

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
ЛУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ВАХОВИЧ І.М., МАЛІМОН В.В.

**РЕГІОНАЛЬНІ РИНКИ МЕДИЧНОГО
ТУРИЗМУ:
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ**

МОНОГРАФІЯ

ЛУЦЬК «ВОЛИНЬПОЛІГРАФ»^{ТМ}, 2013

УДК 911.3 : 614. 2(4/9)

ББК 65.25

В 22

Монографія спрямована на обґрунтування теоретичних і прикладних засад розробки механізмів формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні. Обґрунтовано сутність, передумови та інституціональне середовище формування регіонального ринку медичного туризму, виокремлено особливості його розвитку в розвинених країнах світу. Запропоновано методичні підходи до оцінки передумов формування регіональних ринків медичного туризму в Україні, що передбачає аналіз рівня сформованості медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем такого ринку. Результатом проведеного аналізу є виокремлення регіональних осередків формування ринку медичного туризму в Україні. Розроблено модель оцінки мультиплікативного ефекту від розвитку медичного туризму для регіональної економіки, обґрунтовано застосування інноваційних технологій при наданні туристичних послуг на регіональному ринку медичного туризму, доведена доцільність застосування кластерного підходу при формуванні та розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Видання передбачене для науковців, керівників та спеціалістів управлінських структур, медичних закладів та туристичного бізнесу, аспірантів, студентів вищих навчальних закладів.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Герасимчук З.В. – доктор економічних наук, професор Луцького національного технічного університету;

Мельниченко С.В. - доктор економічних наук, професор Київського національного торговельно-економічного університету;

Сторонянська І.З. - доктор економічних наук, старший науковий співробітник Інституту регіональних досліджень НАН України.

Схвалено до друку Вченою радою

Луцького національного технічного університету

Протокол № 6 від 31.01.2013 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ	6
1.1. Концептуальні засади формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму	6
1.2. Інституціональне середовище формування регіональних ринків медичного туризму	26
1.3. Особливості розвитку регіональних ринків медичного туризму в розвинених країнах світу	39
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПЕРЕДУМОВ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ	58
2.1. Методичні підходи до оцінки передумов формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму	58
2.2. Оцінка сформованості медичної підсистеми регіональних ринків медичного туризму	74
2.3. Оцінка сформованості туристичної підсистеми регіональних ринків медичного туризму	87
2.4. Оцінка сформованості інфраструктурної підсистеми регіональних ринків медичного туризму	92
2.5. Інтегральна оцінка сформованості регіональних ринків медичного туризму в Україні	108
РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ	112
3.1. Моделювання впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону	112
3.2. Інноваційні технології у забезпеченні конкурентоспроможності регіонального ринку медичного туризму	136
3.3. Використання кластерного підходу до формування регіонального ринку медичного туризму (на прикладі стоматології)	148
ВИСНОВКИ	158
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	160
ДОДАТКИ	173

ПЕРЕДМОВА

Економіка більшості країн світу характеризується розвитком сфери послуг, у якій важливе місце належить туризму. Очевидними є тенденції, за яких від класичного туризму відокремлюються нові, найрізноманітніші альтернативні види, зосередженість на яких дозволяє підвищувати дохідність туристичних послуг та, відповідно, вихід на нові ринки.

Одним із новітніх форм туризму, який акумулює значний соціально-економічний потенціал, є медичний. Цей вид туризму виконує низку функцій, серед яких першочергово слід відзначити виконання важливої соціальної функції з лікування та профілактики захворювань населення. Крім того, медичний туризм слід розглядати з позиції реалізації ним економічної функції, адже ця сфера є значним бюджетоутворюючим джерелом для регіонів, де він розвинутий, та генерує значний мультиплікативний ефект, дослідження якого є важливим науковим завданням регіональної економіки.

Розгляд питань, пов'язаних з вивченням проблем та перспектив розвитку ринку новітніх форм туризму, в т.ч. медичного туризму, механізмів його запровадження є предметом дослідження вітчизняних та закордонних дослідників, зокрема В.Бирковича, О.Грома, М.Гудзь, О.Джангірова, О.Димченко, О.Дудкіної, В.Євдокименко, В.Кицяка, О.Клименко, С.Мельниченко, Н.Свелеби, Т.Ткаченко, П.Пуцентейло, Т.Скоробагатої, В.Реутова, В.Федорова, М.Фурманека, С.Харічкова та ін. Питання розвитку регіонального ринку медичних послуг відображені у працях З.Герасимчук, І.Шевчук, Л.Шевчук та ін.

Проте наукові засади формування і розвитку регіонального ринку медичного туризму як передумови нарощення конкурентоспроможності територіальних суспільних систем, досліджені не у повній мірі. Тому на сучасному етапі розвитку регіональної економіки України нагальною проблемою є розробка теоретичних та прикладних досліджень у напрямку формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму, чому і присвячено дану монографію.

Найвагомішими теоретичними і практичними результатами монографії є: розроблено модель оцінки мультиплікативного ефекту від розвитку регіонального ринку медичного туризму для соціально-економічного розвитку регіону, яка передбачає два напрямки дослідження: з позиції понесення основних та додаткових витрат медичних туристів на території регіону та з позиції генерації прямих та опосередкованих соціально-економічних ефектів від розвитку такого ринку; обґрунтовано сутність медичного туризму шляхом

визначення місця медичного туризму у туристичній індустрії, відповідно до чого він розглядається як форма оздоровчо-лікувального туризму, для якої характерною є організація стаціонарного/амбулаторного розміщення туристів з метою поєднання послуг з лікування певного захворювання (на основі надання медичних маніпуляцій з забезпеченням результату лікування) та відпочинку (на основі пропозиції додаткових туристичних послуг), що дозволило здійснити поділ послуг медичного туризму на профілюючі (цільові) та забезпечуючі (інфраструктурні); розроблено методичні підходи до оцінки передумов формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму, які передбачають дослідження рівня сформованості медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем такого ринку, що дозволило виокремити потенційні регіональні сегменти формування осередків регіонального ринку медичного туризму в Україні; запропоновано типологію інновацій на регіональному ринку медичного туризму, яка передбачає їх виокремлення за: змістом інновації, часом (причиною) виходу на ринок, суб'єктом розробки, що дозволяє обґрунтувати пріоритети їх запровадження на такому ринку та деталізувати за стадіями надання послуг, зокрема стадією: залучення туристів, обслуговування туристів, надання медичних послуг та надання додаткових туристичних послуг; систематизовано фактори, що перешкоджають інноваційному розвитку регіонів України, та напрямків нейтралізації їх негативного впливу, що дозволило розробити інструменти стимулювання інноваційної активності на РРМТ, які поділено на фіскальні, розподільчі та організаційні, визначено особливості та кількісні параметри їх застосування.

Монографія складається з передмови, трьох розділів, висновків, додатків та списку використаних джерел.

Автори висловлюють щиру подяку рецензентам монографії за виявлений інтерес до роботи та цінні поради, які враховано при її написанні.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

1.1. Концептуальні засади формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму

У сучасному глобальному просторі доходи від туризму перевищують надходження від експорту товарів та за 50 років зросли у 300 разів – з 2 млрд. дол. США у 1950 році до 600 млрд. дол. США у 2000 р. [1, с. 17]. Дослідження Всесвітньої туристичної організації (ВТО) дають можливість стверджувати, що тенденції росту туристичної індустрії будуть зберігатися і надалі.

За дослідженнями Т.І. Ткаченко, нарощування обсягів виробництва та реалізації туристичного продукту, підвищення ролі туризму у формуванні макроекономічних показників узгоджується з національною стратегією економічного зростання, стабілізацією темпів приросту туристичного обороту на світовому ринку [2, с. 5].

Ріст ринку туристичних послуг зумовлений з одного боку, зростанням їх попиту, з іншого – ростом пропозиції. До причин зростання попиту варто віднести: зростання мобільності населення планети; збільшення доходів та зменшення вільного часу сучасної людини; підвищення стандартів життя в розвинутих країнах світу; відкритість зовнішнього світу (особливо відчутним є фактор для країн пострадянського простору); соціально-психологічну переорієнтацію населення на комфорт та пізнання культурних цінностей; посилення ролі туристичних послуг для підтримки іміджу особи, ін. Ріст пропозиції спричинений, в основному, розвитком підприємництва, зумовленим високим рівнем оборотності та рентабельності капіталу сфери, її конкурентним потенціалом.

Очевидними є тенденції, за яких від класичного туризму відокремлюються нові, найрізноманітніші альтернативні види і типи туризму, зосередженість на яких дозволяє підвищувати дохідність туристичних послуг та відповідно, вихід на нові ринки, в тому числі, міжнародні.

Одним з наслідків диверсифікації ринку туристичних послуг стало поширення туризму на інші сфери послуг (готельний, ресторанний, транспортний бізнес) та майже всі виміри буття людини. Виникають різноманітні спеціалізовані підприємства, що виробляють різні компоненти і види туристичного продукту; окремі види туризму набувають інституційного оформлення. Про це свідчить й поява великої кількості міжнародних асоціацій та федерацій, які об'єднують багатотисячних представників тих чи інших підприємств, що спеціалізуються на окремих видах туризму. Серед них можна

назвати: Міжнародну федерацію спортивного туризму, Міжнародну федерацію асоціацій з туризму на залізницях (1947 рік), Міжнародну готельну асоціацію (ІНА), Міжнародну асоціацію конгресного бізнесу (ІССА), Міжнародне бюро з соціального туризму (BITS), Міжнародне бюро молодіжного туризму (BITEJ) та ін. Існує навіть Міжнародна федерація журналістів, що висвітлюють інформацію про туризм (FIJET). Кількість подібних професійних об'єднань продовжує невпинно зростати [3, с. 28].

Одним із новітніх форм туризму, який акумулює значний соціально-економічний потенціал, є медичний. За даними Міжнародної медичної статистики (Medical Insights International), доходи від медичного туризму щороку зростають на 20%, при цьому річний оборот ринку сягає 40-60 млрд.дол. США [4]. Разом з тим, на сьогоднішній день, в Україні не набув належного розвитку медичний туризм, і відповідно, не сформовано його регіональних ринків. Виокремлення медичного туризму не знайшло відображення в законодавчому полі України, однак Всесвітньою організацією з туризму (World Tourism Organization), яка є базовою міжнародною організацією у цій сфері, медичний туризм визначено як одну із провідних його моделей.

Тому зупинимось на обґрунтуванні концептуальних засад та розкритті сутності регіонального ринку медичного туризму (РРМТ), визначимо передумови його розвитку в Україні. При цьому зазначимо, що формування РРМТ будемо розглядати як процес становлення такого ринку, тоді як його розвиток розглядаємо як збільшення за кількісними та покращення за якісними параметрами уже сформованих регіональних ринків.

Концепція формування та розвитку РРМТ, на нашу думку, повинна базуватись на систематизації теорій регіоналістики, оскільки розвиток такого ринку окреслюється певними територіальними межами, що зумовлює необхідність розробки методологічних засад його функціонування за теоріями регіонального розвитку. Основними *теоріями регіоналістики*, положення яких є визначальними для формування РРМТ, на нашу думку, є такі:

- *теорії розміщення* (І.Тюнєна, А.Вебера, В.Крісталера, Б.Беррі, М.Кастельє, У.Ізард, ін.), які визначають оптимальне розміщення осередків медичного туризму у регіоні, враховуючи низку факторів та умов (наявність кваліфікованого персоналу, матеріально-технічної бази, географічне розташування, інфраструктурне забезпечення тощо), що дозволить забезпечити ефективність функціонування регіонального ринку медичного туризму в цілому. Положення теорій розміщення стануть базовими при оцінці передумов формування РРМТ;

- *теорія полюсів росту* (Ф.Перру, Ж.Будвіль, П.Потьє, ін.), за якою регіональний ринок медичного туризму розглядається як потенційний

високоприбутковий сектор економіки, розвиток якого генеруватиме значний соціально-економічний ефект для регіону шляхом стимулювання розвитку суміжних до медичного туризму сфер. Положення теорій полюсів росту зумовлюють потребу оцінки мультиплікативного впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону в цілому;

- *теорія дифузії нововведень (Г.Мюрдаль, Т.Хагерstrand)* передбачає необхідність поширення інноваційних технологій на РРМТ, як необхідної умови його функціонування. Ця вимога є базовою для формування регіональних осередків медичного туризму в Україні, що зумовлено низькою інноваційною активністю економіки країни в цілому та медичної сфери зокрема. Положення теорії дифузії інновацій зумовлюють потребу розробки механізмів запровадження інноваційних технологій для забезпечення конкурентоспроможності регіонального ринку медичного туризму;

- *теорія геомаркетингу (А.Шоу, Л.Уелд, ін)*, яка визначає дослідження ринку медичного туризму у просторовому аспекті з позиції оцінки конкурентів, попиту та пропозиції послуг медичного туризму. Положення даної теорії зумовлюють потребу вивчення закордонного досвіду формування регіональних ринків медичного туризму та стають передумовою оцінки рівня їх сформованості в Україні.

