

УДК 339.98: 658.64:658.8:61

Н. В. Резнікова,

доктор економічних наук, доцент, професор кафедри світового господарства та міжнародних економічних відносин Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка

О. А. Іващенко,

кандидат економічних наук, доцент, завідувач кафедри менеджменту зовнішньоекономічної діяльності Національної академії статистики, обліку і аудиту

О. І. Войтович,

лікар

МОДЕЛІ КОНКУРЕНЦІЇ НА РИНКУ ПОСЛУГ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМА ВИКОРИСТАННЯ ПОТЕНЦІАЛУ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ЇЇ РЕГУЛЮВАННЯ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ

N. Reznikova,

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

O. Ivashchenko,

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

O. Voitovych,

MD

COMPETITION MODELS AT THE MARKET FOR HEALTH CARE: THE PROBLEM OF UTILIZATION OF THE MEDICAL INDUSTRY CAPACITY AND ITS REGULATION IN TERMS OF GLOBALIZATION

У статті розглянуто ринок послуг з охорони здоров'я крізь призму конкуренції. Класифіковано ринок послуг з охорони здоров'я на: ринок медичних послуг, фармацевтичний ринок, ринок медичного обладнання, ринок науково-медичних розробок, ринок ноу-хау в галузі медицини, ринок праці медичних працівників, що дозволило ідентифікувати диверсифіковані моделі конкуренції на ньому. Перешкоди для входу, інформаційна асиметрія та економія на масштабі визначені як іманентні риси моделей конкуренції на ринку послуг з охорони здоров'я. Виокремлено напрямки регулювання ринків послуг з охорони здоров'я.

The market for health care is studied in the article through the prism of competition: The market for health care is classified into: the market for medical services, the market for medicines, the market for medical equipment, the market for medical research and development, the market for know-how in the medical field, the labor market of medical personnel, which allows for identifying diversified models of competition in it. Barriers for access, information asymmetry

and economy on scales are defined as immanent features of competition models in the market in health care.

Ключові слова: *моделі конкуренції на ринках послуг у сфері охорони здоров'я, ринок медичних послуг, інформаційна асиметрія, економія на масштабі, регулювання ринків послуг.*

Keywords: *competition models in the market in health care, the market for medical services, information asymmetry, economy on scales, the market for services regulation.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Світовий ринок послуг у сфері охорони здоров'я – специфічний елемент ринкової системи, що формує самостійний сектор виробництва нематеріальних благ. Ринок послуг у сфері охорони здоров'я являє собою сукупність наявних чи потенційних товарів і послуг, спрямованих на захист і відновлення здоров'я. Загальними умовами становлення ринкових відносин в сфері охорони здоров'я є наявність і багатоманітність в ній форм власності та видів господарювання. Внутрішня конкуренція в кожній із груп товарів та послуг стає стимулом до зростання їхньої якості. Структура ринку послуг у сфері охорони здоров'я може бути охарактеризована, серед іншого, за ступенем обмеження конкуренції, ступенем легітимності ринку та територіальною ознакою. Фактор географічного розташування під впливом технологічних інновацій (телемедицина) та послуг медичного туризму поступово втрачає свою провідну роль, втім рівень доходів населення, зміни у його віковій структурі, якість та прогнозована тривалість життя визначають потенціал попиту на об'єкти купівлі-продажу на ринку послуг охорони здоров'я. Пропозиція на ринку послуг з охорони здоров'я визначається кількістю медичних послуг, які можуть бути надані у певний період часу за визначеною ціною.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. М. Годдар [1] розглядає ринок охорони здоров'я крізь призму продукуваних ним «провалів» та асиметрій (наприклад, нездатність покупців визначити якість), і таким чином, доводить, що сфера охорони здоров'я має справу з регульованими ринками або «квазіринками». Таким чином, дебати стосуються не лише оцінки ступеня конкуренції, а також ступеня регулювання (від центральних, федеральних, регіональних або місцевих органів влади) ринку. Ф. Паммолі, М. Ріккабоні, К. Огліалоро, Л. Магаззіні, Дж. Байо та Н. Салерно [2] досліджували конкурентоспроможність ринку послуг охорони здоров'я через призму технічного забезпечення медичних закладів, що впливає на якість послуг та продуктивність праці медичних співробітників. Д. М. Херрік [3] розглядав глобальну конкуренцію у сфері охорони здоров'я через призму медичного туризму. М. Гейнор і Р. Дж. Таун [4] вивчали конкуренцію на ринку послуг у сфері охорони здоров'я з врахуванням тенденцій на ринку страхових послуг. Д. Драноу, Д. Ліндрут, В. Уайт, Г. Званзігер і М. Мазео [5-7] досліджували специфіку ціноутворення на ринку послуг з охорони здоров'я та ринку медичних послуг у сферіокрема. Втім, систематизація результатів проведених досліджень моделей конкуренції на ринку послуг охорони є актуальною, що і становить завдання дослідження.

