Academy of Statistics, Accounting and Audit*

*N. Reznikova  
Doctor of Economics, Associate Professor,  
Professor at the Chair of World Economy and International Economic Relations of  
Institute of International Relations Taras Shevchenko National University of Kyiv*

*M. Rubtsova  
PhD (Econ.), Associate Professor at the Chair of World Business of  
the Institute of International Relations Taras Shevchenko National University of Kyiv*

## **THE SPHERE OF HEALTH CARE IN THE FOCUS OF INTERNATIONAL TRADE AND GLOBAL DEVELOPMENT PROBLEMS: THE MODELS OF SERVICES' PROVIDING IN MODERN INTERNATIONAL ECONOMIC RELATIONS**

*Загострено питання класифікації медичних послуг з акцентуванням уваги на регуляторних обмеженнях надання останніх. Розглянуто чотири режими надання медичних послуг — «Транскордонне надання», «Споживання за кордоном», «Комерційна присутність», «Тимчасове переміщення фізичних осіб». Охарактеризовано режими надання медичних послуг з позицій їхньої здатності до комерціалізації, а також перспективи і загрози їхнього застосування з огляду на те, яку позицію займає країна — експортера чи імпортера послуг. Розглянуто вплив інформаційно-телекомунікаційних технологій на розвиток ринку медичних*

послуг. Доведено прямиї зв'язок між потенціалом надання медичних послуг і кваліфікацією медичних працівників. Визначено обмеження надання медичних послуг в режимі медичного туризму. Визначено перспективи телемедицини з позицій вирішення глобальної проблеми асиметричності розвитку. Внесено уточнення в змістове наповнення поняття «транскордонна медицина», що уможливило розмежування останнього й поняття «телемедицина». Розглянуто ризики формування «медичних хабів» для населення країн їхнього розміщення. Наведено інституційні обмеження розвитку офшорингу медичних послуг.

*The issue of classification of medical services is highlighted with emphasis on the regulatory restrictions of its provision. The four models of providing medical services are considered - "Transborder Delivery," "Consumption Abroad", "Commercial Presence," "Temporary Movement of Individuals." The models of medical services' provision are characterized from the standpoint of their ability for commercialization, as well as the prospects and threats of their application, depending on the position of the country - the exporter or importer of services. The influence of information and telecommunication technologies on the development of the market of medical services is considered. There is a direct relationship between the potential of providing medical services and the qualifications of medical staff. The restriction of provision of medical services in the model of medical tourism is determined. The prospects of telemedicine from the standpoint of solving the global problem of asymmetry of development are determined. The clarification of the content of the concept of "transborder medicine" was clarified, which made it possible to distinguish it from the term "telemedicine". The risks of forming "medical hubs" for the population of their placement are considered. The institutional limitations of the development of offshore medical services development are presented.*

**Ключові слова:** медичні послуги; режими надання медичних послуг; телемедицина; транскордонна медицина; країна-експортер; країна-імпортер.

**Keywords:** medical services; health care regimes; telemedicine; transboundary medicine; exporting country; importing country.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** Фахова медична література здебільшого оминає увагою розгляд можливостей комерціалізації медичних послуг. Д. Вудворд [1] коментує це в такий спосіб: «Чисті економічні вигоди від торгівлі медичними послугами якщо є невеликими, здебільшого відчутні людьми забезпеченими і дорого обходяться з точки зору здоров'я більшості населення. Зважаючи на важливість здоров'я населення, як в абсолютному вимірі, так і відносно економічних інтересів невеликої меншості, яка може мати вигоду від торгівлі медичними послугами, це є сильним доводом проти подальшої лібералізації торгівлі медичними послугами».

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** В більшості літературних джерел з питань торгівлі медичними послугами — як от у авторстві Н. Драгера, Р. Белеоля, Д. Ліпсона і вже згаданого Д. Вудворда [2], Ч. Блуана [3], Т. Макліна [4], Ф. Леві [5] і Р. Чанди [6], Р. Сміта [10] прогнозується, що прямі іноземні інвестиції (ПІІ), пов'язані з комерційною присутністю, переспрямовуватимуться з розвинених країн до країн, що розвиваються. Однак там, де це стосується країн, що розвиваються, потоки ПІІ в медичні послуги передусім спрямовані від країн – не членів ОЕСР до інших країн – не членів ОЕСР та до інших країн – членів ОЕСР. Це відбувається тому, що найкращими ринками для ПІІ є вже усталені ринки або нові ринки зі значною державною підтримкою [6]. Слід акцентувати увагу, що в більшості літературних джерел з питань торгівлі медичними послугами використовується дискусивне загальне визначення поняття «тимчасова міграція медичних фахівців». Внаслідок включення всієї тимчасової (і навіть постійної) міграції питання відтоку мізків набуло значно більшого значення порівняно з торгівлею [7; 8; 10].