У сукупності наведені теорії регіонального розвитку дозволяють виокремити методологічне спрямування дослідження механізмів формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні. Разом з тим, окрім теорій регіоналістики, формування та розвиток РРМТ визначають теорії розвитку туризму, серед яких виокремимо ті з них, які містять у положеннях просторовий аспект, зокрема:

- *теорію еволюції туристичного простору*, за якою розвиток регіону як туристичної дестинації відбувається циклічно і включає декілька етапів: експлорація, вступ, розвиток, консолідація, стагнація та занепад або відродження. Вихід на новий цикл розвитку туристичного регіону можливий за умови модернізації туристичних об'єктів, застосування інноваційних технологій. Важлива роль при цьому належить діяльності органів регіональної влади з підвищення привабливості туристичного регіону та залучення інвестицій у туристичну індустрію;

- *теорію відправної - приймаючої регіональної системи*, згідно якої регіон розміщення ринку медичного туризму (приймаючий регіон) слугує місцем зіткнення інтересів туристів з різних регіонів, а також туристів та місцевого населення. Відправною регіональною системою є країни та окремі регіони-постачальники туристів. Положення даної теорії зумовлюють потребу вивчення мотивів туристів відвідання медичних турів в регіонах України;

- *теорію туристичного простору*, згідно якої регіон, як туристична дестинація сформована з таких первинних (природних та історично сформованих матеріальних та духовних) та вторинних (інфраструктурних) туристичних елементів. Розгляд даної теорії через призму формування РРМТ зумовлює потребу виокремлення базових та інфраструктурних інститутів такого ринку;

- *теорію туристичної функції*, яка визначає причину приїзду в туристичний регіон, якою є суспільно-економічна діяльність, спрямована на обслуговування туристів та задоволення їх туристичних потреб [5]. Дана теорія розкриває вплив розвитку туризму на активізацію сфери послуг в регіоні, у якій туризм може виконувати головну, рівноправну, доповнюючу чи додаткову функцію. Положення даної теорії повинні бути взяті за основу при проведенні оцінки передумов формування РРМТ в Україні;

- *теорію територіальних рекреаційних систем*, що обґрунтовує взаємозв'язок між основними елементами туристичного регіону, як рекреаційної системи, зокрема: туристами, туристичними ресурсами (природними та антропогенними), інфраструктурою, персоналом у туризмі та установами, які управляють рекреаційною системою. Положення даної теорії стають базовими при формуванні кластерних угруповань як певного виду організаційної системи формування РРМТ;

- *теорію туристичної урбанізації*, положення якої дозволяють виокремлювати міські агломерації як осередки формування та функціонування регіонального ринку медичного туризму;

- *теорію функції туризму* (К.Пшецлавський), яка розкриває функції туризму та дозволяє їх систематизувати на позитивні та негативні. До функцій туризму відносяться функції: відпочинку, оздоровлення, виховну, економічну, навчальну, охорони природи, політичну, містоформуючу, етнічну, ін. Положення даної теорії є передумовою виокремлення медичного туризму серед інших видів туризму.

Систематизація теорій туризму дозволяє акцентувати увагу на необхідності дослідження передумов та виокремленні регіональних осередків формування РРМТ. Разом з тим, оскільки РРМТ формується під впливом інституціонального середовища, слід виокремити інституціональні теорії для розуміння сутності РРМТ, зокрема:

- *теорію інституціоналізму*, що дозволяє розглядати регіональний ринок медичного туризму як систему соціальних інститутів, що забезпечує його функціонування. На цій теорії базується розуміння сутності такого ринку та сукупність норм і правил його функціонування та розвитку;

- *теорію трансакційних витрат*, що дозволяє розглядати регіональний

ринок медичного туризму з позиції взаємовідносин, що постійно відбуваються на ньому та витрат, що їх супроводжують. Положення теорії стають передумовою обґрунтування організаційних систем формування РРМТ, зокрема застосування кластерного підходу при побудові такого ринку;

- *теорію прав власності*, яка визначає приватну власність як основну форму власності, що через зацікавленість у досягненні, забезпечує результативність діяльності на РРМТ;

- *теорію інформаційного суспільства*, яка відстоює необхідність розвитку сфери послуг, в тому числі високотехнологічних, що стає передумовою формування та розвитку РРМТ.

Окрім наведених вище теорій регіональної економіки, теорій туризму та інституціональних теорій, розвиток РРМТ забезпечують положення теорій конкуренції, які визначають умови формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму, в основному, з позиції використання ресурсного потенціалу регіонів. Основними теоріями конкуренції, які слід закласти в основу розвитку регіонального ринку медичного туризму, на нашу думку, є:

- *теорія абсолютних переваг*, яка обґрунтовує розвиток регіонального ринку медичного туризму на основі використання унікальних переваг надання медичних послуг на певній території, що визначається природно-кліматичними, професійними, інфраструктурними, інноваційними та іншими чинниками. Вивчення даної теорії при формуванні регіонального ринку медичного туризму дозволить сформувати напрямки розвитку медичного туризму певного регіону, використовуючи притаманні йому унікальні переваги;

- *теорія порівняльних переваг*, що визначає розвиток регіонального ринку медичного туризму на основі використання конкурентних переваг регіону порівняно з іншими. В першу чергу, до них відносяться співвідношення рівня цін на медичні послуги, рівня якості надання медичних послуг, рівня кваліфікації персоналу тощо. Базуючись на даній теорії, регіональний ринок медичного туризму може стати полюсом росту для регіональної економічної системи, що генеруватиме мультиплікативний ефект на інші сфери економіки регіону;

- *теорія конкурентних переваг*, яка обґрунтовує переваги регіону, який нарощує туристичну активність шляхом розвитку інноваційних видів туризму, в тому числі медичного. Генерація інновацій на регіональному ринку медичного туризму зміцнює його конкурентні позиції, що покращує позиціонування регіону у національному та міжнародному туристичному просторі. Використання теорії конкурентоспроможності при формуванні регіонального ринку медичного туризму дозволить підтримувати стійку тенденцію його розвитку;

- *теорія співвідношення факторів* характеризує рух вхідних та вихідних туристичних потоків регіону, що залежать від наявності та надлишку для них факторів розвитку регіонального ринку медичного туризму. Іншими словами, при наявності ресурсного потенціалу створення медичного туризму в регіоні, він виходитиме на національний, згодом – міжнародний рівень розвитку, при наявності такого потенціалу в іншому регіоні – ситуація зміниться на протилежну.

У сукупності наведені теорії конкуренції дозволяють виокремити умови формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні з позиції доцільності даних процесів.

Дослідження наведених теорій дозволяє виокремити особливості формування регіонального ринку медичного туризму та окреслити напрямки його розвитку, як потенційного високоприбуткового сектора регіональної економіки (табл. 1.1). Систематизація теорій регіонального розвитку, теорій конкуренції, теорій розвитку туризму та інституціональних теорій становить методологію дослідження процесу формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Відповідно до наведених вище теорій, зупинимось на обґрунтуванні сутності медичного туризму та регіонального ринку медичного туризму, адже за словами Б.М.Данилишина, вихідним серед методологічних засад є уточнення, збагачення змісту ключових понять, за допомогою яких можна найбільш повно охарактеризувати реальну дійсність [6, с. 8].

За дослідженнями З.В.Герасимчук, І.Б. Шевчук, у регіонах формуються різні групи споживачів медичних послуг, що мають специфічні потреби і вимоги до покращення і примноження здоров'я; відбувається зміна форм власності медичних закладів; виникають нові медичні установи з покращеним обслуговуванням населення, новим медичним обладнанням і методиками лікування; зростає готовність населення платити за медичні послуги; спостерігається неоднорідність у формуванні попиту і пропозиції медичних послуг у регіонах, що обумовлена регіональними чинниками тощо [7, с. 5].

В.Федоров медичний туризм розглядає як форму лікувально-оздоровчого туризму, що передбачає отримання медичних послуг, які надаються за межами звичної сфери проживання пацієнта у спеціалізованих медичних закладах (лікарнях, клініках, госпіталях, медичних центрах). Характерною особливістю медичного туризму є здійснення однієї або декількох взаємопов'язаних медичних маніпуляцій, спрямованих на лікування певного захворювання, що є первинною метою всього туру [8, с. 171]. Медичний туризм є своєрідним видом туризму, де існують об'єктивні конкурентні переваги над іншими видами.

Таблиця 1.1

Обґрунтування напрямків дослідження РРМТ на основі систематизації економічних теорій та концепцій розвитку*

Теорії та концепції	Характеристика теорій та концепцій з позиції формування РРМТ	Напрямок дослідження РРМТ
1	2	3
Теорії та концепції, що визначають розміщення та розвиток продуктивних сил регіону		
Розміщення (І.Тюнєна, А.Вебера, В.Крісталера, А.Льош, Б.Беррі, М.Кастельє, У.Ізард, ін.)	Визначають оптимальне розміщення осередків медичного туризму у регіоні	Положення теорій розміщення зумовлюють потребу оцінки факторів та передумов формування РРМТ
Полюсів росту (Ф.Перру, Ж.Будвіль, П.Потьє, ін.)	РРМТ розглядається як потенційний високоприбутковий сектор економіки, розвиток якого генеруватиме значний соціально-економічний ефект для регіону шляхом стимулювання розвитку суміжних до медичного туризму сфер	Положення теорії зумовлюють потребу оцінки мультиплікативного впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону в цілому
Дифузії нововведень (Т.Хагерстранд, Г.Мюрдаль)	Передбачає необхідність поширення інноваційних технологій на РРМТ, як необхідної умови його функціонування	Положення теорії зумовлюють потребу розробки механізмів запровадження інноваційних технологій для забезпечення конкурентоспроможності регіонального ринку медичного туризму
Геомаркетингу (А.Шоу, Л.Уелд, ін)	Визначає дослідження ринку медичного туризму у просторовому аспекті з позиції оцінки конкурентів, попиту та пропозиції послуг медичного туризму	Положення теорії зумовлюють потребу вивчення закордонного досвіду формування РРМТ та стають передумовою розробки засобів стимулювання попиту на його послуги
Теорії та концепції, що визначають розвиток туризму у регіоні		
Еволюції туристичного простору (Р.В. Бутлер)	Розвиток регіону як туристичної дестинації відбувається циклічно і включає декілька етапів: експлорація, вступ, розвиток, консолідація, стагнація та занепад або відродження	Положення теорії зумовлюють потребу модернізації туристичних об'єктів, застосування інноваційних технологій . Важлива роль при цьому належить діяльності органів регіональної влади з підвищення привабливості туристичного регіону та залучення інвестицій у туристичну індустрію

1	2	3
Відправної - приймаючої регіональної системи (Ж.Жафарі)	Регіон розміщення ринку медичного туризму (приймаючий регіон) розглядається як місце зіткнення інтересів туристів з різних регіонів, а також туристів та місцевого населення. Відправною регіональною системою є країни та окремі регіони-постачальники туристів	Положення теорії зумовлюють потребу вивчення мотивів туристів відвідання медичних турів в регіонах України
Туристичного простору (Й.Варшинська, А.Яцковський, С.Лішевський та ін.)	Регіон, як туристична дестинація сформована з первинних (природних та історично сформованих матеріальних та духовних) та вторинних (інфраструктурних) туристичних елементів	Розгляд теорії через призму формування РРМТ зумовлює потребу виокремлення базових та інфраструктурних інститутів такого ринку
Туристичної функції (Мальська М.П.)	Розкриває вплив розвитку туризму на активізацію сфери послуг в регіоні, у якій туризм може виконувати головну, рівноправну, доповнюючу чи додаткову функцію. визначає причину приїзду в туристичний регіон, якою є суспільно-економічна діяльність, спрямована на обслуговування туристів та задоволення їх туристичних потреб	Положення теорії повинні бути взяті за основу при проведенні оцінки передумов формування РРМТ в Україні
Територіальних рекреаційних систем (В.С.Приображенський, Ю.А.Веденіна)	Обґрунтовує взаємозв'язок між основними елементами туристичного регіону, як рекреаційної системи, зокрема: туристами, туристичними ресурсами (природними та антропогенними), інфраструктурою, персоналом у туризмі та установами, які управляють рекреаційною системою.	Положення теорії стають базовими при формуванні кластерних угруповань як певного виду організаційної системи формування РРМТ
Туристичної урбанізації	Дозволяють виокремлювати міські агломерації як осередки формування та функціонування регіонального ринку медичного туризму	Положення теорії є базовими при визначення регіональних осередків розвитку медичного туризму в Україні
Функцій туризму (К.Піщевський, ін.)	Розкриває функції туризму та дозволяє їх систематизувати на позитивні та негативні. До функцій туризму відносяться функції: відпочинку, оздоровлення, виховна, економічна, навчальна, охорони природи, політична, місто формуюча, етнічна, ін.	Положення теорії є передумовою виокремлення медичного туризму серед інших видів туризму

1	2	3
Інституціональні теорії		
Інституціоналізму (Дж. Гобсон, Т. Веблен, Дж. Коммонс, У. Мітчелл, Дж. Гелбрейт, Ф. Перру, ін.)	Дозволяє розглядати регіональний ринок медичного туризму як систему соціальних організацій, інститутів та інституцій, що забезпечує його функціонування	На теорії базується розуміння сутності РРМТ та сукупність норм і правил його функціонування та розвитку
Трансакційних витрат (Р.Коуз, О.Уільямсон, Дж. Стіглер, О.Вільямсон, М.Дженсен, У.Меклінг, Дж.Робертс, К.Далман, ін.)	Дозволяє розглядати регіональний ринок медичного туризму з позиції взаємовідносин, що постійно відбуваються на ньому та витрат, що їх супроводжують	Положення теорії стають передумовою обґрунтування організаційних систем формування РРМТ
Прав власності (Д. Юм, Дж.С. Мілль, Г.Госсен, В. Ойкен, Р. Коуз, А.Алчіан, Г.Демсетца, ін.)	Відстоює приватну власність як таку, що забезпечує зацікавленість у кінцевих результатах діяльності інститутів РРМТ	Положення теорії стають передумовою виокремлення приватної власності як пріоритетної для формування РРМТ
Інформаційного суспільства (Д. Белл, О. Тоффлер)	Положення теорії акцентують увагу на розвитку сфери послуг як пріоритетної у сучасних умовах	Положення теорії підтверджують доцільність розвитку РРМТ як ринку високотехнологічних послуг
Теорії конкуренції		
Теорія абсолютних переваг (А. Сміт)	Обґрунтовує доцільність формування та розвитку РРМТ на основі використання унікальних переваг надання медичних послуг на певній території	Положення теорії дозволяють виокремити регіональні осередки формування РРМТ та визначити підходи до ціноутворення на такому ринку
Теорія порівняльних переваг (Д.Рікардо)	Визначає розвиток РРМТ на основі використання конкурентних переваг регіону порівняно з іншими	Положення теорії є базовими при визначення регіональних осередків розвитку медичного туризму в Україні
Теорія конкурентних переваг (М.Портер)	Обґрунтовує переваги регіону шляхом розвитку інноваційних технологій на РРМТ	Положення теорії зумовлюють потребу розробки механізмів запровадження інноваційних технологій для забезпечення конкурентоспроможності РРМТ
Теорія співвідношення факторів (Елі Хекшер, Бертіл Олін)	Характеризує рух вхідних та вихідних туристичних потоків регіону, що залежать від наявності та надлишку для них факторів розвитку РРМТ	Положення теорії повинні бути взяті за основу при проведенні оцінки передумов формування РРМТ в Україні

*розроблено автором

Так, за соціологічними дослідженнями, проведеними науковцем Н.А.Свелебою, в результаті впливу фінансової кризи, економії підлягають майже всі статті сімейних бюджетів, за виключенням медичних послуг [9, с. 125]. Це свідчить не лише про соціальну необхідність, а й про економічну доцільність розвитку регіональних ринків медичного туризму, що дозволить наростити конкурентні переваги регіонів та підвищити рівень життя населення. За дослідженнями Інституту економіки Корельського наукового центру РАН [10, с.39], характер туризму як особливої соціально-економічної сфери розвитку суспільства при умілому управлінні може успішно поєднувати у собі і ринкові аспекти економічних зв'язків, і соціально орієнтовані цілі розвитку суспільства в цілому і окремих регіонів. При цьому соціальний аспект туризму повинен виступати як ціль, а ринковий аспект – як засіб її реалізації.