Виклад основного матеріалу. Існують необхідні передумови з боку попиту та пропозиції для забезпечення умов дієвості твердження щодо стимулюючої конкуренції на ринку послуг охорони здоров'я. Необхідні умови з боку попиту передбачають наявність у пацієнтів можливостей обирати між товарами субститутами. Поняття «попит» при цьому описує не розмір попиту на внутрішньому ринку, а його структуру: витончені вимоги споживачів, які слугують сигналом для характеристики попиту в майбутньому і які здатні слугувати інструментом тиску на постачальників, змушуючи їх прискорювати інноваційний процес з метою отримання переваги над конкурентами. Необхідні умови з боку пропозиції полягають в праві постачальників мобільно використовувати наявні ресурси для переходу у нову сферу або навпаки розширювати діяльність в рамках вже існуючої сфери у відповідності до ситуації та можливостей.

Ринкова система не забезпечує оптимального рівня охорони здоров'я через ряд обмежень, до яких ми відносимо несприятливий вибір і моральний ризик. Так, наприклад, потенційні споживачі медичних послуг можуть надавати страховим компаніям неповну інформацію про стан їхнього здоров'я, а відтак у майбутньому стимулювати останні до підвищення суми страхових внесків з метою убезпечення себе від надмірних витрат. За такої ситуації люди, що не обізнані у своєму діагнозі або здоров'ї на момент прийняття рішення щодо необхідності придбання страхової послуги можуть відмовитись від її споживання, що, в свою чергу, загострить проблему несприятливого вибору.

З іншого боку, поведінка застрахованих людей також може змінюватися у бік нехтування превентивними засобами контролю за станом здоров'я, оскільки за умови спожитої страхової послуги вони матимуть змогу отримати гарантовану умовами контракту допомогу (ситуація, що характеризує моральний ризик). Відтак страхові компанії ризикують отримати більші витрати, які будуть враховані ними при розрахунку вартості наступних страхових послуг. У разі, якщо страхові компанії матимуть доступ до профілів здоров'я своїх клієнтів, вони уникатимуть страхування нездорових людей (завищуючи ціни послуг

або надаючи не оптимальний (а відтак дешевший) обсяг обслуговування) та заохочуватимуть страхування здорового населення. Так, наприклад, в США оператори страхового ринку рекламують свої послуги в місцях, які часто відвідують молоді, здорові особи, через що літні чи бідні громадяни залишаються незастрахованими. Саме з цієї причини у США фінансування Medicare та Medicaid присутнє у приватній системі медичного страхування [8]. Таким чином, отримуємо зачароване коло: висока інформаційна асиметрія, що проявляється у несприятливому виборі та моральному ризику і є іманентною рисою ринку послуг охорони здоров'я, призводить до деформації механізму цінової конкуренції та сегментує ринок за критерієм доходу споживача.