**Мета дослідження.** Загострення питання класифікації медичних послуг з акцентуванням уваги на регуляторних обмеженнях надання останніх дозволить розглянути чотири режими надання медичних послуг — «Транскордонне надання», «Споживання за кордоном», «Комерційна присутність», «Тимчасове переміщення фізичних осіб». Визначення режимів надання медичних послуг з позицій їхньої здатності до комерціалізації, а також розгляд перспектив і загрози їхнього застосування з огляду на те, яку позицію займає країна — експортера чи імпортера послуг, дозволить охарактеризувати перспективи розвитку ринку медичних послуг з

позицій існуючих асиметрій економічного розвитку й модифікації прояву проблеми охорони здоров'я як однієї з глобальних проблем людства.

**Виклад основного матеріалу.** «Режим I «Транскордонне надання» в Генеральній угоді з торгівлі послугами (ГАТС) передбачає надання послуг, коли їх надавач і покупець залишаються місцях знаходження. Послуги в «Режимі II «Споживання за кордоном» надаються шляхом переміщення покупця до надавача. В «Режимі III «Комерційна присутність» надавач послуг забезпечує свою комерційну присутність в іншій країні через ПП. В «Режимі IV «Міграція медичних фахівців» окремі надавачі послуг тимчасово переміщуються в місце знаходження покупця. Якщо таке визначення торгівлі послугами є усталеним, загальноприйнятого визначення послуг не існує (див.Табл. 1).

**Таблиця 1.**  
**Перспективи для торгівлі та системи охорони здоров'я режимів надання медичних послуг**

Режим надання	Перспективи для торгівлі	Перспективи для системи охорони здоров'я
Транскордонне надання (режим 1)	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Комерційні можливості від телемедицини</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• економічно ефективне надання медичних послуг шляхом імпорту телемедицини</li> <li>• Усунення дефіциту людських ресурсів</li> </ul>	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивільнення коштів, інфраструктури та людських ресурсів від надання первинних медичних послуг.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивільнення коштів від надання послуг первинної медичної допомоги і формування місцевого потенціалу.</li> </ul>
Споживання за кордоном (режим 2)	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сфера потенційного зростання для країн, що розвиваються, зокрема у разі підвищення транскордонної страхової мобільності.</li> <li>• Джерело експортних надходжень, які можуть інвестуватись в розширення та/або оновлення медичних послуг, призначених для місцевого населення.</li> <li>• Створює можливості внутрішньої зайнятості для професійних медиків, гальмуючи зовнішню міграцію.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Можливість оперативного отримання медичних послуг прямо на місці, якщо заможні пацієнти бажають отримати лікування за кордоном.</li> <li>• Економічно ефективний спосіб надання деяких складних медичних послуг.</li> </ul>	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вимагає надання високоякісних послуг за конкурентні ціни, що неможливо для більшості країн, що розвиваються.</li> <li>• «Витіснення» вітчизняних пацієнтів.</li> <li>• Вивільнення коштів від надання базових медичних послуг.</li> <li>• «Внутрішній відток мізків» медичних фахівців із сільських до міських місцевостей та з державного до приватного сектору.</li> <li>• Доходи від послуг, наданих іноземним пацієнтам, навряд чи спрямовуватимуться на розширення доступу до медичних послуг місцевого населення.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Імпортованими послугами, скоріш за все, скористуються багаті.</li> </ul>
Комерційна присутність (режим 3)		<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Відтік коштів, які є потенційними інвестиціями у вітчизняний сектор охорони здоров'я.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <p>«Внутрішній відтік мізків» з державного сектору в приватний та з сільських місцевостей до міст.</p> <p>Система охорони здоров'я може перетворитися, або буде трансформована на дворівневу систему: приватну для клієнтів з високим рівнем доходів і попитом на високоякісні послуги та державну для бідних з низькоякісною допомогою.</p>

Тимчасове переміщення фізичних осіб (режим 4)	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оскільки міграція тимчасова, вона не веде до «відтоку мізків».</li> <li>• Медичні працівники є джерелом прибутків від грошових переказів або від інвестованих заощаджень.</li> <li>• Тимчасова міграція може дати медичним працівникам досвід і навички, яких вони інакше не здобули б.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Усунення внутрішнього дефіциту медичних фахівців.</li> </ul>	<p><b>Експорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Фактор, сприятливий для «відтоку мізків медиків».</li> <li>• Освіта медичного персоналу в більшості країн фінансується або значно субсидується державою. Тоді від'їзд кожної людини з країни різвзначний втраті державних інвестицій, які навряд чи компенсуються грошовими переказами.</li> <li>• Медичні працівники навряд чи здобудуть якісь цінні нові навички завдяки міграції, а якщо здобудуть, це будуть навички в тих сферах, на які не сформовано попит в країнах, що розвиваються.</li> </ul> <p><b>Імпорт:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Несправедлива експлуатація дефіцитних людських ресурсів інших країн.</li> </ul>
---	--	---