М.Фурманек появу медичного туризму (який науковець поєднує із спа-туризмом) пов'язує зі збільшенням тривалості та покращенням якості життя, розвитком технологій та медичних ноу-хау. За дослідженнями польського науковця, нові форми туризму, які розвиваються швидкими темпами, стали каталізатором економічного розвитку багатьох країн: на Далекому Сході (Індія, Малайзія), Середньому Сході (Йорданія, Ізраїль), в Латинській Америці (Аргентина, Бразилія, Коста-Ріка) [11, с. 359].

О.П.Джангиров розглядає медичний туризм як сферу «обслуговуючого (сервісного) виробництва» [12]. У цьому аспекті, О.В.Бабкін визначає оздоровчо-лікувальний туризм як діяльність, що базується на курортології та характеризується переміщенням резидентів чи нерезидентів у межах або за межами державних кордонів на термін не менший 20 годин і не більший 6 місяців в оздоровчих цілях, цілях профілактики різноманітних захворювань організму людини [12, с. 252]. На нашу думку, курортологію не слід розглядати основою формування медичного туризму, адже місцем перебування туриста не обов'язково є санаторії чи курортні зони відпочинку. Ними можуть бути і готелі, і агросадиби і інші місця стаціонарного перебування туристів. З іншого боку, перебування туриста на курорті з метою оздоровлення не відповідає задекларованій нами меті медичного туризму – викорінення захворювання. Тому нами відстоюється думка про виокремлення медичного туризму в окремий напрям лікувально-оздоровчого туризму.

В.К.Федоров у науковому дослідженні зосереджується на суті понять лікування та оздоровлення. Під лікуванням науковець розуміє комплекс заходів, спрямованих на полегшення, ліквідацію симптомів і проявів діагностованих порушень життєдіяльності, нормалізацію порушених процесів життєдіяльності. Оздоровлення при цьому розуміється як невід'ємна частина велнесу – комплексу впливів на організм з метою покращення і укріплення

здоров'я, що виходить за рамки лікування [8, с. 177]. Медичний туризм дозволяє поєднувати процедури, спрямовані на покращення фізичного здоров'я з відпочинком. Основна мета такого поєднання – найповніша реабілітація організму після медичних процедур [8, с. 179].

М.Фурманек припускає, що спа-туризм та медичний туризм можуть співіснувати та співіснують з іншими формами туризму. Поширеною є практика поєднання пропозицій з активного, ділового та пізнавального туризму [11, с. 359-366]. Базуючись на даному припущенні, спробуємо оцінити систему взаємозв'язків медичного туризму з іншими видами. Для цього, спершу обґрунтуємо місце медичного туризму серед видів туризму, базуючись на класифікації форм туристичної індустрії.

У найзагальнішому вигляді, виокремлюють види туризму, систематизовані у додатку А.1 [2; 14; 15; 16].

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що медичний туризм: є складовою оздоровчо-лікувального туризму; пріоритетною організаційною формою медичного туризму є міжнародний в'їзний туризм; для медичного туризму придатна його організація, що передбачає стаціонарне/амбулаторне перебування туристів у належних умовах; медичний туризм розраховано на туристів з різною географічною віддаленістю від місця постійного проживання; культурно-пізнавальні, екологічні, природні, зелені, активні, транспортно-екскурсійні, релігійні, спортивні та інші тури можуть розглядатись як додаткові функції медичного туризму; за тривалістю відпочинку, медичний туризм може розглядатись як одноденний, так і багатоденний.

На основі вищесказаного, медичний туризм будемо розглядати як форму оздоровчо-лікувального туризму, для якої характерною є організація стаціонарного/амбулаторного розміщення туристів з метою поєднання послуг з лікування певного захворювання (на основі надання медичних маніпуляцій) та відпочинку (на основі пропозиції додаткових туристичних послуг). У цьому аспекті доцільно здійснити поділ послуг медичного туризму на профілюючі (цільові) та забезпечуючі (інфраструктурні). До профілюючих віднесемо медичні послуги, спрямовані на ліквідацію захворювань, тобто входять у рамки лікування. Забезпечуючими вважатимемо послуги з відпочинку медичних туристів (рис. 1.1).

Потреба виокремлення медичного туризму в окрему форму оздоровчо-лікувального туризму зумовлена в першу чергу його специфічною ознакою – забезпеченням результату лікування, тобто характеризується завершеністю процесу лікування. Якщо мета оздоровчого туризму (велнесу), в основному, розглядається як профілактика певних захворювань та зміцнення здоров'я, то

мета медичного туризму більш конкретна і полягає у лікуванні хвороб та інших відхилень від здорового стану організму, у викоріненні захворювання, що і розглядається причиною приїзду у той чи інший регіон.



Рис. 1.1. Місце медичного туризму у системі оздоровчо-лікувального

Тому при розробці медичних турів особливу увагу слід приділяти тому, щоб туристу надали саме ті медичні послуги, які йому потрібні та не зашкодять його здоров'ю [17, с. 58].

Існує підхід, за яким медичний туризм розділено на певні угруповання в залежності від обсягу туристських груп, які подорожують з цілями оздоровлення та лікування (груповий або індивідуальний), його напрямів (лікувально-оздоровчий, профілактичний та еколого-пізнавальний) та характеру методів використання (нетрадиційні методи лікування та сучасні галузі лікування) [18].

З даним підходом ми погоджуємось частково. На нашу думку, безсумнівно медичний туризм слід виокремлювати за характером методів лікування. Разом з тим, дискусійним є підхід до поділу медичного туризму за напрямками на лікувально-оздоровчий, профілактичний та еколого-пізнавальний. На нашу думку, по-перше, медичний туризм є формою лікувально-оздоровчого туризму, а не навпаки; по-друге, еколого-пізнавальний туризм не може розглядатись як напрям медичного туризму, оскільки не

передбачає надання медичних послуг; по-третє, профілактичний туризм слід розглядати як форму оздоровчого туризму, оскільки не передбачає лікування захворювання.

У цьому аспекті і здійснено поділ послуг медичного туризму на профілюючі (цільові) та забезпечуючі (інфраструктурні). До профілюючих віднесено медичні послуги, спрямовані на ліквідацію захворювань, тобто входять у рамки лікування. Забезпечуючими вважаємо послуги з відпочинку медичних туристів.

Для виявлення сучасних особливостей та закономірностей розвитку ринку медичного туризму є вкрай важливим дослідження теоретичних засад його сутності та обґрунтування передумов формування регіональних ринків медичного туризму для забезпечення конкурентоспроможності регіональної економіки.

За словами О.Пустовойта, «ринок» є одним із найпоширеніших термінів, що використовуються в економічній науці для характеристики ознак економічних систем [19, с. 44].

Розглядаючи термін «ринок», можна виокремити принаймні три базові підходи до його дослідження, що базуються на розумінні ринку:

- як форми організації економічної діяльності людей (А.Сміт), що стало основою розгляду ринку як моделі поведінки покупців і продавців в умовах децентралізованого товарного обміну. За класичним підходом розгляду ринку увага зосереджується на конкурентній структурі ринку [19, с. 45];
- як соціального інституту, що здійснює вплив на його учасників через коливання у розмірі трансакційних витрат (неоінституціональна школа). Так, К.Макконелл та С.Брю розглядають ринок як інститут, що зводить продавців та покупців [20, с. 61]. О.Уільямсон, як економічний інститут розглядає ринок поряд з фірмами і контракціями [21, с. 48];
- як місця, де здійснюється масова купівля-продаж товарами (сучасні західні дослідники).

На нашу думку, підхід інституціональної школи є найбільш об'єктивним, адже передбачаючи взаємодію економічних суб'єктів при товарообмінному процесі, визначає роль ринкових інститутів при їх регулюванні. Досконалі ринкові інститути виступають у формі певних помічників для налагодження взаємодії цих суб'єктів, чим і сприяють зменшенню трансакційних витрат.

Особливостями розгляду ринку на основі інституціонального підходу є виокремлення та систематизація інститутів, що здійснюють певні функції у ринковому середовищі. До таких інститутів слід віднести інститути: власності, обміну, споживання, посередництва, конкуренції, ціноутворення та інші. У сукупності система цих інститутів дозволяє забезпечити функціонування такої

структури як ринок.

Розглядаючи ринок, що обмежений певними просторово-економічними параметрами, будемо вести мову про регіональний ринок, як частину внутрішнього ринку національної економіки, що об'єднує галузеві ринки товарів і послуг, на які є попит у даному регіоні. Виникнення такого ринку зумовлене певними сприятливими факторами для розвитку того чи іншого виду діяльності.

Розглядаючи регіональний ринок через призму розвитку медичного туризму, під регіональним ринком медичного туризму будемо розуміти систему взаємозв'язаних базових та інфраструктурних інститутів регіону, що сприяють створенню та забезпечують розвиток медичного туризму, як потенційного джерела нарощення конкурентоспроможності регіональної економіки за рахунок генерування вхідних туристичних потоків.

Виокремлення базових та інфраструктурних інститутів зумовлене поділом послуг медичного на профілюючі та забезпечуючі. Відповідно, соціально-економічними організаціями медичного туризму регіону є безпосередньо його юридичні та фізичні особи різних форм власності, предметом діяльності яких є надання послуг медичного туризму. Соціально-економічними інститутами є перш за все органи влади та місцевого самоврядування, функціями яких є сприяння розвитку та нагляд за діяльністю організацій медичного туризму у регіоні. Соціально-економічними інституціями є система норм і правил, що регламентують функціонування та розвиток медичного туризму у регіоні. Кожен з них виконує певну функцію щодо функціонування та розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Проводячи теоретичне дослідження регіонального ринку медичного туризму, не можна залишити поза увагою наукові погляди на розуміння дестинації, під якою Т.Ткаченко розуміє об'єкт (місто, регіон, район, місцевість, місце, заклад), що має туристично-рекреаційні ресурси (унікальні або специфічні), які є привабливими для подорожуючих, доступними завдяки наявності необхідної інфраструктури (зручності, послуги), доведені до споживача у формі сформованого та підготовленого до продажу туристичного продукту сучасними засобами маркетингових комунікацій (наявність логотипу, торгової марки тощо) в системі важелів інтегрованого управління суб'єктами господарювання [2, с. 65].

Тобто, дестинація характеризується водночас трьома основними позиціями: з геопросторової точки зору - це таксономічна одиниця, з економічної та маркетингової - це комерційна одиниця, з управлінської - це об'єкт управління [2, с. 66].

Гергішан А.К. туристичною дестинацією називає будь-яку місцевість, що

відповідає таким вимогам [22, с. 11]:

- ця місцевість володіє певним комплексом базових послуг, необхідних для прийняття туристів: є транспортні послуги, об'єкти громадського харчування відповідного рівня обслуговування;
- наявні природні, культурно-історичні і штучно створені для залучення відвідувачів ресурси, які створюють матеріальну основу її самобутності і неповторності;
- наявність на даній території організованої кооперації і взаємодії всіх соціально-економічних структур (підприємств, організацій, адміністративних органів) і населення з метою створення туристичного продукту;
- наявність певних інформаційних атрибутів (ідей, назв, логотипів, образів), які ідеологічно об'єднують всі вказані вище елементи в єдиний продукт і надають гостям території певне додаткове задоволення у процесі її відвідування.

Наведене дослідження дозволяє зробити висновок, що при розгляді регіонального ринку медичного туризму слід в основу розгляду регіону, як об'єкта такого ринку, покласти характеристику дестинації, що дозволить конкретизувати підходи до його обґрунтування.

Сфера медичних послуг в Україні залишається надмірно регульованою з боку держави, а механізми ринку – незадіяними, принаймні офіційно. У той же час, вона потерпає від проблем неефективного функціонування ринку [23, с.104]. Недофінансування даної сфери не дозволяє вести мову про якість медичних послуг та, відповідно, перспективність розвитку регіональних ринків медичного туризму на базі існуючих державних закладів.

Тому основним напрямком розвитку регіональних ринків медичного туризму нами виокремлено приватний сектор. Розділи медицини, у яких, на нашу думку, доцільно розвивати медичний туризм, подано у додатку А.2.

У таблиці наведені основні сфери, де формування регіонального ринку медичного туризму є найбільш економічно вигідним та соціально важливим. Однак серед найбільш перспективних медичних послуг, що надаються приватним сектором і спроможні забезпечити розвиток регіонального ринку медичного туризму в Україні, є, на нашу думку, стоматологічні послуги. За словами Д.Бікулова, стоматологія вважається найбільш розвинутою та високоякісною сферою медичної практики, адже саме ця галузь найпершою отримала можливість залучення приватного капіталу та надання платних послуг. У результаті існує невелика кількість стоматологічних відділень у комунальних клініках, що надають послуги за життєвими показниками або тим, хто не може платити. При цьому плата за послуги не надмірна, а навпаки,

відомі прецеденти, коли іноземні громадяни намагаються отримати послуги з протезування або лікування зубів саме в Україні, адже та сама послуга за кордоном коштує вдвічі дорожче [18]. Більше того, стоматологія є таким напрямом медичних послуг, що має стосунок швидше до якості життя, ніж до його захисту [18], що засвідчує доцільність розвитку регіональних ринків медичного туризму саме на даній сфері, яка, по-перше, спроможна забезпечити реалізацію підприємницької ініціативи для розвитку регіональних ринків медичного туризму; по-друге, здатна акумулювати потенціал стимулювання розвитку різних секторів туріндустрії.

Умовою розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні та її цільовим орієнтиром є насамперед залучення закордонних туристів, приплив яких акумулює значні вхідні фінансові потоки у регіон.