Різні ринки послуг у сфері охорони здоров'я (до яких відносять ринок медичних послуг, фармацевтичний ринок, ринок медичного обладнання, ринок науково-медичних розробок, ринок ноу-хау в галузі медицини, ринок праці медичних працівників) мають відмінні економічні характеристики, а відтак характеризуються диверсифікованими моделями конкуренції: конкурентною боротьбою на ринку, конкуренцією для ринку та поєднанням першої і другої.

За моделі «конкуренція на ринку» ліцензовані провайдери змагаються за пацієнтів на щоденній основі без гарантованих обсягів доходів. За моделі «конкуренція для ринку» провайдери заперечують право надавати послуги населенню, адже постачальник, що виграв, отримує право пропонувати виключні послуги на певний період часу, і протягом цього періоду він має певні гарантовані платежі для забезпечення можливостей надання послуг. За змішаної моделі конкуренції відбувається поєднання моделей «конкуренція для ринку» та «конкуренція на ринку», при якій обирається обмежена кількість провайдерів і легітимізується конкуренція за пацієнтів. Втім, за будь-якої моделі конкуренції, різним ринкам послуг охорони здоров'я іманентні:

- *Перешкоди для входу.* Здатність провайдерів вийти на ринок значно відрізнятиметься від типу наданої медичної допомоги. Бар'єри можуть бути суттєвими для капіталомістких послуг (наприклад, комплексна лікарняна допомога) або мінімальними для тих послуг, які не передбачають високі витрати (такі, як фізіотерапевтичні послуги чи сестринський догляд за хворими). Втім можуть також існувати нормативні або правові бар'єри, які обмежують вхід на ринок (стандартизація процесу лікування).

- *Інформаційна асиметрія.* Пацієнтам характерна суб'єктивна оцінка якості та важливості деяких медичних послуг. Споживаючи товари та послуги, які не впливають на загальний стан їхнього здоров'я, споживачі, тим самим, викривлюють ринковий механізм, призводячи до необґрунтованого зростання попиту і відповідно — ціни. Водночас нестача медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим від лікаря, кваліфікація якого підтвердиться лише після того, як послуга буде спожита. Більше того, ринок послуг охорони здоров'я характеризується тим, що попит на ньому стимулюється також з боку надавача послуг, адже останній, ставлячи діагноз, тим самим, визначає структуру потреб споживача.

- *Економія на масштабі.* Деякі послуги можуть бути краще організовані за умови їхнього надання великій чисельності населення для економічної або клінічної економії масштабу.

Таблиця 1.

Типи конкуренції на ринку послуг у сфері охорони здоров'я

	Конкуренція споживачів	Конкуренція постачальників	Змішаний тип
Інформаційна асиметрія	Високий	Низький	Змішаний
Перешкоди для входу	Високий	Низький	Змішаний
Економія на масштабі	Низький	Високий	Змішаний

Джерело: [9]

Конкуренція споживачів виникає на тих ринках послуг охорони здоров'я, де присутня мала кількість постачальників, а відтак вибір серед альтернатив також є низьким (такими можуть бути ринки, якими володіє один постачальник або ринки, де надається один сервіс).

Конкуренція постачальників характеризує ринки послуг охорони здоров'я, де присутня достатня кількість постачальників, забезпечується доступ до альтернативних послуг, а тому споживач може переходити від споживання однієї послуги до споживання іншої без суттєвих витрат часу. Вибір на ринку послуг охорони здоров'я, де діє модель конкуренції постачальників, переважно залежить від споживача (наприклад, ринок послуг з проведення хірургічного лікування катаракти в певних частинах країни).

Змішаний тип конкуренції передбачає наявність багатьох провайдерів, але допускає домінування лише кількох з них, або характеризується ситуацією, за якої існує визначений перелік постачальників послуг, який зменшує альтернативність вибору під впливом інформаційної асиметрії.