Тому аналіз послуг зазвичай проводиться за прагматичним підходом – коли певні види продукції та види діяльності визначаються як послуги, з яких складається перелік. При цьому широко використовується Центральна класифікація продукції ООН (англ. «*The United Nations Central Product Classifications*») (CPC), в тому числі в рамках GATS. В ній визначено понад 600 видів сервісної продукції (service products) під п'ятьма загальними рубриками. GATS використовує CPC для визначення видів сервісної продукції, але класифікує їх під 12 основними категоріями і приблизно 160 підкатегоріями. Основними категоріями є: 1) Бізнес-послуги (включаючи професійні послуги та комп'ютерні послуги); 2) Комунікаційні послуги; 3) Послуги з будівництва та супутні інженерні послуги; 4) Послуги з торгівлі; 5) Освітні послуги; 6) Екологічні послуги; 7) Фінансові послуги (включаючи страхові та банківські); 8. Медичні послуги та соціальні послуги; 11) Транспортні послуги; 12) Інші послуги, не включені до інших категорій.

В GATS деякі медичні послуги класифікуються під категорією 8 «Послуги з охорони здоров'я (або медичні послуги) та соціальні послуги», яка охоплює послуги, що надаються на базі компаній та організацій (лікарні, клініки, будинки для літніх людей тощо). Медичні послуги, які надають фізичні особи власними силами (лікарі, медсестри, акушерки та інші) класифікуються під категорією 1 «Підприємницькі послуги (професійні)». Інші медичні послуги включають медичне страхування, яке класифікується під категорією 7 «Фінансові послуги (включаючи страхові та банківські)»; медична освіта (категорія 5); медичні адміністративні, такі як медична документація (категорія 1); та послуги з досліджень та експериментальних розробок у медичних науках та фармацевтиці (категорія 1). Крім того, екологічні послуги (категорія 6), такі як санітарія, каналізація та утилізація відходів, тісно пов'язані зі здоров'ям. Втім, коли мова йде виключно про медичні послуги, їхня типологізація може бути узагальнена в Табл. 2.

**Таблиця 2.**  
**Класифікація медичних послуг**

Галузева класифікація GATS	Визначення
1. Підприємницькі послуги	
А. Професійні послуги	
а. Медичні та стоматологічні послуги	Послуги, здебільшого спрямовані на попередження, діагностику та лікування хвороб шляхом консультацій пацієнтів без госпіталізації
б. Послуги, що надаються акушерками, медсестрами, фізіотерапевтами та працівниками парамедицини	Такі послуги як спостереження за вагітністю та пологи... догляд (без госпіталізації), консультації та профілактика пацієнтів на дому.
8. Медичні та соціальні послуги	
А. Послуги лікарень	Послуги, що надаються під керівництвом лікарів в основному госпіталізованим пацієнтам, спрямовані на лікування, відновлення та/або підтримання стану здоров'я
В. Інші послуги в сфері здоров'я людини	Амбулаторні послуги; послуги інтернатних установ, які не класифікуються як послуги лікарень; а також інші медичні послуги (патологія, вірусологія,

Сукупність різних медичних послуг є об'єктом торгівлі в «Режимі І». «Традиційні» канали передачі інформації — пошта і телефон — надавали обмежені можливості для торгівлі в цьому режимі (наприклад, доставка лабораторних зразків або консультація телефоном). Однак поява сучасних інформаційно-телекомунікаційних технологій (ІКТ) значно розширила можливості для торгівлі в цьому режимі. Електронна медицина, телемедицина, електронна система охорони здоров'я (eHealth) [12] – терміни, використовувані для позначення різних видів медичних послуг у літературі; але згоди щодо цієї термінології, здається, не існує. Термін «телемедицина» тут використовуватиметься як парасольковий для тих видів діяльності, що охоплюють широко сукупність медичних послуг. Під «торгівлею» в контексті телемедицини мається на увазі застосування ІКТ для забезпечення клінічної допомоги, такої як діагностика, лікування або подальша реабілітація пацієнта на відстані. Вона включає різноманітні послуги — від телеконсультацій до роботизованої хірургії. Часто згадуваним прикладом транскордонної телемедицини є телерадіологія. Вона включає електронну передачу цифрових радіографічних знімків (наприклад рентгенівських) з одного місця до іншого. Т. Маклін [4] описує дві моделі, використовувані у США: модель «нічний яструб» та «індійська» модель (англ. «the 'nighthawk' and the 'Indian' model»). В разі моделі «нічний яструб» компанії надають послуги з телерадіології американським лікарням, зокрема у третю робочу зміну (23:00 - 07:00), для якої важко знайти кваліфікований персонал. Компанії відтворюють денну робочу зміну, залучаючи лікарів у тому числі з Барселони (Іспанія) та Сиднея (Австралія), також лікарів зі США, надаючи у такий спосіб «нічні» послуги американським лікарням від лікарів, що вдень не сплять. В разі «індійської» моделі компанії, що розташовані в Індії, надають той самий вид послуг з телерадіології силами лікарів з Індії або лікарів інших національностей, які мають диплом США.