Залучення туристів у дану сферу базується на системі їх мотивів та зовнішніх стимулів покупки турів. Розглянемо рушії їх формування для категорії внутрішніх (вітчизняних) та зовнішніх (іноземних) туристів (додаток А.3).

Наведена схема, яка містить систему рушіїв формування мотивів відвідання медичних турів, дозволяє зробити висновок, що як і для внутрішніх, так і для зовнішніх туристів важливим при прийнятті рішення придбання медичного туру є, перш за все, фізіологічна потреба організму, конкурентоспроможність надання медичних послуг, умови проживання та харчування, можливість реалізації додаткових туристичних послуг, інформаційна підтримка медичного туризму, природно-кліматичні, історико-культурні, інфраструктурні та інші параметри регіону, як об'єкта формування ринку медичного туризму.

Зовнішні туристи, приймаючи рішення про купівлю медичного туру окрім наведених вище, зважають на співвідношення цін на надані медичні послуги, рівень соціально-економічної безпеки у регіоні, його економіко-географічне положення, умови перетину кордону, політичну ситуацію в країні, враження від отриманих туристичних послуг.

Разом з тим, основними мотивами відвідання медичних турів серед наведених вище, на нашу думку, є результативність (тобто якість надання медичних послуг) та спроможність (в т.ч. рівень цін на медичні послуги). Основними ж стимулюючими рушіями розвитку міжнародного медичного туризму, на нашу думку, все ж є: приваблива ціна, перелік послуг або надання більш кваліфікованої допомоги.

Наведена систематизація стимулів і мотивів відвідання медичних турів у внутрішніх та зовнішніх туристів дозволяє обґрунтувати пріоритетні напрямки забезпечення конкурентоспроможного регіонального ринку медичного

туризму. Такими пріоритетами, на нашу думку, є перш за все запровадження інноваційних технологій з метою забезпечення якості наданих послуг на регіональному ринку медичного туризму (визначатимуть мотиви туристів) та використання кластерного підходу при формуванні такого ринку (визначатимуть стимули туристів). Кластерні угруповання при цьому виступають як перспективна форма організації економічних відносин, що сприяє підвищенню конкурентоспроможності послуг РРМТ і розвитку території розміщення.

Відповідно до визначених мотивів та стимулів, зупинимось на обґрунтуванні чинників формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні, які сприяють чи, навпаки, гальмують його становлення. Під «чинником» («фактором») у найзагальнішому розумінні вбачають рушійну силу, причину, визначальну обставину явища (процесу) чи одне з його необхідних умов. Відповідно, чинники розвитку регіонального ринку медичного туризму слід розглядати як систему обставин та рушійних сил, що сприяють чи гальмують його становлення, визначають його динаміку та місце у регіональній економіці.

Методологічною основою визначення чинників розвитку регіонального ринку медичного туризму будуть слугувати наукові дослідження з проблематики, по-перше, виокремлення чинників розвитку туризму із врахуванням специфіки й особливостей такого його виду як медичний туризм, по-друге, дослідження чинників розвитку регіональних ринків, як об'єкта формування медичного туризму.

Т.І.Ткаченко виокремлює чинники зовнішнього та внутрішнього середовища функціонування суб'єктів господарювання у сфері туризму, які у сукупності забезпечують їх конкурентоспроможність [2, с. 256]. Ми погоджуємось з такою точкою зору, оскільки регіональний ринок медичного туризму формують суб'єкти господарювання, діяльність яких функціонує у внутрішньому середовищі при впливі зовнішнього. Такий поділ є доцільним також за умови поділу медичних туристів на внутрішніх та зовнішніх.

Гергішан А.К. [22, с. 15] виокремлює декілька груп чинників, що визначають ресурсні можливості дестинації оздоровчого туризму:

- природні, до яких віднесено чисельність населення і трудових ресурсів туристичної місцевості, соціальна і туристична інфраструктура, природні і антропогенні рекреаційні та інші ресурси, соціально-економічні та господарські зв'язки території дестинації;
- економічна місткість туристичного ринку дестинації, що визначається обсягом суспільних потреб економіки дестинації і обсяг ринкового попиту місцевого населення і туристів;

- фінансовий потенціал туристичної дестинації, які поділено на зовнішні (субсидії, субвенції, трансферти, засоби, отримані в результаті пільгового оподаткування господарюючих суб'єктів, засоби міжрегіональних програм, засоби міжнародного фінансування туристичних програм регіону і його суб'єктів, засоби зовнішніх інвесторів) та внутрішні (амортизація, місцеві податки, майно і прибуток комунальних підприємств, запаси товарно-матеріальних цінностей, ресурси заставно-страхових організацій).

Євдокименко В.К. [24, с. 19] до основних чинників розвитку туризму відносить такі, що поділено на групи: 1) соціально-економічні; 2) демографічні; 3) соціально-психологічні; 4) екологічні; 5) політичні. В доповнення до названих, В.В. Шмагіна та С.К. Харічков [25, с. 28] екологічні фактори замінює на ресурсно-екологічні. Окрім названих, Герасименко В.Г. [26, с. 58] доповнює чинники розвитку туризму матеріально-технічними і природно-географічними факторами.

Існує підхід науковців з виокремлення чинників розвитку туризму на позитивні (стимулятори) та негативні (дестимулятори) [27]. Чинники-стимулятори при цьому розглядаються як такі, збільшення впливу яких позитивно відображається на динаміці розвитку туризму, чинники ж дестимулятори розглядаються як такі, зростання впливу яких негативно відображається на рівнів розвитку туристичної індустрії. Розглядаючи чинники розвитку туризму через призму формування регіонального ринку такого його виду як медичний, чинниками-стимуляторами при цьому виокремимо сукупність економічних, соціальних, політичних, екологічних, інституціональних інструментів, що стимулюють розвиток такого ринку. До чинників дестимуляторів віднесемо таку ж сукупність інструментів, однак з протилежною дією впливу.

У даному напрямі, за словами Н.А. Свелеби та М.М. Бігуса, чинниками-дестимуляторами, тобто основними причинами невідповідності сьогоденного стану розвитку туризму природно-ресурсному, історико-архітектурному та рекреаційному потенціалам України є [9, с. 124]:

- недостатній рівень розвиненості безпосередньо мережі та об'єктів туристичної інфраструктури, їх невідповідність світовим стандартам, що зумовлено формуванням виробничої бази галузі ще за радянських часів з орієнтацією переважно на невибагливого туриста, тому серед об'єктів інфраструктури переважають великі комплекси зі значною концентрацією місць та низьким рівнем комфортності;

- незадовільний стан українських шляхів, адже одним із діючих засобів прискорення розвитку туризму в Україні є розвиток туристичної інфраструктури у мережі міжнародних транспортних коридорів (МТК). За

оцінками експертів, вона має найвищий в Європі коефіцієнт транзитності (з 13 тис. км автомобільних шляхів державного значення понад 9 тис. км є магістралями, зв'язаними з МТК). У даному напрямі – наявність доріг вважатимемо чинником-стимулятором, а їх стан - дестимулятором;

- відсутність скоординованої висококваліфікованої та грамотної системи дій з просування туристичного продукту України на світовий ринок, яка б давала відчутні результати. Проблеми виникають насамперед з рекламою вітчизняних курортів. Так, у 2007 р. у Національному бюджеті на рекламну кампанію України як туристичного об'єкта було передбачено 9,5 млн грн, отримано ж лише 5,5 млн грн, у 2008 р. заплановано 20 млн.грн, отримано не більше 12,5 млн грн. Тому абсолютно зрозуміло, що за кордоном дуже важко отримати інформацію як про саму Україну, так і про туристичні послуги, що в ній надаються;

- технологічна відсталість галузі. В Україні недостатньо застосовують туристичні технології, які в розвинених країнах набули ознак повсякденного вживання: електронні, інформаційні довідники щодо готелів, транспортних маршрутів і туристичних фірм з переліком і вартістю послуг, які вони надають; у світі практично всі довідники з туризму випускають в електронному, а більшість – у Internet-форматах, що дає їхнім користувачам змогу бронювати місця в готелях і на транспортні перевезення у режимі реального часу – „on-line”. Хоча варто відзначити, що останнім часом в галузі інформаційних технологій України спостерігається значне поживлення. Тому слід також активно використовувати цю можливість для наближення до виходу на світовий рівень обслуговування клієнтів;

- низький рівень обслуговування, зумовлений низькою кваліфікацією працівників галузі. На сьогодні в Україні лише починає формуватися система в галузі туризму для підготовки і перепідготовки кадрів, а також чіткі та адекватні світовим стандартам кваліфікаційні вимоги. Перші позитивні кроки у вирішенні цієї проблеми уже зроблено, поступово виникають відповідні навчальні заклади, але вони роблять лише перші кроки у цьому напрямку;

- відставання масштабів нормативно-правового та організаційного забезпечення туристичної діяльності, яке значною мірою пояснюється перманентною адміністративною реформою в Україні.

Поряд з цими проблемами, виникли додаткові труднощі, пов'язані з поширенням глобальних кризових явищ, що знайшли своє відображення на результатах діяльності туристичної галузі кінця 2008 – та початок 2009 рр.

Обґрунтованим є підхід Тропіної К.О. до дослідження чинників-дестимуляторів розвитку туризму, до яких віднесено негативні фактори [28]: економічного характеру; соціально-культурні; екологічні фактори;

кримінального характеру; ризику, що безпосередньо пов'язані з життям та здоров'ям туристів.

З такої позиції, варто звернути увагу на дослідження чинників розвитку регіонального ринку медичного туризму за ознакою гнучкості, тобто виокремити ті з них, які є квазіпостійними і не підлягають зміні, та ті з них, які змінюються залежно від суб'єктивних та об'єктивних впливів.

До квазіпостійних віднесемо чинники, які неможливо змінити для збільшення чи зменшення їх сили впливу на розвиток регіонального ринку медичного туризму. Їх можна розглядати як об'єктивні чинники, до яких слід віднести природно-ресурсний потенціал території, її екологічний стан, геополітичне розташування, наявність джерел мінеральних вод, лікувальних грязей тощо, збережену історичну спадщину та культурну самобутність тощо. Відповідно, до суб'єктивних чинників доцільно віднести ті з них, які підлягають зміні, і залежать, в основному, від людського чинника. До них відносяться стан здоров'я населення, рівень кваліфікації фахівців туристичної сфери та медицини зокрема, методи та засоби їх заохочення до активної та ефективної діяльності, рівень розвитку інфраструктури, систему інституціональних впливів, обсяги фінансових ресурсів, як потенційного джерела формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму, розширення міжнародних політичних, економічних, наукових, культурних зв'язків і співпраці, особливості паспортного і митного режиму, соціальна політика держави, ін. На нашу думку, навіть такий фактор як рівень техніки та технологій, що використовуються у медичній, туристичній та суміжних з нею галузях, визначається суб'єктивними чинниками, адже залежать в першу чергу від усвідомлення проблеми та її поступового вирішення суб'єктами такої індустрії.

Подібну точку зору можна зустріти у роботах Пуцентейла П.Р., Квартальнова В.О. та інших. Так, Пуцентейло П. Р. основні чинники, що впливають на розвиток туризму, розподіляє на дві групи: статичні і динамічні [30]. До статичних, які мають незмінне в часі значення, автор відносить природно-кліматичні, географічні, культурно-історичні фактори, а до динамічних факторів – демографічні, соціальні, економічні, культурні, науково-технічний прогрес, міжнародні фактори.

З позиції дослідження чинників розвитку регіональних ринків, варто виокремити підхід Дудкіної О.П., яка їх поділяє на чинники попиту та пропозиції [31, с. 9]. Розглядаючи такий підхід, чинниками попиту вважатимемо ті з них, що впливають на його формування, зокрема, цінові (що залежать від вартості туристичних послуг) та нецінові (рівень доходів, сезонність, наявність послуг-субститутів, інфляційні очікування, ін.).

Чинниками пропозиції також є цінові та нецінові (стан технології, ресурсне забезпечення, інфляційні очікування, рівень цін на інші товари та послуги, ін.).

Підсумовуючи наведене, можна зробити висновок, що чинники розвитку регіонального ринку медичного туризму різноманітні і тому їх слід класифікувати за певними ознаками.

Такими ознаками, на нашу думку, є:

- *ресурсний потенціал регіону*, відповідно до чого, доцільно виокремити природно-ресурсні, фінансово-економічні, соціальні, екологічні, інституціональні, політичні та геополітичні, культурно-історичні чинники розвитку регіонального ринку медичного туризму;
- *джерела походження*, що виокремлюють зовнішні (екзогенні) та внутрішні (ендогенні) чинники розвитку у відношенні до регіону;
- *характер впливу*, що визначають чинники стимулятори та дестимулятори розвитку регіонального ринку медичного туризму;
- *гнучкість*, що дозволяють виокремити квазіпостійні та змінні чинники впливу;
- *кон'юнктурна ознака*, за якою виокремлюються фактори попиту та фактори пропозиції розвитку регіонального ринку медичного туризму;
- *суб'єктивістська ознака*, за якою виокремлюються суб'єктивні та об'єктивні чинники розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Слід зазначити, що наведені чинники розвитку регіонального ринку медичного туризму певним чином пересікаються та є взаємодоповнюючими. Так, такий соціальний фактор як кваліфікація трудових ресурсів слід розглядати як суб'єктивний стимулятор розвитку, ендогенний за походженням, змінний за гнучкістю, фактор пропозиції за кон'юнктурною ознакою тощо. Взявши за основу ознаку класифікації чинників за ресурсним потенціалом регіону, схематично систему взаємозв'язків подано у додатку А.4.

Отже, розвиток регіональних ринків медичного туризму є потенційним високоприбутковим сектором економіки України, здатним акумулювати значний соціальний та економічний ефект та забезпечити інтеграцію України у європейські та світові глобалізаційні і гуманізаційні процеси.

1.2. Інституціональне середовище формування регіональних ринків медичного туризму

Світовий досвід показує, що одним з провідних факторів розвитку ринкових відносин та зміцнення конкурентних позицій регіонів, забезпечення функціонування регіональних ринків, є рівень розвитку інституціонального середовища.