У сфері охорони здоров'я вимірювання конкуренції базується на оцінці чотирьох параметрів:

- *Ступеня наявності вибору,* що передбачає оцінку кількості потенційних постачальників у визначеній області. Вибір визначається кількістю постачальників послуг на географічному ринку (у певній віддаленості від пацієнта). Щоб полегшити цей аналіз, час проїзду може вимірюватися як час, який потрібно їхати на автомобілі (або у великому місті, потенційно громадським транспортом) від центру скупчення населення (наприклад, виборчого відділення) до медичного працівника (картографічні програми можуть

автоматизувати цей розрахунок). Очевидно, що час поїздки відповідає аналізованому сегменту ринку. Цей захід просто представляє теоретичний рівень вибору, не фіксуючи при цьому, чи приймає цей вибір більшість чи навіть хтось з пацієнтів. Загалом, якщо постачальник медичних послуг є унікальним для більшості своїх пацієнтів з огляду на відсутність альтернативних постачальників, він може не стикатися з сильними ринковими стимулами для надання високоякісної допомоги (іншим словами, така ситуація не спричиняє «конкурентної напруги»). Звичайно, це не означає, що не існує інших стимулів для забезпечення високої якості, таких як професійна репутація і почуття обов'язку серед місцевих лікарів та менеджерів.

- *Рівня концентрації.* Структура ринку визначається часткою ринку послуг, що обслуговують населення. Загальним підсумковим показником частки ринку для всіх постачальників, що обслуговують населення, є Індекс Херфіндала Хіршмана (ХХІ). Це дозволяє оцінити те, наскільки сконцентрований ринок, тобто в якій мірі та чи інша діяльність зосереджена на сегменті невеликої кількості провайдерів. ХХІ коливається від 10 000 для монопольного ринку (з одного постачальника, що має 100% частку ринку) до 100 для ринку з великою кількістю дуже малих провайдерів. Ринки послуг охорони здоров'я в даний час відносно сильно сконцентровані порівняно з ринками інших секторів. UK Competition Authorities визначають ринок, де ХХІ перевищує 1800, висококонцентрованим, а тому справедливим є твердження про те, що ринок послуг охорони здоров'я, де середній показник ХХІ навіть у мегаполісах за різними видами послуг перевищує позначку у 4000, деформує поняття конкуренції. Фармацевтичний ринок також характеризується високим ступенем ринкової концентрації, адже фармацевтичні фірми володіють (монопольними) патентами на лікарські засоби, що дозволяє їм, серед іншого, покривати витрати на НДДКР та стимулювати подальші інновації.

- *Наявності альтернатив доступу до ринків послуг охорони здоров'я* (або змін у потоках пацієнтів з року в рік, потенційно пов'язаних зі зміною частки ринку). Перемикання між альтернативами є своєрідним поштовхом на ринку: кількість людей переміщується від одного постачальника до іншого протягом певного періоду часу (наприклад, протягом року). На деяких ринках послуг охорони здоров'я наявність альтернатив можна спостерігати безпосередньо, на інших — шляхом аналізу змін в частках ринку постачальників. Зміна частки на ринку (наприклад, постачальника, що здійснює 30% процедур у певній місцевості до 25% за підсумками наступного року) може бути як результатом зміни преференцій з боку споживачів послуг, так і свідченням погіршення соціальних умов, змін у віковій структурі населення або побічним результатом імplementованої демографічної політики.

Доступ є найважливішим компонентом загального медичного обслуговування. 28 держав-членів Європейського союзу (ЄС) мають чіткий мандат на забезпечення справедливого доступу до медичних послуг на всіх рівнях системи охорони здоров'я для всіх, хто проживає на території країн-членів. Втім, це не гарантує доступність до всіх послуг у будь-який час, а лише свідчить про усунення незадоволеної потреби в охороні здоров'я шляхом забезпечення того, щоб ресурси, необхідні для надання відповідних і рентабельних медичних послуг, максимально точно відповідали потребам споживачів. Дані опитування Integrated Healthcare Association показують, що за підсумками 2016 р. близько 18 мільйонів чоловік, що живуть в ЄС, відчували незадоволену потребу в медичному обслуговуванні через вартість, відстань або час очікування (3,6% населення). У період з 2005р. по 2009 р. держави-члени досягли величезного прогресу в поліпшенні доступу до медичної допомоги: кількість людей, які відчують незадоволені потреби, скоротилося з 24 мільйонів у 2005 р. (5%) до 15 мільйонів у 2009 р. (3%). Втім, починаючи з 2009 р., відсоток населення, задоволеного отриманими послугами, зменшився, в тому числі, внаслідок фінансової кризи 2008 р., що вплинула на ситуацію на страховому ринку [10].