Експансія індійських компаній на ринок радіології США ускладнилась з кількох причин — технологічної й кваліфікаційної невідповідності, а також регуляторних обмежень [5]. Ф. Леві та К.-Х. Юу [5] наводять дві основні причини цього. По-перше, на відміну від тих видів послуг, які успішно передаються за кордон, таких як створення програмного забезпечення, радіологія не піддається легкій кодифікації; це скоріше ціла низка конкретних випадків, аналіз яких вимагає навичок, основаних на неявних знаннях і розпізнанні образів, а також багатьох років навчання і досвіду. Це ускладнює передачу її за кордон, оскільки якість результату не можна легко оцінити і відстежити. По-друге, радіологія є об'єктом посиленого державного регулювання, що піднімає бар'єри для входження на ринок. Радіолог повинен закінчити навчання за американською програмою і здати іспити американській медичній комісії, щоб отримати юридичне право на читання знімків, зроблених у США. Крім того, програми медичного страхування зазвичай не включають відшкодування за процедури, проведені поза США. Ф. Леві та К.-Х. Юу роблять висновок, що ці бар'єри означають, що телерадіологія не є «сферою, створеною для офшорингу». Більше того, бар'єри, скоріш за все, поширюються на всі аспекти телемедицини. І все ж таки, деякі випадки аутсорсингу зі США вже є, а індійські компанії змогли успішно увійти на ринки Великобританії та Сингапуру. В обох випадках це відбулося у відповідь на обмеженість бази державного сектору, тобто індійські компанії в результаті надають послуги, фінансовані державою. Однак тут компанії зіткнулися з тими ж самими бар'єрами, що і в США. Наприклад, для входження на британський ринок індійська компанія мусила створити філіал у Великобританії та використовувати тільки радіологів, зареєстрованих у Великобританії, тобто в результаті мала місце торгівля в «Режимі ІІ». Крім комерційної вигоди, торгівля пропонує країнам, що розвиваються, цілу низку способів використання телемедицини для вдосконалення системи охорони здоров'я і досягнення цілей державної медицини. Імпорт деяких видів медичних послуг через телемедицину може бути більш економічно ефективним способом надання цих послуг, ніж підтримання внутрішньої бази, особливо у віддалених районах і районах із недостатнім обслуговуванням. Телемедицина також може бути засобом для подолання дефіциту людських ресурсів – які вивільняються завдяки імпорту медичних послуг. Вона також може сприяти покращенню якості діагностики та лікування [6].

Перспективи для сфери охорони здоров'я визначається не стільки комерційними можливостями телемедицини, скільки негативними наслідками як імпорту, так і експорту таких послуг. Зважаючи на відсутність належної інфраструктури в багатьох країнах, що розвиваються, насамперед телекомунікацій та енергопостачання, особливо у віддалених сільських та бідних міських районах, імпорт телемедицини до цих країн передусім спрямовуватиметься на вищий та середній клас міських мешканців, а не на надання базових медичних послуг незаможним верствам населення загалом і незаможним мешканцям у сільських місцевостях зокрема. Телемедицина має можливості для реалізації потенціалу транскордонної торгівлі. Найперспективнішим напрямком транскордонної телемедицини визнають телерадіологію, але через телемедицину можуть надаватися й інші послуги: теледіагностика, телепатологія, теледерматологія, телепсихіатрія та інші [4]. Т. Маклін стверджує, що в міру того як телемедицина набирає поширення, на аутсорсинг та офшоринг можуть віддаватися фактично всі медичні послуги, і тому в майбутньому, на думку дослідника, скоріш за все, медичну допомогу в «Режимі ІІ. Медичний туризм» споживатимуть послуги тільки ті, хто поїхав за кордон у справах або у відпустку і захворів, перебуваючи за межами країни проживання. Поява ІКТ дійсно усуває або принаймні мінімізує географічні бар'єри, однак інші бар'єри для торгівлі залишаються. Не лише правові та регуляторні, а й такі, що пов'язані з культурними відмінностями, соціально-політичними

умовами (співвідношення між державним та приватним сектором медичних послуг), відсутністю людських ресурсів, а також технологічними та інфраструктурними обмеженнями. Все це бар'єри, які роблять масштабну транскордонну телемедицину щонайкраще далекою перспективою. Такою є насамперед перспектива для країн, що розвиваються, оскільки в більшості розвинених країн існує істотний дефіцит медичних фахівців та належної інфраструктури. Отже, потенціал майбутньої транскордонної медицини, який активно обговорюється в літературі з торгівлі, здається переоціненим. І навпаки, проблеми, обговорювані в літературі про систему охорони здоров'я, більше торкаються телемедицини як такої, ніж конкретно транскордонної телемедицини. Тобто уявні негативні наслідки є результатами телемедицини, а не аспектів торгівлі нею.