Інституціональне середовище при цьому слід розглядати через призму певних органів влади, що, використовуючи сукупність наданих їм функцій та повноважень, регулюють соціально-економічні процеси у країні та її регіонах. Крім того, інституціональне середовище містить сукупність формальних та неформальних норм та правил, якими керується соціум для впорядкування процесів, що відбуваються у суспільних формаціях.

У сукупності елементи інституціонального середовища формують цілісну систему організації територіальних суспільних формацій, впорядковуючи взаємовідносини між індивідами, суб'єктами господарювання, владними структурами, забезпечуючи функціонування соціуму за певними правилами, традиціями та нормами.

Тому вивчення інституціональної теорії є фундаментальною основою формування ринкових відносин, в тому числі регіонального ринку медичного туризму.

За словами Волошина В.І., Гуменюка А.М., в Україні створилось деструктивне інституціональне середовище, яке призводить до неналежних показників економічного і соціального розвитку, існування соціальної нерівності, корупції. Усуненню цих недоліків, на думку науковців, сприятиме розвиток ефективних інститутів регулювання та інститутів ринкової інфраструктури (інформаційно-обслуговуючої, грошово-кредитної та торгово-посередницького сегменту) [32].

Інституціоналізм протягом останніх років набуває рис визначального напрямку економічної теорії, який поширюється як у країнах з ринковою економікою, так і в пострадянських країнах [33].

Бистрякова Ю. [34], базуючись на результатах роботи нобелівських лауреатів у галузі економіки (Акерлофа Дж., Канемана Д., Ероу К., М.Спенсера, Дж.Стіглиця), обґрунтовує необхідність застосування інститутів, що виникають внаслідок спонтанної самоорганізації. У даному аспекті акцентується увага на впливі людського фактора при забезпеченні організації соціально-економічних процесів. У розвинутому громадянському суспільстві це означатиме правову основу впорядкування інтересів господарюючих суб'єктів через договірні відносини.

Вчений Бортницький В.А. характеризує економіку незалежної України незавершеністю структурних реформ, зменшенням впливу соціальних інститутів [35, с. 63]. Роль соціальних інститутів є визначальною для формування регіонального ринку медичного туризму, адже позитивне сприйняття населенням регіону медичних туристів та сприяння розвитку даної сфери є його обов'язковою умовою.

Тому для створення ефективного регіонального ринку медичного туризму

необхідна належна інституційна структура, адже ринкові механізми не можуть працювати в невідповідному інституціональному середовищі.

Прихильники інституціонального підходу до розвитку економіки Ю.Петруня та О. Івашин відстоюють думку про доцільність виділення інституціональних чинників економічного розвитку з врахуванням сукупності соціальних змін [36, с. 26], які знаходять відображення у положеннях сучасної економічної теорії. При цьому науковці наполягають на рівнозначності інституціонального підходу та еволюційної економічної теорії, оскільки інституціоналізм відстоює інноваційний фактор у забезпеченні економічного розвитку.

Попри вагомий доробок у даному напрямі, існує об'єктивна необхідність реформування системи інститутів, які сприятимуть зменшенню витрат взаємодії економічних суб'єктів, ефективному використанню ресурсного потенціалу, інноваційно-інвестиційній активності, посиленню конкурентних позицій, а також встановленню оптимальної інституціональної структури економіки та суспільства [37].

Визначаючи інституції як соціальну організацію, що за допомогою традицій, звичаю або правових обмежень формує довготривалі рутинізовані схеми поведінки [38, с. 37], обґрунтуємо сутнісну характеристику інституціонального середовища формування регіонального ринку медичного туризму.

Дослідники С.О.Рибак та Л.Л.Лазебник [39, с. 36] інституційний підхід розглядають з позиції ролі та значення держави для забезпечення економічного розвитку, відстоюючи думку про неспроможність ринкового саморегулювання модернізувати національну економіку та важливість програмно-цільових технологій регулювання економіки. Розглядаючи ідею науковців через призму формування регіонального ринку медичного туризму, обґрунтовується доцільність дослідження функцій та повноважень регулюючих інститутів та виокремлення їх ролі у забезпеченні розвитку такого типу регіонального ринку, стимулювання його становлення в регіонах України.

Програмно-цільова технологія, за словами С.О.Рибак та Л.Л.Лазебника, дозволяє розглянути процес державного регулювання від постановки цілей, розроблення спектру ймовірних сценаріїв до окреслення контурів програм економічного розвитку згідно з обраним сценарієм. Програми мають стати діалоговою платформою партнерства влади і бізнесу, об'єднати суспільство навколо значущих ідей і сприяти інституційному розвитку [39, с. 37].

Науковець Славкова О.П. відстоює думку про необхідність розгляду інституціонального механізму як системи реалізації відносин власності [40, с. 36], що сприяє узгодженню інтересів та поведінки учасників процесів за допомогою економічних, соціальних, екологічних та правонормативних

складових.

Ключовими чинниками, на думку науковця, реформування інституціональних засад є створення функціонально повноважних інститутів, які стануть пріоритетними в реалізації державної політики щодо покращення умов життя в регіонах [40, с. 38].

Основоположники інституціоналізму зосереджують увагу при розгляді інституцій на сукупність норм і правил поведінки в суспільстві [41], при цьому інституціональне середовище розуміють як частину господарської системи регіону, що забезпечує її культурно-історичне й організаційно-нормативне функціонування в координатах, освоєних господарюючими суб'єктами [43], або сукупність базових соціальних, політичних та економічних правил, що обмежують людську поведінку [44, с. 287].

Базуючись на дослідженнях О.Іншакова та Д.Фролова [45], основними елементами інституціонального середовища формування та розвитку РРМТ вважатимемо інституції, інститути та організації, що дає можливість системно подати єдність форм економічних відносин — функціональних (інституції), структурних (організації) та генетичних (інститути).

При цьому *інституції* розглядатимемо як набори правил, які керують людськими взаємодіями [46], за Д.Нортом, - правила гри [47, с. 18-19]; *організації* – як системи колективної дії (підприємство, сім'я, церква, партія, парламент, банк, біржа, університет, казначейство, митна служба, страхове товариство, інвестиційний фонд тощо), за Д.Нортом, - гравці; *інститути* - як системи соціальних правил і норм взаємодії агентів, об'єднаних у сталу структуру на основі ефективного розподілу функцій у процесі спільної діяльності [45, с. 62].

За дослідженнями Васильціва Т.Г., Борщевського В.В., Флейчука М.І. [37], на рівні регіону особливу увагу необхідно приділяти розвитку «інститутів регулювання» та «інститутів ринкової інфраструктури», які складають органічну основу інституціонального середовища.

«Інститути регулювання», представлені як сукупність формальних правил і неформальних обмежень, в межах яких діють «інститути ринку» (тобто сукупність комерційних і некомерційних організацій). Інституціональний склад ринкової інфраструктури згідно домінуючої ознаки обслуговування ринків містить наступні агреговані групи інститутів:

- торгово-посередницька інфраструктура, як комплекс галузей і сфер діяльності, що забезпечують доведення товару до споживача;
- фінансово-кредитна інфраструктура – це розгалужена та взаєпов'язана мережа підприємств, які обслуговують процес обміну та руху грошової маси;
- інформаційно-обслуговуюча інфраструктура, представлена сукупністю

галузей і сфер господарства, які обслуговують основну ринкову діяльність.

Наведені підходи є обґрунтованими і зводяться, в принципі, до одного знаменника, що дозволяє інституціональне середовище регіонального ринку медичного туризму розглядати з позиції: дослідження норм, правил та обмежень розвитку РРМТ, тобто дослідження формальних та неформальних інституцій такого ринку; дослідження комерційних та некомерційних організацій, що пов'язані з його формуванням; дослідження інфраструктурних інститутів розвитку РРМТ, діяльність яких пов'язана з наданням трансакційних послуг на такому ринку. Відповідно до наведеного, структуру інституціонального середовища розвитку РРМТ подано у додатку А.5.

Розглянемо тенденції розвитку елементів інституціонального середовища функціонування РРМТ з позиції виявлення сприятливих та несприятливих впливів на його становлення та розвиток.

Для цього зупинимось на обґрунтуванні інституціонального середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму з позиції розкриття таких її елементів як:

- систематизація інституцій розвитку регіонального ринку медичного туризму з метою обґрунтування діючих норм та правил у даній сфері;
- дослідження організаційного середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму з метою обґрунтування діючих та потенційних учасників такого ринку;
- виокремлення ролі інфраструктурних інститутів у розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Правові інституції є синтезованим продуктом досягнутих у суспільстві компромісів, які хоча і не завжди сприяють розвитку регіональних ринків, проте є передумовою сприяння ефективності ринкових механізмів. Тому науковий пошук повинен бути спрямований на виявлення вад інституціональної системи та вмонтованих у неї механізмів, що гальмують чи стимулюють ефективну дію ринкової економіки чи ринкових відносин.

Враховуючи, що розвиток медичного туризму межує з двома сферами діяльності, зокрема, медицини (охорони здоров'я) та туризму, правове підґрунтя розвитку РРМТ розглядатимемо з двох позицій:

- з позиції регулювання сфери охорони здоров'я;
- з позиції регулювання сфери туризму.

Базовими правовими інституціями, які обґрунтовують формування РРМТ з позиції сфери охорони здоров'я є Конституція України, Закони України про охорону здоров'я, нормативні постанови Кабінету Міністрів України і накази МОЗ України, національні та державні програми в галузі медицини, міжнародні конвенції у даній сфері, вимоги та норми ООН, Всесвітньої організації охорони

здоров'я, Всесвітньої та Європейської медичних асоціацій. Саме в таких конституційних межах мають видаватися Укази Президента України у сфері охорони здоров'я. Щодо інших первинних норм, то вони мають встановлюватися Верховною Радою України, в т.ч. за проектами Президента України, який має право законодавчої ініціативи.

У загальному вигляді роль законодавства в забезпеченні здоров'я населення та в політиці охорони здоров'я можна визначити кількома функціями, які можна визначити та згрупувати (додаток А.6) [48, с. 35].

З часу проголошення незалежності, Верховна Рада України прийняла низку законодавчих законів у сфері охорони здоров'я населення, які є основою відповідного національного законодавства. Слід зазначити, що більшість серед них містить правові норми які визначають цілі, методи, завдання та форми державного управління і регулювання у цій сфері відносин. Крім Основ законодавства України про охорону здоров'я (ОЗОЗ), до таких актів слід віднести закони України “Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення”, “Про захист населення від інфекційних хвороб”, “Про лікарські засоби”, “Про донорство крові та її компонентів”, “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” та інші.

Проте вважати роботу з прийняття актів законодавства, що регулюють відносини у сфері охорони здоров'я, завершеною було б передчасно. Законодавство України про охорону здоров'я ще не набуло завершеного, системного характеру. Чекають своєї черги прийняття вже давно підготовлені законопроекти “Про гарантований державний рівень медичної допомоги”, “Про медичну діяльність”, “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування”, “Про багатокладність медичної допомоги”, “Про первинну медико-санітарну допомогу і сімейну медицину”, “Про спеціалізовану медичну допомогу”, “Про приватну медичну діяльність”, “Про профілактичну медичну діяльність”, “Про народну медицину”, “Про лікарське самоврядування”, “Про захист прав пацієнтів” та інші [49, с. 129-130.]. Проведене дослідження системи правових інституцій у сфері охорони здоров'я дозволяє зробити висновок про відсутність нормативно-правового забезпечення становлення РРМТ, адже в законодавстві України не сформовано термінологічних, нормативних та регулюючих засад такого ринку та його елементів зокрема. Термін «медичний туризм» не знайшов відображення в жодному з наведених правових інституцій.

При розгляді інституціонального забезпечення розвитку РРМТ слід зосередити увагу і на обґрунтуванні інститутів регулювання сфери охорони здоров'я, зокрема органів влади з виконання тих чи інших функцій. Для забезпечення наглядності, систему таких функцій зобразимо у додатку А.7 [50, 51].

Оскільки предметом нашого дослідження є розвиток регіонального ринку

медичного туризму, зупинимось на обґрунтуванні функцій регіональних органів влади щодо регулювання даної сфери на місцях.

Інституціональним підґрунтям регулювання даної сфери на регіональному рівні є підзаконні нормативні акти місцевого самоврядування та підзаконні нормативні акти місцевих органів виконавчої влади.

Підзаконний нормативний акт органів місцевого самоврядування – документ (постанова, рішення), що видається в межах компетенції органу, який містить норми права, обов'язкові для населення самоврядних територій, а також для установ і організацій, які здійснюють діяльність в межах цих територій. Це правовий акт громадського суспільства.

До цих актів належать постанови Верховної Ради АР Крим, рішення органів місцевого самоврядування (сільських, селищних, міських, районних, обласних рад), нормативні накази керівників відділів та управлінь виконавчих комітетів місцевих рад.

Особливістю актів місцевого самоврядування є їх територіальна обмеженість і самотійність в ухваленні рішень, які стосуються питань управління комунальною власністю, формування, затвердження і виконання місцевого бюджету, встановлення місцевих податків і зборів, здійснення охорони громадського порядку тощо.

Виконання актів місцевого самоврядування забезпечується заходами адміністративного впливу і захищається в судовому порядку.

Підзаконний нормативний акт місцевих органів виконавчої влади – документ (постанови, рішення), який видається в межах компетенції місцевого органу виконавчої влади (державної адміністрації), містить норми права, обов'язкові для установ і організацій, які здійснюють діяльність у межах цих територій, а також для населення відповідної території. Це правовий акт держави на місцевому рівні.

До цих актів належать постанови, рішення і розпорядження Ради Міністрів АР Крим, які є загальними в межах території АР Крим для всього населення і акти (розпорядження) місцевих виконавчих органів влади, які є обмежено-загальними.

Рішення місцевих державних адміністрацій, які суперечать Конституції і законам України, можуть бути (відповідно до закону) скасовані Президентом України або головою місцевої державної адміністрації.

Нормативні акти міністерств та відомств, а також відділів, управлінь, інших служб місцевих органів виконавчої державної влади, господарського управління і контролю, які стосуються прав, свобод і законних інтересів громадян або мають міжвідомчий характер вступають в дію лише після їх реєстрації у Міністерстві юстиції України або у відповідних управліннях

юстиції обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Таким чином, можна стверджувати, що на місцевому рівні регулювання сфери охорони здоров'я та розвитку регіонального ринку медичного туризму, зокрема, базується на Законах України, які слід розглядати базовою інституцією такого ринку.