Перемикання між альтернативами забезпечує стимули для покращення або підтримки якості обслуговування провайдерів. На тих сегментах ринку, де якість наданих послуг є нерівномірною (наприклад, в залежності від географічної близькості до мегаполісів зростає кількість потенційно доступних послуг), динамічний ринок характеризується переходом від доступних постачальників до найкращих постачальників. Ринкова концентрація та перемикання між альтернативами відтак є взаємопов'язаними. Більше того, концентрація як така генерується моделями перемикання в обраний момент часу.

- *Рівня суперництва*, під яким мається на увазі умови фактичного або потенційного входження та виходу з ринку. Суперництво на ринку послуг охорони здоров'я пов'язане зі ступенем конкуренції. Ступінь суперництва залежить від багатьох факторів, серед яких ступінь виникнення будь-яких бар'єрів входження (наприклад, постійні витрати або можливість доступу до пацієнтів, отримання контракту тощо). Ступінь конкуренції у галузі охорони здоров'я можна також оцінити шляхом аналізу наявних статистичних даних (кількість вилікуваних пацієнтів, кількість померлих при лікуванні, кількість недостовірних діагнозів) або шляхом опитування споживачів послуг.

Таблиця 2
Показники ефективності сфери охорони здоров'я обраних для аналізу країн

	% ВВП, що спрямовуються на охорону здоров'я (1= найвищий %)	ВООЗ рейтинг (1= найвищий рівень)	Показник помірної смертності (1= найнижчий рівень)	Ступінь задоволеності пацієнта (1= найвищий рівень задоволеності)	Показник дитячої смертності (1= найнижчий рівень смертності)	Очікувана тривалість життя (1= найвищий рівень)
Данія	5	7	5	2	1	6
Франція	2	1	1	6	3	2
Німеччина	4	6	4	3	3	4
Нідерланди	6	2	2	1	3	4
Швеція	7	5	2	5	1	2
Швейцарія	3	4	відсутні дані	4	3	1
Велика Британія	8	3	6	7	7	6
США	1	8	7	відсутні дані	8	8

Джерело: узагальнено на основі [11]

У більшості країн Західної Європи функціонування медичних систем напряму пов'язане і залежить від стану розвитку ринку страхових послуг, що великою мірою забезпечує множинність вибору споживачем оператора медичних послуг. Як правило, щонайменше 50 відсотків провайдерів є комерційними і не державними, а уряд відіграє більш регулюючу роль. Наприклад, у Франції, Німеччині, Швейцарії та Нідерландах практично відсутня різниця між державними та приватними постачальниками, і пацієнти, як правило, мають вільний вибір лікаря, фахівця та лікарні. Основна відмінність між ними полягає в тому, наскільки розвинутим є ринок медичного страхування. Проте в усіх трьох країнах, а також у Данії, держава гарантує охоплення медичними послугами тих, хто не може дозволити собі страхування. У Німеччині, Швейцарії та Нідерландах, яким характерна висока конкуренція на ринку страхових послуг, існують центральні банки з регулювання ризиків з метою забезпечення адекватної компенсації страховим компаніям за прийняття пацієнтів з підвищеним летальним ризиком розгортання хвороби. При цьому жоден страховий агент не може відмовити в страхуванні тим, хто звернувся за страховою послугою. Прикметно, що у Нідерландів, де один із найменших показників витрат на охорону здоров'я серед проаналізованих країн, найвищий рівень задоволеності пацієнтів і другий найвищий рівень ефективності за версією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Висновки. Оцінка запропонованих чотирьох параметрів конкуренції на ринку послуг у сфері охорони здоров'я дозволить встановити взаємозв'язок між ступенем конкуренції та якістю послуг, що надаються. При цьому слід акцентувати, що конкуренція стає лише засобом підвищення якості послуг (при цьому лише одним із багатьох інструментів управління системою, які можуть бути використані для підвищення якості), а не самоціллю. Саме тому будь-який аналіз конкуренції повинен здійснюватися в контексті аналізу поточної якості наданих послуг в рамках кожного сегменту ринку.