При «Режимі II «Споживання за кордоном» пацієнти їдуть за кордон для медичного лікування, звертаючись до так званого «медичного туризму», який реалізує себе в кількох формах. Один потік пацієнтів – це потік між розвиненими країнами. Другий потік – це потік багатих пацієнтів, які їдуть з країн, що розвиваються, до розвинених країн для медичного лікування, яке незадовільне або відсутнє в їх рідних країнах. Варіантом, що спричиняє занепокоєння в розвинених країнах, зокрема у Великобританії, є приплив людей з країн, що розвиваються, які потребують медичної допомоги, але намагаються скористатися безплатною системою державної охорони здоров'я, яка в принципі не може їм відмовити. Однак медичний туризм в основному пов'язується з пацієнтами з розвинених країн, які бажають отримати прийнятну медичну допомогу в країнах, що розвиваються [13, с.174]. Багато країн, що розвиваються, приєдналися або планують приєднатися до когорти організаторів медичного туризму, сприяючи інвестиціям у нові лікарні та клініки, щоб полегшити прийом іноземних пацієнтів. Їх конкурентна перевага є прогнозованою: висока якість за низьку ціну.

«Режим III «Комерційна присутність» передбачає ПІІ в лікарні, клініки та інші медичні заклади, а також досягнення значної комерційної присутності (наприклад, у вигляді офісу з продажів) [10]. ПІІ в галузях послуг складає приблизно 60% сукупних ПІІ. Однак торговельний потік складають не ПІІ, а продажі іноземного філіалу, створеного через ПІІ. Ще однією формою торгівлі в «Режимі III «Комерційна присутність» є контрактне управління лікарнями та клініками. З точки зору торгівлі, «Режим III «Комерційна присутність» забезпечує передачу ресурсів до державної системи охорони здоров'я, як пряму (через потоки додаткових інвестицій у національний сектор охорони здоров'я), так і опосередковану (у разі, коли лібералізація торгівлі в «Режимі III «Комерційна присутність» приносить вигоду державній системі охорони здоров'я через зростання економічної активності не тільки в медичному секторі, а й завдяки побічному впливу на інші сектори, що, знову ж таки, може привести до покращення показників державної охорони здоров'я) [8; 19]. Вигода від цього є особливо великою, якщо такі інвестиції спрямовуються на розширення інфраструктури охорони здоров'я, що може звільнити ресурси державного сектору від забезпечення базової медичної допомоги. Крім цього, внутрішні інвестиції можуть полегшити передачу знань і технологій для покращення якості, ефективності та номерклатури послуг. Розширення складу суб'єктів на ринку медичних послуг також може підвищити ефективність і знизити витрати [6].

Оскільки ПІІ в охороні здоров'я за логікою спрямовуються у приватний сектор, перспективою для системи охорони здоров'я буде те, що ПІІ підвищать роль приватного сектору порівняно з державним. Система охорони здоров'я тоді може або перетворитися на дворівневу систему, або бути відтвореною як дворівнева система: один рівень для багатих, з високоякісною допомогою, і другий рівень для бідних із низькоякісною допомогою [14, с.235]. Що стосується медичного туризму, то дворівнева система охорони здоров'я також може привести до внутрішнього відтоку мізків медичних працівників з державного до приватного сектору і з сільських до міських місцевостей, оскільки лікарні приватного сектору зазвичай пропонують кращу оплату та умови праці, ніж лікарні державного сектору, та розташовуються в міських районах [16].

В літературі про торгівлю медичними послугами в «Режимі IV «Міграція медичних фахівців» дискусивно включаються всі медичні фахівці, які тимчасово працюють в інших країнах. В деяких із цих літературних джерел навіть ігнорується слово «тимчасовий» [2; 4], і під рубрикою торгівлі в «Режимі IV» розглядаються всі види трудової міграції [6]. Варто наголосити, що «Режим IV «Міграція медичних фахівців» охоплює медичних фахівців, які:

- надають послуги так, що іноземний надавач послуг укладає договір на надання послуг з компанією приймаючої країни і посилає своїх працівників надавати ці послуги (наприклад, українська компанія посилає лікарів до Великобританії для виконання договору з Національною службою охорони здоров'я);
- надають послугу за кордоном незалежно – це фізичні особи, що продають послуги компанії або фізичній особі в приймаючій країні (наприклад, лікар тимчасово працює за кордоном як самозайнятий за одноразовою оплатою);
- працюють тимчасово на ту ж саму компанію, на яку вони працюють дома – тобто переміщуються всередині компанії (наприклад, українська медсестра, тимчасово переміщена з української частини компанії до її філіалу в Об'єднаних Арабських Еміратах).