Тобто, правове підґрунтя розвитку РРМТ з позиції регулювання сфери охорони здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я та інших прийнятих відповідно до них актів, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій. Вищий нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори [48, с. 72].

Слід зазначити, що існуюче на сьогодні інституціональне підґрунтя не сприяє формуванню РРМТ. У даному аспекті слід реформування сфери зосередити у трьох базових напрямках:

- удосконалення мережі, структури і функцій медичних закладів з позиції виокремлення інститутів медичного туризму (закладів охорони здоров'я, що надають послуги медичного туризму);
- запровадження стандартів медичної допомоги, що дозволить підвищити її якість (якість наданих послуг є базовою умовою розвитку медичного туризму у регіонах України);
- переглянути процедуру ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я з позиції включення у перелік їх діяльності послуг медичного туризму, що дозволить забезпечити контроль за їх якістю.

Правове підґрунтя розвитку РРМТ з позиції регулювання сфери туризму формують Закон України «Про курорти», Закон України «Про туризм», про музеї та музейну справу, Указ Президента України "Про заходи щодо розвитку туризму і курортів в Україні", Концепція розвитку санаторно-курортної галузі, Ліцензійні умови провадження туроператорської та турагентської діяльності. Державною службою туризму і курортів Міністерства культури і туризму України розроблено проект Концепції розвитку туризму і курортів в Україні. Концепції, стратегії та програми розвитку туризму є розробленими і діють

майже у всіх регіонах України.

Разом з тим, аналіз законодавства України у сфері туризму показав, що у ньому серед видів туризму не виокремлено медичного туризму, законодавство обмежується лише розглядом лікувально-оздоровчого виду. До того ж, особливостей надання послуг з того чи іншого виду туризму не наведено. Тобто правове підґрунтя розвитку РРМТ є недосконалим, що вимагає наукового обґрунтування його становлення. Першочерговим кроком для цього вважаємо запровадження процедури ліцензування такого виду туризму як медичний. Це зумовлено його соціальною спрямованістю та необхідністю забезпечення контролю за якістю наданих послуг.

Перейдемо до дослідження організаційного середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму з метою обґрунтування діючих та потенційних учасників такого ринку. Базовими інститутами ринку медичного туризму, на нашу думку, є заклади охорони здоров'я, які, згідно законодавства України, розглядаються як юридичні особи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремленим підрозділом, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [52]. До таких закладів з позиції розвитку РРМТ слід віднести: лікувально-профілактичні заклади, в основному, однопрофільні спеціалізовані (зокрема, дерматовенерологічна, інфекційна, косметологічна, наркологічна, отоларингологічна лікарня, лікарня відновного лікування, онкологічний, дерматовенерологічний, ендокринологічний, шкірно-венерологічний, кардіологічний диспансер, ін.); санаторно-курортні заклади (бальнеологічна лікарня (у т.ч. дитяча), грязелікарня (у т.ч. дитяча), дитячий оздоровчий центр, курортна поліклініка, міжнародний дитячий медичний центр, санаторій (у т.ч. дитячий, однопрофільний, багатoproфільний, спеціалізований), санаторій для дітей з батьками, санаторій-профілакторій); амбулаторно-поліклінічні заклади (зокрема, стоматологічні поліклініки). Перелік закладів охорони здоров'я затверджується наказом МОЗ України [53].

Оскільки регіональний ринок медичного туризму є специфічним видом ринку, що межує між двома сферами – охороною здоров'я та туризмом, базовими інститутами його розвитку є, окрім медичних закладів, туристичні організації.

Фактично наданням послуг туризму займаються спеціальні організації (туристичні фірми, бюро, агентства та ін.), тобто підприємства, установи, організації незалежно від форм власності, фізичні особи, що зареєстровані у встановленому чинним законодавством України порядку і мають ліцензію на здійснення діяльності, пов'язаної з наданням туристичних послуг [14]. Базові

туристичні інститути слід розглядати, з одного боку, з позиції туристичних агенцій, з іншого – з позиції туристично-рекреаційних об'єктів.

Базові медичні та туристичні інститути розвитку РРМТ є взаємозалежними та взаємодоповнюючими. Хоча заклади охорони здоров'я можуть частково взяти на себе функції з надання туристичних послуг без допомоги туристичних агентств, однак у такому випадку вони зобов'язані створити спеціальний відділ та отримати відповідну ліцензію. Крім того, оскільки медичний туризм передбачає і додаткові, окрім медичних, туристичні послуги, без професійних туристичних агенцій їх надання унеможлиблюється. Тому, у цьому плані можна виокремити різні варіанти співпраці між базовими інститутами такого ринку, однак усі вони базуються на поєднанні функцій з надання туристичних та медичних послуг.

Поруч з базовими, становлення та розвиток РРМТ забезпечують інфраструктурні інститути. Різниця між ними полягає у сукупності функцій, що виконуються ними для забезпечення ефективного функціонування такого ринку. До інфраструктурних інститутів регіонального ринку медичного туризму віднесемо систему державних, приватних і громадських інститутів (організацій і установ) і технічних засобів, що обслуговують інтереси базових інститутів, забезпечують їх ефективну взаємодію та регулюють рух туристичних потоків. Якщо базові інститути зосереджені на наданні медичних та туристичних послуг, то інфраструктурні інститути є обслуговуючими, допоміжними, функціями яких є надання посередницьких, інформаційних, транспортних, фінансово-кредитних та інших послуг. Сукупність інфраструктурних інститутів зумовлена факторами, що впливають на розвиток такого ринку.

Обмеженість застосування суто ринкових механізмів забезпечення розвитку медичного туризму у регіонах України, зумовлює виокремлення окремим елементом організаційного середовища органів державної та регіональної влади, що здійснюють регуляторний вплив на розвиток туристичної медичної індустрії. Основними їх функціями повинне бути стимулювання розвитку регіональних ринків медичного туризму та контроль за базовими інститутами такого ринку. Розмежування функцій з регулювання сфери туризму подано у додатку А.8.

Проведене дослідження дозволило виявити чітку лінійну організаційну структуру управління розвитком туристичної індустрії в Україні. Реалізація державної політики розвитку туризму покладена на Державне агентство України з туризму та курортів, яке безпосередньо підпорядковується Міністерству інфраструктури України. На регіональному рівні при облдержадміністраціях створено управління культури і туризму, основні

функції яких пов'язані з відродженням та розвитком традицій і культури української нації, етнічної і культурної самобутності національних меншин.

Вищенаведене дослідження дозволяє структурувати організаційні елементи інституціонального середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму (додаток А.9).

За словами Васильціва Т.Г., Борщевського В.В., Флейчука М.І., особливу увагу в процесі формування інституціонального середовища необхідно приділяти розвитку в регіоні інфраструктурним інститутам, основна діяльність яких пов'язана з наданням трансакційних послуг [37].

Зупинимось на обґрунтуванні інфраструктурних інститутів розвитку РРМТ, діяльність яких пов'язана з наданням трансакційних послуг на такому ринку і які здійснюють визначальний вплив на його розвиток.

Трансакційні витрати РРМТ є витратами формальної та неформальної взаємодії його базових інститутів між собою, з державою, іншими економічними суб'єктами такого ринку у процесах [54, с. 220]:

- 1) передачі права власності на активи, товари, послуги;
- 2) доступу до інформації, господарських ресурсів та ринків, ринкової інфраструктури, спеціальних прав і видів діяльності;
- 3) захисту права власності;
- 4) управління та експлуатації структур управління діловими відносинами в умовах недосконалого інституційного забезпечення.

Вони не пов'язані з процесом створення продуктів та послуг, проте забезпечують обслуговування процесів їх обміну.

В умовах недосконалого інституціонального середовища (в першу чергу зумовленого неефективною державною політикою) зростають трансакційні витрати, що визначаються взаємостосунками базових інститутів РРМТ з державними структурами. Така ситуація породжує недовіру до органів влади, знищує мотивацію підприємницької діяльності, стимулює породження тіньового сектора економіки, адже легальний сектор стає економічно недоцільним.

При покращенні ж інституціонального середовища рівень трансакційних витрат базових інститутів РРМТ зменшується, що стимулює розвиток такого ринку. Цьому сприяє зменшення корупції, бюрократизму, спрощення процедури отримання ліцензій, дозволів, погоджень, прав на надання послуг медичного туризму, сплати податкових платежів, підвищення доступу до інформації та економічних ресурсів.

За думку науковців [37], основними напрямками вдосконалення інституціонального середовища повинні стати:

- забезпечення захисту прав власності, особливо в умовах поширення

такого явища, як рейдерство, що серйозно дестабілізує вітчизняний бізнес та інвестиційний клімат;

- підтримка конкурентного середовища та рівність умов конкуренції;
- проведення заходів зі зниження ризиків ведення господарської діяльності;
- забезпечення зрозумілості, несуперечливості законодавства та виконання діючих правових норм;
- зниження рівня криміногенності та корумпованості регіональної економіки;
- усунення зайвого та неефективного адміністративного регулювання господарської діяльності;
- зміна соціальних норм сприйняття негативного відношення господарських суб'єктів до органів державної влади, боротьба зі стереотипним представленням про неможливість збереження формальних правил та націленості на активний пошук шляхів їх обходу;
- усунення суперечок між формальними і неформальними інститутами тощо.

На нашу думку, досягнення таких напрямків та одним із дієвих інструментів удосконалення інституціонального середовища розвитку РРМТ може стати запровадження інституціонального тристороннього партнерства, що уособлює у собі колективно-договірне регулювання стосунків у системі «держава - базові інститути РРМТ - громадянське суспільство» з чітким визначенням завдань та функцій кожної ланки для розвитку регіонального ринку такого типу.

Розглядаючи інфраструктурні інститути з позиції виконання покладених на них функцій з розвитку регіональних ринків в цілому, і медичного туризму, зокрема, такими інститутами будемо вважати:

- інститути організаційно-посередницької інфраструктури, функціями яких є створення умов для ділових контрактів суб'єктів РРМТ, сприяння матеріально-технічному забезпеченню і реалізації товарів і послуг. До них віднесемо біржі, аукціони, торговельно-промислові палати, сервісні центри, ріелтерські фірми, консалтингові, аудиторські та інші організації. Їх послугами користуються базові інститути РРМТ, в основному, на початку свого становлення;
- інститути науково-дослідницької інфраструктури РРМТ виконують функції з наукової підтримки медичного туризму і у сфері охорони здоров'я, і у сфері туризму. Такі інститути є генераторами інноваційних ідей розвитку РРМТ, що визначає його конкурентоспроможність;
- інститути фінансово-кредитної інфраструктури виконують функції з

забезпечення фінансової підтримки і кредитування базових інститутів РРМТ, обслуговування руху грошової маси на усіх етапах функціонування і розвитку РРМТ;

- інститути інформаційно-обслуговуючої інфраструктури виконують функції з маркетингового, інформаційного та рекламного обслуговування РРМТ та сприяють підвищенню оперативності, ефективності роботи суб'єктів такого ринку;

- інститути комунальної інфраструктури, як комплекс інститутів, служб, підприємств, організацій, що забезпечують доведення туристичної послуги до споживача. Посередницьке інфраструктурне забезпечення розвитку РРМТ визначається комплексом споруд, інженерних і комунікаційних мереж, у тому числі телекомунікаційного зв'язку, доріг, суміжні індустрії туризму підприємства, що забезпечують нормальний доступ туристів до туристських ресурсів, і їхнє належне використання, а також забезпечення життєдіяльності підприємств індустрії туризму. До них відносяться автомобільні шляхи і залізниці, вокзали і термінали, системи регулювання дорожнього, повітряного, річкового і морського руху, системи теплопостачання, електричні і телефонні мережі й інше.

Наведені складові інфраструктурного забезпечення РРМТ та комплекс їх функцій дозволяє розглядати її як одного із ключових інститутів розвитку РРМТ, що впливає на його привабливість для туристів і, відповідно, конкурентоспроможність.

Таким чином, розгляд інституціонального середовища розвитку РРМТ свідчить про відсутність правового підґрунтя розвитку медичного туризму у регіонах України. Особливістю формування інституціонального середовища РРМТ є те, що воно базується на перетині двох важливих сфер регіональної економіки – охорони здоров'я та туризму, відповідно до чого нами виокремлено базові, інфраструктурні та регулюючі інститути. Недосконалість інституціонального середовища розвитку регіональних ринків, в т.ч. ринку медичного туризму, спричиняє зростання трансакційних витрат, що визначаються взаємостосунками базових інститутів РРМТ з державними структурами. Така ситуація породжує недовіру до органів влади, знищує мотивацію підприємницької діяльності, стимулює породження тіньового сектора економіки.

Специфіка розвитку РРМТ з позиції інституціональної складової полягає і у тому, що медичний турист перш ніж користуватись пропонованими послугами, повинен ознайомитись з правовою системою країни, яка надає медичну послугу, адже при настанні негативних моментів, медичний турист може залишитись без можливості висунення законних претензій. Виявлені проблеми зумовлюють

потребу удосконалення інституціонального середовища розвитку РРМТ, як одного з перспективних напрямків розвитку регіональної економіки.

1.3. Особливості розвитку регіонального ринку медичного туризму в розвинених країнах світу

В умовах глобальної економічної конкуренції, яка стосується повною мірою як сфери торгівлі товарами, так і сфери послуг, феномен регіонального медичного туризму потребує ґрунтовного дослідження кращого закордонного досвіду з метою формування комплексного бачення факторів впливу та перспектив територіальної організації медичного туризму на регіональних рівнях в Україні.

Починаючи з 2007 року організатори Всесвітнього економічного форуму в Давосі (Швейцарія) публікують індекс конкурентоспроможності в туризмі (The Travel & Tourism Competitiveness Index), що засвідчує важливість сфери туризму для міжнародної економіки в цілому, адже він по праву вважається каталізатором соціально-економічного розвитку держави і вагомою частиною її зовнішньоекономічної діяльності. При цьому чіткою є тенденція відокремлення від „класичного” туризму нових альтернативних видів туризму, ретельна організація і спеціалізація яких збільшує їхню прибутковість та просторові межі.