Висока якість обслуговування не обов'язково свідчить про те, що будь-які форми втручання чи державного регулювання не потрібні, адже навіть незадовільно функціонуючий ринок у короткостроковій перспективі може мати високу якість (за відсутності альтернативного вибору). Більше того, право пацієнтів на вибір постачальника може означати, що необхідне втручання на неконкурентоспроможних ринках навіть за умов високої якості.

Екстерналії зазвичай інтерпретуються як витрати або вигоди від ринкових угод, що не виражаються у цінах. У сфері охорони здоров'я такі зовнішні ефекти, як правило, є позитивними, адже «споживання» медичної допомоги однією людиною може мати благотворний вплив на інших людей. Крім того, існує ціла галузь охорони здоров'я, яка стосується здоров'я громад в цілому. Вакцинація є одним із прикладів такого спіловер-ефекту, адже в разі, коли люди, які не отримують прямий імунологічний ефект, відмовляючись від вакцинації, опиняються в більш безпечному середовищі тих, хто вдається до неї. Загалом, будь-які витрати на охорону здоров'я, які несе індивід, приносять значні вигоди для суспільства з точки зору зростаючої продуктивності праці і внеску останнього у загальний добробут. Зовнішні ефекти також спостерігаються на стороні постачальника. Зокрема, вимоги до стандартизації товарів та пропонованих послуг можуть йти в розріз з інтересами постачальника, збільшуючи його потенційні витрати, втім зрештою призводять до поліпшення їхньої якості для споживача.

Існування таких зовнішніх впливів має важливі наслідки для ринків. Якщо — як це передбачається в теорії ринку — споживачі виходять виключно з власних інтересів при прийнятті рішення щодо вибору однієї із конкуруючих сторін, а постачальники медичних послуг виходять із власних потреб, то вірогідним стає ризик недоспоживання або недовиробництва. Відтак регулювання ринків послуг охорони здоров'я

може відбуватись: з боку попиту (шляхом стандартизації послуг, формування вимог до рівня набуті фахової освіти, впровадження систем захисту споживача); з боку пропозиції (шляхом створення ринку (з стимулами / без стимулів); шляхом розвитку ринку (з стимулами / без стимулів); шляхом виходу на ринок; шляхом управління постачальниками; з боку регуляторів (внаслідок ліцензування, де-ліцензування або іншого нормативного впливу).

Література.