Згідно з цим визначенням, медичні фахівці, які прибувають до іншої країни з метою постійного працевлаштування («включення до штату»), не включаються до «Режиму IV «Міграція медичних фахівців» – навіть якщо вони потім працюють за тимчасовими короткостроковими контрактами. Таке визначення «Режиму IV «Міграція медичних фахівців» відображає дві особливості, пов'язані з переговорами про торгівлю під егідою ГАТС. По-перше, більш широке визначення, яке, наприклад, включає всі форми транскордонної тимчасової трудової міграції, може спровокувати анти-іміграційні лобі в приймаючих країнах і поставити під сумнів необхідність подальшої лібералізації. По-друге, «Режим IV «Міграція медичних фахівців» в основному



використовується як тригер «Режиму III «Комерційна присутність», спрощуючи транскордонне переміщення співробітників транснаціональних корпорацій (гарантуючи, що компанії в разі необхідності можуть спрямовувати фахівців і менеджерів до іноземних філіалів). Це визначення також не включає до «Режиму IV «Міграція медичних фахівців» більшість медичних фахівців, що працюють за кордоном

**Висновки.** Торгівля в «Режимі I» передбачає ризики відволікання коштів та людських ресурсів від незабезпечених верств населення. Аутсорсинг та офшоринг із розвинених країн тільки надалі прискорить цю тенденцію в міру відволікання людських ресурсів на обслуговування експортних ринків. Більше того, торгівля в «Режимі I» піднімає складні питання етики, обов'язків та довіри [7]. Перспектива для системи охорони здоров'я за «Режимом II «Споживання за кордоном» така, що країни стануть експортерами медичного туризму тільки в разі надання ними послуг задовільної якості за конкурентні ціни, що неможливо для переважної більшості країн, що розвиваються. Насправді багато країн, що розвиваються, є імпортерами медичного туризму, оскільки населення з високими доходами в цих країнах часто шукають медичне лікування за кордоном [6]. Якщо якійсь країні вдасться стати хабом медичного туризму, це потягне за собою врахування низки ризиків. По-перше, значна кількість іноземних пацієнтів може врешті-решт «виштовхнути» місцевих пацієнтів. Крім того, великомасштабний медичний туризм може відвернути кошти від надання базових медичних послуг. Ще одним ризиком є внутрішній «відтік мізків» медичних працівників із сільських до міських районів і з державного до приватного сектору, що, знову ж таки, зашкодить доступу до медичних послуг насамперед бідних верств, особливо у сільських місцевостях. Крім того, між послугами іноземним пацієнтам і послугами місцевим пацієнтам є більше розбіжностей, ніж спільного, оскільки іноземні пацієнти, скоріш за все, будуть сконцентровані у приватному секторі, отримуючи в основному послуги косметичної, пластичної та реконструктивної хірургії – тобто ті послуги, до яких більшість місцевих пацієнтів не має доступу. В результаті експорт у «Режимі II» не створює майже ніяких відчутних переваг для місцевих пацієнтів. Більше того, якщо вся база медичного туризму фінансується державою – прямо або опосередковано – це лише посилить відволікання ресурсів від потреб державної охорони здоров'я. Технічні бар'єри для телемедицини скорочуються завдяки технологічному прогресу, але залишаються інші бар'єри, такі як державне регулювання. Телемедицина, наприклад телерадіологія, може погано піддаватися офшорингу, оскільки її не легко кодифікувати, що ускладнює оцінювання якості та моніторинг відданих на офшоринг послуг [5]. Більше того, відсутність медичних фахівців з належними навичками та досвідом майже в усіх країнах, що розвиваються, додатково обмежує можливості для офшорингу телемедицини. Якщо медичний туризм «Режим II «Споживання за кордоном» і показав зростання, однак його потенціал зростання в більшості оцінок сильно перевищується. Багато країн, що розвиваються, висловили бажання стати великими хабами для медичного туризму, а деякі, не в останню чергу країни Близького Сходу, інвестували або збираються інвестувати значні кошти у лікарні та інші медичні заклади. Але залишається невизначеним, якими будуть стратегії залучення пацієнтів та фахівців. Міра комерціалізації будь-якої національної системи охорони здоров'я як така має більше значення за її сталість, ніж те, якими є інвестиції – іноземними чи внутрішніми. Крім того, приватний ринок надання і фінансування медичних послуг повинен бути розвинутим перед тим, як торгівля в «Режимі III» набуде значних масштабів, і регуляторний функціонал країни визначає вплив такої торгівлі на економіку та здоров'я.