Зазначимо, що структура даного індексу є комплексною і значною мірою вказує на сильні та слабкі сторони кожної з країн в цій сфері, що дає можливість в подальшому приймати відповідні рішення на національному та регіональному рівнях. В 2011 році лідерами рейтингу було визнано Швейцарію, Німеччину та Францію. Україна, втративши 8 позицій, опинилася на 85 сходинці зі 139 країн (між Намібією та Гватемалою), Росія – на 59, Грузія – на 73 [55]. На думку експертів, втрата позицій України в даному рейтингу не означає погіршення базових показників, адже в цілому „країна отримала таку ж середню оцінку, як і в 2009 році. Але туризм – це конкурентне середовище, і наші суперники розвиваються значно динамічніше” [56]. Серед основних груп показників, що застосовувались для оцінки, в сфері туристичного законодавства Україна займає 64 сходинку, за рівнем безпеки туризму – 82, за рівнем культурного та природного потенціалу – 118. Разом з тим, найбільш позитивною для України є оцінка за показниками групи „здоров’я та гігієна” – 17 місце, групи „доступність послуг туристичного ринку” – 20 місце. На нашу думку, така об’єктивна міжнародна оцінка прямо вказує на перспективи розвитку регіонального ринку медичного туризму в Україні, хоча водночас і потребує чітких та продуманих заходів з боку уряду для покращення за іншими

складовими.

Фахівці відзначають, що виникла нова сфера глобального конкурентного протистояння національних економік, оскільки медичний туризм за останні роки отримав статус одного з базових конкурентоспроможних елементів ефективної сервіс-орієнтованої економіки. Подальше ігнорування його соціальної значимості може обернутися для вітчизняної економіки невідновними втратами, що здатні загальмувати розвиток всієї національної системи охорони здоров'я та законсервувати її неефективні методи та інструменти [11].

Як ринкове явище, медичний туризм обумовлений дією ринкових сил (попит на медичні послуги стимулює їх пропозицію) і відбувається фактично за межами і без контролю організованої системи національної охорони здоров'я. Тобто, медичний туризм самотійно вирішує низку важливих проблем і завдань, породжуючи одночасно нові завдання. Зокрема, у розвинених країнах інтерес до організації і певної формалізації ринку медичного туризму є надзвичайно високим, що має наслідком створення відповідних міжнародних, національних та регіональних структур для координації процесу та розробки загальновизнаних підходів в цій сфері для забезпечення, насамперед, безпеки пацієнтів і формування стратегічних орієнтирів розвитку ринку.

Зростає інтерес представників медичного співтовариства та засобів масової інформації до сфери медичного туризму. Наприклад, з 2006 року стали з'являтися відповідні статті в рецензованих медичних журналах, а спеціальний комітет з проблем старіння Сенату США провів слухання з питань медичного туризму і закликав цільову групу експертів для вивчення впливу і безпеки більш дешевих систем охорони здоров'я за кордоном. З 2008 року в університеті Бреда (Breda University, Нідерланди) почала діяти міждисциплінарна програма MBA (Master of Business Administration) „Медичний туризм”, яку нині пропонують вже 14 навчальних закладів по всьому світу. Відома Інтернет-пошукова система Google на запит „медичний туризм” на початку 2012 року пропонувала 7,05 млн. посилань, тоді як у 2007 році – лише 1,1 млн. результатів. Тобто, можна стверджувати про п'ятикратне збільшення інформування лише Інтернет-аудиторії до проблематики медичного туризму.

Цікавим є той факт, що, незалежно від прийнятої у країні моделі охорони здоров'я і рівня економічного розвитку, у потенційних споживачів медичних послуг часто виникають значні труднощі для їх отримання. Тому досить низькими є оцінки медичної сфери представників як економічно високорозвинених держав, так і країн з економікою, що розвивається. За результатами проведених досліджень, серед мешканців англомовних країн

(США, Великобританія, Австралія, Нова Зеландія, Канада) виявлено приблизно такий же рівень незадоволеності системою охорони здоров'я, як і в Україні, незважаючи на суттєві відмінності моделей медичного забезпечення в цих країнах [58, 59]. Таке відношення населення до пропонованих медичних послуг призводить до появи значного нереалізованого попиту на послуги охорони здоров'я, який неможливо задовольнити в рамках окремої національної чи регіональної медичної системи і тому зумовлює рух громадян в рамках медичного туризму. Тому наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. відзначається „інтенсивне зростання комерційної активності в даній сфері, а транскордонні поїздки викристалізувалися в новий напрям туристичної індустрії” [60].

Причини незадоволеності громадян можуть полягати у так званій „недоступній доступності” певних необхідних або бажаних для них медичних послуг, що виражаються у конкретній цінності для особи співвідношенням результат/вартість. Першочерговими при цьому виступають *ціновий і якісний фактор*, які насамперед привертають увагу більшості дослідників цієї проблематики.

Дійсно, досить багато країн, що позиціонуються як осередки медичного туризму, пропонують медичні послуги-аналоги за значно нижчою вартістю порівняно із США та Великобританією, що підтверджують дані додатку А.10 [63].

Світова економічна криза посилила необхідність зниження витрат домогосподарств в більшості країн світу, і в даному контексті привабливою виглядає можливість зекономити на лікуванні від 20 до 80 %, що демонструють дані додатку А.11 [61, с. 12; 62].

Варто підкреслити, що невисока вартість надання послуг характерна для більшості країн пострадянського простору, в тому числі і України, а тому конкурентні переваги за вартісним фактором є очевидними.

Цінові розбіжності можуть бути настільки відчутні, що створюють напружену ситуацію для перспектив надання окремих видів медичних послуг, які займають важливе місце в американських планах розвитку національної системи охорони здоров'я [64].

Серед причин формування конкурентоспроможної вартості медичних послуг в медичних центрах країн, що розвиваються, розглядають „кореляційну залежність загального економічного стану країни та динамікою валового внутрішнього продукту даної країни”. Також доступності закордонної медичної допомоги сприяють низькі адміністративні і судово-медичні витрати відповідних медичних закладів. Адже, зокрема, професійна страхова премія відповідальності за дії хірурга складає в Індії близько 4% від тієї суми, яку сплачує хірург в Нью-Йорку. Разом з тим, варто наголосити, що при плануванні

витрат на здоров'я, в особі „повною мірою реалізується економічний раціоналізм” [65], тобто прагнення отримати бажаний результат (покращення стану здоров'я) переважає над необхідністю зекономити. Більшу вагу мають висока якість медичних послуг і відсутність мовного бар'єра. Тому часто відзначається, що медичний туризм залишається регіональним явищем, оскільки більшість медичних туристів обирають для лікування країни свого регіону, як, наприклад, 99% росіян. Проте, зважаючи на глобалізаційні процеси і домінуючу на даний час англійську мову як мову міжнародного спілкування (кожен п'ятий може на різних рівнях володіння розмовляти англійською мовою), практично в кожному медичному закладі країн-осередків медичного туризму є англомовні фахівці, а за потреби перекладачі на будь-яку іншу мову.

Оскільки кількість закладів, що прагнуть утвердитися на ринку медичного туризму стрімко збільшується, то слід відзначити актуалізацію питань контролю *якості* надання медичних послуг іноземним туристам. Досить часто одним із вирішальних і найбільш об'єктивних критеріїв при багатоваріантному виборі медичних установ зацікавленими суб'єктами є наявність у них міжнародної акредитації. Акредитаційні системи дозволяють оцінити в динаміці основні показники діяльності медичної установи: від якості медичного обслуговування до системи управління персоналом. У багатьох країнах акредитація медичних установ обов'язково проводиться на національному рівні спеціально уповноваженими органами (внутрішня акредитація). Проте нині, з метою залучення довіри іноземних пацієнтів і виходу на міжнародний ринок медичних послуг, медичні установи з високим рівнем обслуговування також намагаються отримати визнання міжнародними системами акредитації.

До найбільших і загальновизнаних *акредитаційних систем* можна віднести такі як: Joint Commission International (JCI); Trent Accreditation Scheme; Australian Council for Healthcare Standards International (ACHSI); Canadian Council on Health Services Regulation (CCHSA). На даний час найбільш престижним методом оцінки якості та організації медичного обслуговування на міжнародному рівні, в т.ч. і у сфері медичного туризму, вважається акредитаційна система JCI, так званий „золотий стандарт охорони здоров'я”, отримання якого є свідченням найвищої якості медичного обслуговування, безпеки пацієнтів, застосування правильних методів лікування та управління в медичній установі. Процедура акредитації займає декілька років і є досить високовартісною.

Система оцінювання JCI включає 197 основних стандартів, 368 загальних стандартів і 1032 додаткових показників. Серед таких стандартів [66]:

– стандарти управлінської діяльності медустанови;

–організація процесів самовдосконалення: як установа працює зі своїми помилками з тим, щоб вони не повторювалися;

–загальні та медичні етичні стандарти, що діють в даному закладі: як вищий менеджмент і співробітники лікарні застосовують індивідуальні та колективні етичні стандарти по відношенню до окремого пацієнта і до груп пацієнтів;

–якість і професіоналізм клінічного персоналу, включаючи рівень освіти і професійної підготовки: співробітники повинні пред'явити докази свого безперервного професійного навчання та росту;

–організація документообігу в медустанові: як фіксуються медичні записи в історії хвороби, як вони аналізуються;

–профілактика та реєстрація інфекційних ускладнень, санітарний контроль;

–свідчення надійної системи розгляду скарг пацієнтів, а також механізми справедливої компенсації втрат пацієнтів, якщо їхні претензії обґрунтовані.

Після успішного проходження JCI-акредитації та отримання сертифікату через 3 роки проводиться повторна оцінка основних показників діяльності медичної установи з метою їх підтвердження. Тому наявність у медичної установи сертифіката JCI-акредитації безумовно свідчить про високий стандарт якості послуг, комфорту і безпеки для пацієнта.

Загалом, акредитаційна система Joint Commission International представлена більше, ніж у 80 країнах світу, і кількість акредитованих медичних закладів постійно збільшується. Зокрема, в 2005 р. цей показник становив 75 закладів, у 2008 році – 200 закладів, а за результатами 2011 – наблизився до 500. Оскільки стандарт JCI є американським, то більшість закладів США проходять даний вид акредитації для правового функціонування одночасно як на національному, так і на глобальному ринку медичних послуг.

Тоді як за кордоном за кількістю акредитованих JCI медичних закладів лідером є Об'єднані Арабські Емірати, Туреччина та Саудівська Аравія (додаток А.12) [67].

Серед країн СНД лише в Російській Федерації у травні 2011 року вперше акредитовано один заклад (АТ „Медицина”, Москва), тоді як України нині немає навіть в переліку країн-партнерів JCI.

Разом з тим, за даними, відображеними на рисунку, відзначимо, що країни Сходу, Азії та Південної Америки домінують за кількістю акредитованих JCI медичних закладів. І саме вони сьогодні лідирують на ринку медичного туризму для споживачів медичних послуг з високорозвинених країн. Європейські клініки (за винятком Чехії та Угорщини) є менш задіяними у

залученні „масового” медичного споживача і акцентують на наданні ексклюзивних та високовартісних послуг. Проте інвестування у високотехнологічне обладнання і сучасні медичні інноваційні проекти, насамперед, у азійських країнах вже сьогодні дозволяє їм на рівних конкурувати з європейськими та американськими медичними закладами.

Як приклад, можна навести Сінгапур, представники медичної сфери якого вже зробили заяви про готовність конкурувати за найскладніші операції і дотримання при цьому адекватних цін за принципом „Дім вдалі від дому”. У країні функціонує Агентство з науки, технологій та досліджень, Бюро медичного туризму Сінгапура, Рада економічного розвитку і Міжнародна консультаційна рада, в яку входять науковці зі світовим ім'ям і лауреати Нобелівських премій. Держава активно підтримує розвиток медицини в Сінгапурі, фінансуючи наукові дослідження, залучаючи в охорону здоров'я інтелектуальний і промисловий капітал, щорічно виділяючи на ці потреби більше 1 мільярда сінгапурських доларів (близько 800 млн. дол. США) [68]. Податкові пільги та заохочення стимулюють багатьох гігантів фармацевтики та біотехнології переносити свої лабораторії та виробництва в Сінгапур. Гордістю країни є „Біополіс” – унікальний Міжнародний науково-технічний центр, найбільший в світі біотехнологічний кластер, в рамках якого працюють дев'ять НДІ біотехнологічної і фармацевтичної спрямованості, а штат співробітників нараховує близько 4 тис. дослідників. І завдяки високому рівню медичної допомоги, система охорони здоров'я Сінгапура є кращою в Азії і однією з кращих в світі, що також сприяє позиціонуванню Сінгапура як визнаного центру медичного туризму в світі, що у 2012 році планує залучити до 1 млн. медичних туристів. Більшість споживачів медичних послуг (до 80%) надають перевагу приватним медичним закладам, хоча свою діяльність успішно провадять і дві клініки державної форми власності, оскільки вони відповідають однаково високим стандартам, а вартість медичних послуг відрізняється несуттєво. Тоді як, порівняно з США, вартість медичних послуг може бути меншою у 2-3 рази, що, безумовно, сприяє зростанню потоку медичних туристів. Тому можна стверджувати, що Сінгапур демонструє надзвичайно високу ефективність медичного туризму, адже зумів поєднати високу за міжнародними стандартами якість надання медичних послуг при порівняній економії фінансових ресурсів для їх споживача.

Слід відзначити також інші причини, які зумовлюють активізацію руху медичних туристів в регіональному та міжнародному масштабі. Зокрема, медичні потреби туристів можуть бути пов'язані із маніпуляціями, які не включаються до обраних програм медичного страхування у власних країнах (кардіо- та нейрохірургія, трансплантація, пластична хірургія, стоматологія

тощо). У США поширюються випадки відмови лікарів з релігійних міркувань (наприклад, виконувати операції зі штучного переривання вагітності), а в багатьох інших країнах аборт є повністю забороненим на законодавчому рівні (Єгипет, ОАЕ, Ірландія, Чилі) або дозволений лише за винятковими медичними показами (Іспанія, Польща, Мексика, Аргентина, Бразилія, Ізраїль тощо). Жителі Канади чи Великобританії забезпечуються державним страхуванням, проте змушені протягом тривалого часу (від двох місяців до двох років) очікувати проведення необхідної процедури чи операційного втручання фахівців. В деяких країнах (в Сінгапурі, наприклад) санкціонованим є застосування методів лікування із використанням стовбурових клітин, тоді як в більшості країн світу ведуться гострі дискусії про їх доцільність і дозволеність. Існують також пацієнти, які вирішують скористатися медичним напрямком туризму з метою захисту приватності і конфіденційності їх потреб шляхом достатнього ступеня віддаленості місця медичного втручання (стосується пластичної хірургії зі зміни статі, реабілітації наркоманів тощо).