1. Goddard M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? / M. Goddard // *International Journal of Health Policy and Management*. – 2015. – Vol. 4 (9). – P. 567–569.
2. Medical Devices Competitiveness and. Impact on Public Health Expenditure [Electronic resource] / F. Pammolli, M. Riccaboni, C. Ogliandolo, L. Magazzini, G. Baio, N. Salerno. – 2005. – Mode of access: http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/MD_Report.pdf
3. Herrick D. M. Medical Tourism: Global Competition in Health Care [Electronic resource] / D. M. Herrick. – 2007. – Mode of access: <http://www.recoverdiscover.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Medical%20Tourism%20-%20NCPA%20Report.pdf>
4. Gaynor M. Competition in Health Care Markets [Electronic resource] / M. Gaynor, R. J. Town. – 2012. – Mode of access: <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp282.pdf>
5. Dranove D. Differentiation and competition in HMO markets / D. Dranove, A. Gron, M. Mazzeo // *Journal of Industrial Economics*. – 2003. – Vol. 51(4). – P. 433–454.
6. Dranove D. Hospital consolidation and costs: Another look at the evidence / D. Dranove, R. Lindrooth // *Journal of Health Economics*. – 2003. – Vol. 22. – P. 983–997.
7. Is the impact of managed care on hospital prices decreasing? / D. Dranove, R. Lindrooth, W. White, J. Zwanziger // *Journal of Health Economics*. – 2008. – Vol. 27. – P. 362–376.
8. The MLN Boollet: Medicare and Medicaid Basics [Electronic resource] / U.S. Department of Health & Human Services. – 2017. – Mode of access: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/ProgramBasics.pdf>
9. Gubb J. Markets in health care. The theory behind the policy / J. Gubb, O. Meller-Herbert. – London: Civitas, 2009. – 70 pp.
10. Medicare Advantage 5-Star Rating of California Physician Organizations: Results & Highlights Measurement Year 2016 [Electronic resource] / Integrated Healthcare Association. – 2017. – Mode of access: https://www.iha.org/sites/default/files/resources/my_2016_medicare_advantage_5-star_reporting_results.pdf
11. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Electronic resource] / World Health Organization. – 2017. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=D541E44CB5B851B3549C2E4806F8A943?sequence=1>
12. Research scan: Competition in healthcare [Electronic resource] / The Health Foundation. – 2011. – Mode of access: <https://www.health.org.uk/sites/health/files/CompetitionInHealthcare.pdf>

References.

1. Goddard, M. (2015). “Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly?”, *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 4 (9), pp. 567–569.
2. Pammolli, F., Riccaboni, M., Ogliandolo, C., Magazzini, L., Baio, G. and Salerno, N. (2005), “Medical Devices Competitiveness and. Impact on Public Health Expenditure”, available at: http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/MD_Report.pdf (Accessed 15 Jan 2018).
3. Herrick, D. M. (2007), “Medical Tourism: Global Competition in Health Care”, available at: <http://www.recoverdiscover.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Medical%20Tourism%20-%20NCPA%20Report.pdf> (Accessed 16 Jan 2018).
4. Gaynor, M. and R.J. Town (2012), “Competition in Health Care Markets”, available at: <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp282.pdf> (Accessed 14 Jan 2018).
5. Dranove, D., Gron, A. and Mazzeo, M. (2003), “Differentiation and competition in HMO markets”, *Journal of Industrial Economics*, vol. 51(4), pp. 433–454.
6. Dranove, D. and Lindrooth, R. (2003), “Hospital consolidation and costs: Another look at the evidence”, *Journal of Health Economics*, vol. 22, pp. 983–997.
7. Dranove, D., Lindrooth, R., White, W. and Zwanziger, J. (2008), “Is the impact of managed care on hospital prices decreasing?”, *Journal of Health Economics*, vol. 27, pp. 362–376.
8. The U.S. Department of Health & Human Services (2017), “The MLN Boollet: Medicare and Medicaid Basics”, available at: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/ProgramBasics.pdf> (Accessed 18 Jan 2018).
9. Gubb, J. and Meller-Herbert, O. (2009), *Markets in health care. The theory behind the policy*, Civitas, London, UK.
10. The Integrated Healthcare Association (2017), “Medicare Advantage 5-Star Rating of California Physician Organizations: Results & Highlights Measurement Year 2016”, available at:

https://www.iha.org/sites/default/files/resources/my_2016_medicare_advantage_5-star_reporting_results.pdf
(Accessed 16 Jan 2018).

11. The World Health Organization (2017), “World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals”, available at:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=D541E44CB5B851B3549C2E4806F8A943?sequence=1> (Accessed 16 Jan 2018).

12. The Health Foundation (2011), “Research scan: Competition in healthcare”, available at:
<https://www.health.org.uk/sites/health/files/CompetitionInHealthcare.pdf> (Accessed 16 Jan 2018).

Стаття надійшла до редакції 20.01.2018 р.