#### Література.

1. Woodward D. The GATS and Trade in Health Services: Implications for Health Care in Developing Countries / D. Woodward // Review of International Political Economy. – 2005. – Vol. 12 (3). – P. 511-534.
2. Mondialisation et sante' : un cadre pour l'analyse et l'action / D. Woodward, N. Drager, R. Beaglehole, D. Lipson // Bulletin de l'Organisation mondiale de la Sante'. – 2002. – Vol. 6. – P. 36-42.
3. Blouin C. International trade in health services and the GATS: Current issues and debates [Electronic resource] / C. Blouin, N. Drager, R. Smith. – 2006. – Mode of access: <https://www.who.int/trade/resource/ITHS/en/>
4. McLean T. The Offshoring of American Medicine: Scope, Economic Issues and Legal Liabilities / T. McLean // Annals of Health Law. – 2005. – Vol. 14. – P. 205-264.
5. Levy F. Offshoring Radiology Services to India [Electronic resource] / F. Levy, K-H. Yu. – 2006. – Mode of access: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.728.424&rep=rep1&type=pdf>.
6. Chanda R. Trade in Health Services [Electronic resource] / R. Chanda. – 2001. – Mode of access: [https://www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)158.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/80(2)158.pdf?ua=1)
7. Timmermans K. Developing Countries and Trade in Health Services: Which Way is Forward? / K. Timmermans // International Journal of Health Services. – 2004. – Vol. 34 (3). – P. 453-466.
8. Herman L. Assessing International Trade in Healthcare Services [Electronic resource] / L. Herman. – 2009. – Mode of access: <https://ecipec.org/publications/assessing-international-trade-in-healthcare-services/>
9. Adlung R. Health Services under the GATS / R. Adlung, A. Carzaniga // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. – Vol. 79 (4). – P. 352-364.
10. Smith R. Foreign Direct Investment and Trade in Health Services: A Review of the Literature / R. Smith // Social Science and Medicine. – 2004. – Vol. 59. – P. 2313-2323.
11. Smith R. Trade and Public Health: Facing the Challenges of Globalization / R. Smith // Journal of Epidemiology Community Health. – 2006. – Vol. 60 (8). – P. 650-651.
12. Резнікова Н.В. Глобальні проблеми світового господарства і міжнародних економічних відносин / Н.В. Резнікова. –К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2017. – 540 с.

13. 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/view/3637](http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3637)
14. Резнікова Н. В. Про співвідношення понять лікувального та оздоровчого туризму в контексті оцінки потенціалу міжнародного ринку медичних послуг [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова, О.А. Іващенко, О.І. Войтович // Ефективна економіка. – 2018. – № 2. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6278>.
15. Резнікова Н.В. Порівняльна та конкурентна переваги в міжнародному бізнесі: теоретико-методологічні підходи до пошуку їхнього синтезу [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова, М.Ю. Рубцова // Міжнародні відносини. Серія «Економічні науки». – 2016. – № 8. – Режим доступу: [http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec\\_n/article/view/3516/3188](http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3516/3188)
16. Резнікова Н. В. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова, О.А. Іващенко, О.І. Войтович // Ефективна економіка. – 2018. – № 1. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>.
17. Макстон Г. У пошуках добробуту. Керування економічним розвитком для зменшення безробіття, нерівності та змін клімату / Г. Макстон, Й. Рандерс. – К.: Пабулум, 2017. – 320 с.
18. Цілі сталого розвитку 2016-2030 [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Організації Об'єднаних Націй в Україні. – Режим доступу: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku>
19. [The official U.S. government site for Medicare “Medicare.gov”](https://www.medicare.gov/) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.medicare.gov/>
20. Conrad 30 Waiver Program [Electronic resource] // The official U.S. Citizenship and Immigration Services. – Mode of access: <https://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program>
21. Klick J. The Effect of Any Willing Provider and Freedom of Choice Laws on Prescription Drug Expenditures [Electronic resource] / J. Klick, J. D. Wright. – 2015. – Mode of access: [https://scholarship.law.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1437&context=faculty\\_scholarship](https://scholarship.law.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1437&context=faculty_scholarship)
22. Focus on Spending on Health: Latest Trends [Electronic resource] / OECD. – 2018. – Mode of access: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf>
23. Lead Market Initiative (LMI) [Electronic resource]. – 2016. – Mode of access: [http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/20182/117542/S2E\\_Fiche\\_LMI.pdf/137ddbea-582e-4674-a871-f7542f2a51dd](http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/20182/117542/S2E_Fiche_LMI.pdf/137ddbea-582e-4674-a871-f7542f2a51dd)
24. eHealth Action Plan 2012 - 2020 [Electronic resource]. – 2012. – Mode of access: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev\\_20160607\\_co11\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20160607_co11_en.pdf)

#### References.

1. Woodward, D. (2005), “The GATS and Trade in Health Services: Implications for Health Care in Developing Countries”, *Review of International Political Economy*, vol. 12 (3), pp. 511-534.
2. Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R. and Lipson, D. (2002), “Mondialisation et sante’ : un cadre pour l’analyse et l’action”, *Bulletin de l’Organisation mondiale de la Sante’*, vol. 6, pp. 36-42.
3. Blouin, C., Drager, N. and Smith, R. (2006), “International trade in health services and the GATS: Current issues and debates”, available at: <https://www.who.int/trade/resource/ITHS/en/> (Accessed 16 Dec 2018).
4. McLean, T. (2005), “The Offshoring of American Medicine: Scope, Economic Issues and Legal Liabilities”, *Annals of Health Law*, vol. 14, pp. 205-264.
5. Levy, F. and Yu, K-H. (2006), “Offshoring Radiology Services to India”, available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.728.424&rep=rep1&type=pdf> (Accessed 18 Dec 2018)
6. Chanda, R. (2001). “Trade in Health Services”, available at: [https://www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)158.pdf?ua=1](https://www.who.int/bulletin/archives/80(2)158.pdf?ua=1) (Accessed 17 Dec 2018)
7. Timmermans, K. (2004), “Developing Countries and Trade in Health Services: Which Way is Forward?”, *International Journal of Health Services*, vol. 34 (3), pp. 453-466.
8. Herman, L. (2009), “Assessing International Trade in Healthcare Services”, available at: <https://ecipe.org/publications/assessing-international-trade-in-healthcare-services/> (Accessed 17 Dec 2018)
9. Adlung, R. and Carzaniga, A. (2001), “Health Services under the GATS”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79 (4), pp. 352-364.
10. Smith, R. (2004), “Foreign Direct Investment and Trade in Health Services: A Review of the Literature”, *Social Science and Medicine*, vol. 59, pp. 2313-2323.
11. Smith, R. (2006), “Trade and Public Health: Facing the Challenges of Globalization”, *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 60 (8), pp. 650-651.
12. Reznikova, N. (2017), *Hlobal'ni problemy svitovoho hospodarstva i mizhnarodnykh ekonomichnykh vidnosyn* [Global problems of the general government and international economic problems], TOV «Vydavnytstvo «Konsul'tant», Kyiv, Ukraine.



13. Reznikova, N. and Rubtsova, M. (2018), "Problem of commercialization of medical services and observance of competition in the sphere of health care: mechanisms of distortion of the market and peculiarities of their counteraction", *International Relations. Series "Economic Sciences"*, [Online], vol. 12, available at: [http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec\\_n/article/view/3637](http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3637) (Accessed 21 Dec 2018)
14. Reznikova, N., Ivaschenko, O. and Vojtovych, O. (2018), "On the correlation of concepts of medical and health tourism in the context of assessing the potential of the international market for medical services", *Efektivna ekonomika*, [Online], vol. 2, available at: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6278> (Accessed 20 Dec 2018)
15. Reznikova, N. and Rubtsova, M. (2016), "Comparative and competitive advantages in international business: theoretical and methodological approaches to the search for their synthesis", *International Relations. Series "Economic Sciences"*, [Online], vol. 8, available at: [http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec\\_n/article/view/3516/3188](http://journals.iir.kiev.ua/index.php/ec_n/article/view/3516/3188) (Accessed 18 Dec 2018)
16. Reznikova, N., Ivaschenko, O. and Vojtovych, O. "Models of competition in the health services market: the problem of using the potential of the medical industry and its regulation in the conditions of globalization", *Efektivna ekonomika*, [Online], vol. 1, available at: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>. (Accessed 21 Dec 2018)
17. Makston, H. and Randers, J. (2017), *U poshukakh dobrobutu. Keruvannia ekonomichnym rozvytkom dlia zmenshennia bezrobittia, nerivnosti ta zmin klimatu* [In search of prosperity. Managing economic development to reduce unemployment, inequality and climate change], Pabulum, Kyiv, Ukraine.
18. United Nations Official Website in Ukraine (2016), "Tsili staloho rozvytku 2016-2030", available at: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> (Accessed 21 Dec 2018)
19. [The official U.S. government site for Medicare "Medicare.gov"](https://www.medicare.gov/) (2018), available at: <https://www.medicare.gov/> (Accessed 18 Dec 2018)
20. The official U.S. Citizenship and Immigration Services (2018), "Conrad 30 Waiver Program", available at: <https://www.uscis.gov/working-united-states/students-and-exchange-visitors/conrad-30-waiver-program> (Accessed 19 Dec 2018)
21. Klick, J. and Wright J.D. (2015), "The Effect of Any Willing Provider and Freedom of Choice Laws on Prescription Drug Expenditures", available at: [https://scholarship.law.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1437&context=faculty\\_scholarship](https://scholarship.law.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1437&context=faculty_scholarship) (Accessed 19 Dec 2018)
22. The official site of OECD (2018), "Focus on Spending on Health: Latest Trends", available at: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf> (Accessed 20 Dec 2018)
23. Lead Market Initiative (LMI) (2016), available at: [http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/20182/117542/S2E\\_Fiche\\_LMI.pdf/137ddbea-582e-4674-a871-f7542f2a51dd](http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/20182/117542/S2E_Fiche_LMI.pdf/137ddbea-582e-4674-a871-f7542f2a51dd) (Accessed 18 Dec 2018)
24. eHealth Action Plan 2012 – 2020 (2012), available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev\\_20160607\\_co11\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20160607_co11_en.pdf) (Accessed 18 Dec 2018)

*Стаття надійшла до редакції 20.01.2019 р.*