Таким чином, разом із безумовними вартісними та якісними перевагами медичного туризму, існує високий потенціал нереалізованих потреб осіб в медичній сфері внаслідок релігійних, соціальних або законодавчих обмежень при проведенні медичних процедур, які посилюються впливом часового фактора і стимулюють зростання попиту на послуги операторів ринку медичного туризму, адже альтернативою медичної послуги в своїй країні є її цільове отримання за кордоном.

Загалом, заклади ринку медичного туризму базуються на діючій мережі лікувально-профілактичних установ певного національного простору. Структура цієї мережі і закономірності її функціонування визначаються прийнятою в кожній конкретній країні системою охорони здоров'я. Існує кілька підходів до класифікації систем охорони здоров'я, з яких найбільш доцільною для даного дослідження, на наш погляд, є класифікація за типами джерел фінансування. Охарактеризуємо системи, які отримали найбільше поширення [69]:

- в США система охорони здоров'я заснована на принципах фінансування за рахунок страхових відрахувань роботодавців приватним постачальникам послуг охорони здоров'я;

- у Великобританії, Австралії, Новій Зеландії, Іспанії, більшості Скандинавських країн реалізується так звана модель Беверіджа, суть якої полягає в тому, що на ринку представлені як державні, так і приватні постачальники послуг охорони здоров'я, проте послуги, що надаються цими постачальниками, оплачуються державою, переважно за рахунок податкових надходжень;

- в Канаді (також ця модель прийнята в Південній Кореї, Тайвані) діє

національна страхова система, в основі якої покладено діяльність державної страхової організації, що оплачує надані приватним сектором послуги охорони здоров'я за рахунок відрахувань громадян;

- система охорони здоров'я в більшості країн СНД, що є спадкоємицею радянської системи (до якої відноситься і українська), побудованої на принципах моделі Семашка (найкращі результати реалізації цієї моделі отримані на Кубі, де ця система існує і розвивається до цього дня), яка передбачає державне фінансування державної охорони здоров'я, проте допускається як існування альтернативних форм організації діяльності, так і альтернативних форм оплати.

На основі проведеного дослідження можемо зробити висновок про латентну триєдність фінансового забезпечення надавачів медичних послуг (додаток А.13).

При цьому варто відзначити, що останні можуть провадити діяльність як на внутрішньому (регіональному і загальнодержавному) рівні, так і за кордоном. Очевидно, що держава не надає фінансової підтримки іноземним медичним закладам, які широко залучають медичних туристів, тоді як страхові організації можуть відшкодовувати вартість медичних послуг, що надані їх клієнтам в іноземних клініках, за певних умов.

Наприклад, в рамках реформи охорони здоров'я в США (*the Affordable Care Act*) передбачається, що до 2014 року всі крупні роботодавці (в яких працює більше 30 осіб) повинні забезпечити щомісячну виплату страхового внеску в рамках медичного страхування на кожного штатного працівника у розмірі 166,67 дол. США, що дозволить компаніям отримувати податкові кредити у розмірі до 35% страхових внесків, або платити штраф за відсутність страхового забезпечення працівників. Очікується, що запровадження реформи дозволить втричі скоротити кількість незастрахованих осіб в країні (з 49 млн. осіб до 16-19 млн. осіб) [70]. При цьому суттєве зростання кількості потенційних споживачів медичних послуг матиме наслідком додаткове навантаження на діючу систему охорони здоров'я, виникнення додаткових затримок і відтермінування надання медичних послуг. Також, ймовірно, скоротиться кількість страхових позицій (випадків) в укладених угодах внаслідок їх загальнообов'язковості. З іншого боку, за результатами звіту „The Downturn Shopper: Buckled in for a Wild and Crazy Ride, 2011” компанії „Symphony IRI Group”, 36% американців з метою економії коштів скорочують кількість візитів до лікарів і займаються самолікуванням [71], так само як і особи без офіційного працевлаштування, більшість яких не мають страхового забезпечення. Крім того, в країні проживає близько 110 млн. осіб, страхові поліси яких не передбачають покриття витрат на лікування важких хронічних

захворювань.

Тому вважається, що медичний туризм стане привабливою альтернативою очікуванню або самостійній оплаті медичних послуг для багатьох громадян США, а також для страхових компаній та роботодавців, які прагнутимуть забезпечити високоякісне медичне обслуговування і скоротити власні витрати шляхом надання деяких видів послуг у медичних установах за межами країни. Як підтверджує Президент Асоціації медичного туризму Рене-Марі Стефано, „роботодавці шукають способи зменшення медичних витрат на працівників і разом з тим змушені дотримуватися норм медичного страхування. І застосування медичного туризму дозволить принести користь як працівникам, так і їх роботодавцям” [72]. Подібна *корпоративна практика медичного туризму* вже існує. Наприклад, американська страхова компанія „Anthem Blue Cross and Blue Shield” уклала договір з „Apollo Hospitals” (Індія) про надання медичних послуг своїм майже 700 корпоративним клієнтам [73]. З іншого боку, компанії можуть додатково стимулювати підвищення продуктивності праці власних працівників шляхом планування їх оздоровлення за кордоном, тобто створювати так звані „екстра-стимули” [74].

Слід підкреслити, що нині саме США є найкрупнішим гравцем на ринку „вихідного” (експортного, *outbound*) медичного туризму. І, за даними компанії „Delloite”, очікується подальше збільшення кількості американців, що виїжджають за кордон з метою отримання медичної допомоги, що сприятиме збільшенню обсягу недоотриманих доходів локальними медичними установами (додаток А.14) [75].

Враховуючи, що медичний туризм дозволяє заощадити американським громадянам до 70% витрат на лікування в інших країнах (з урахуванням витрат на транспорт і проживання), то зростання цього сектора економіки, за даними компанії „Delloite”, протягом наступних років очікується на рівні 35% в рік, а вже в 2012 р. кількість американців, які виїхали за кордон з метою отримання медичних послуг, досягне 1,6 млн. У той же час реверсний потік буде значно меншим і досягне до 2017 р. лише 560 тис. пацієнтів. Окрім вартісного підґрунтя, існують суттєві візові обмеження, введені після терактів у Нью-Йорку, внаслідок яких відзначалося скорочення ринку медичних послуг у США з 1,4 млрд. доларів у 2000 році до 700 млн. доларів в 2008 році. Фактично, це означає, що як мінімум на 700 млн. доларів медичні послуги в рамках медичного туризму надаються іншими країнами, більш лояльними до іноземних туристів.

Таким чином, проведене дослідження ринку медичних послуг дозволяє розрізняти два основних зустрічних потоки медичних туристів:

- 1) із високорозвинених країн з якісною системою охорони здоров'я у

країни з нижчим рівнем життя з метою отримання медичних послуг за нижчою вартістю і в короткі терміни очікування. Переважно це представники середнього класу, які або не мають страхового полісу, або їх страховий договір не покриває витрати на бажаний вид медичних послуг (косметична хірургія, стоматологія, репродуктивне лікування тощо), або їх не влаштовують терміни очікування, або для яких важливим аспектом є конфіденційність обслуговування. Окремим перспективним напрямом для даного потоку туристів може бути надання медичних послуг на корпоративних засадах (як складова соціального пакету підприємства або страхового забезпечення). Характерною при цьому є наявність обмежених фінансових ресурсів, яких цілком достатньо для придбання медичних послуг за певними напрямками медичного туризму, проте недостатньо для отримання аналогічних послуг на регіональному рівні;

2) з країн низького рівня розвитку системи охорони здоров'я у високорозвинені країни з метою отримання висококваліфікованої медичної допомоги при серйозних захворюваннях, що загрожують життю або нормальній життєдіяльності людини (онкологічне лікування, оперативне хірургічне втручання, трансплантація органів тощо). В даному випадку, однозначним критерієм виступає високий і гарантований рівень якості медичного обслуговування. Разом з тим, створення в цих країнах ультрасучасних медичних центрів з відповідним персоналом сприятиме скороченню зовнішнього вихідного потоку туристів і їх регіональній міграції.

Слід відзначити, що наслідки конкуренції для обох типів країн в сфері медичного туризму є позитивними, оскільки носять стимулюючий характер. Для приймаючої країни економічні наслідки медичного туризму можуть включати:

- прибуток, який вноситься від медичного туризму в валовий внутрішній продукт країни;
- дохід лікарів і медичних установ від обслуговування іноземних туристів;
- прибуток туристичних організацій;
- створення нових робочих місць;
- опосередкований вплив медичної сторони туризму на розвиток інфраструктури і підвищення доступності та якості медичного обслуговування для місцевого населення;
- видатки на супутні послуги (транспортне забезпечення, проживання, харчування, екскурсійні та розважальні програми) тощо.

Тоді як „відтік” потенційних споживачів медичних послуг за кордон сприятиме подальшому покращенню медичного обслуговування навіть в

найбільш розвинених країнах світу, проте відбуватиметься поступове здешевлення базових медичних послуг і уніфікація підходів до медичного обслуговування на міжнародному рівні.

Зокрема, нещодавно фахівцями Американської медичної асоціації (*American Medical Association – AMA*) було розроблено перелік з 9 ключових *принципів*, яких повинні дотримуватися працедавці, страхові компанії та інші суб'єкти ринку медичного туризму, які організовують або мають намір активізувати медичне обслуговування пацієнтів за межами країни (США). У відповідному керівництві (*AMA Guidelines on Medical Tourism*), зазначено [76]:

- медичне обслуговування за межами країни повинне бути *добровільним*;
- фінансові стимули для отримання медичної допомоги за межами країни не повинні лімітувати діагностичні і терапевтичні альтернативи, які запропоновані пацієнтам, або обмежувати опції лікування;
- отримувати медичні послуги за межами країни слід тільки в *установах*, відповідним чином *акредитованих* міжнародними регуляторними органами;
- при цьому надання послуг локальними медичними установами повинно бути відповідно скоординовано і профінансовано з метою забезпечення *безперервності* надання медичної допомоги;
- страховий договір для поїздки за межі США з метою отримання медичних послуг повинен включати витрати на наступний догляд після повернення;
- *пацієнти* повинні бути *поінформованими* про свої права і механізми правового захисту, перш ніж виїдуть за межі країни з метою отримання медичних послуг;
- пацієнти повинні мати можливість ознайомитися з дозвільними документами на роботу лікарів і діяльність медичної установи, а також доступ до результатів проведеної діагностики;
- передача медичної документації пацієнта повинна проводитися відповідно до принципів Акту про медичне страхування (*Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA*);
- пацієнти повинні бути ознайомлені з інформацією про потенційні *ризики*, які несе поєднання хірургічних процедур і тривалих перельотів або активного відпочинку.

При цьому Всесвітня туристична організація (ЮНВТО) рекомендує країнам максимально широко використовувати інформаційні та комунікаційні технології для вдосконалення процедури подачі заяви, оформлення та термінів видачі віз, а також проаналізувати можливий вплив спрощення туристичних формальностей на розширення їх економіки туризму. Генеральний секретар

ЮНВТО Талеб Ріфаї підкреслює, що „спрощення туристичних формальностей тісно пов'язане з розвитком туризму і може бути ключовим фактором посилення попиту. Ця область має особливо важливе значення в той час, коли уряди прагнуть стимулювати економічне зростання, але не мають можливості широко використовувати фінансові стимули або державні інвестиції” [77].

Важливо, що використання сучасних комунікаційних технологій значно зменшує інформаційну асиметрію між надавачами і потенційними споживачами медичних послуг як на регіональному, так і на міжнародному рівні. Можливість інтернет-обміну інформацією та дистанційне консультування дозволяють здійснювати акцентування для туристичних категорій з різними запитами і фінансовими ресурсами, тобто структурувати пропозицію в глобальному масштабі шляхом „мікросегментування” ринку медичного туризму.

Цьому значно сприяє формування специфічної інфраструктури глобального ринку медичного туризму, до якої можна віднести:

- різноманітні організації і об'єднання в сфері медичного туризму, серед яких: Асоціація медичного туризму (Medical Tourism Association), Європейський Альянс медичного туризму (European Medical Tourism Alliance, EEIG), Міжнародна Асоціація медичного туризму (International Medical Travel Association, IMTA), Міжнародна Асоціація медичної допомоги подорожуючим (International Association for Medical Assistance to Travellers, IAMAT), Рада з всесвітньої інтеграції охорони здоров'я (Council on the Global System of Healthcare, CGIH), Асоціація посередників туристичного страхування (Association of Travel Insurance Intermediaries) тощо;

- акредитаційні структури, зокрема, Міжнародне товариство з якості в сфері охорони здоров'я (The International Society for Quality in Health), Товариство міжнародної акредитації систем охорони здоров'я (The Society for International Healthcare Accreditation);

- агентства медичного туризму (компанії медичного менеджменту, медичні провайдери), що займаються специфічними аспектами надання медичних послуг за кордоном (індивідуальний підбір клініки, переклад документів, візова підтримка, трансфер, супровід тощо), діяльність яких побудована на спеціальних знаннях в сфері менеджменту глобальної охорони здоров'я і ринку медичного туризму міжнародного рівня, передбачає прямі контакти з іноземними клініками, наявність співробітників з медичною освітою і знанням іноземних мов;

- класичні туристичні оператори (міжнародні, національні, регіональні), що працюють переважно за напрямками SPA-туризму та check-up-туризму (діагностика, обстеження) і пропонують попередньо розроблені стандартні

пакети медико-туристичних послуг;

- страхові компанії, серед пропозицій яких є продукти з можливостями оздоровлення клієнтів за кордоном;

- засоби масової інформації, спеціалізовані веб-сайти та PR-компанії.

Слід зазначити, що, окрім тенденцій розширення кількості суб'єктів та інфраструктури ринку медичного туризму, надзвичайно важливе значення належить інструментам державного регулювання та стимулювання розвитку цієї високоприбуткової сфери.

Зокрема, діюча концепція охорони здоров'я Європейського Союзу ґрунтується на гаслі „Пацієнти без кордонів”. Для практичного її втілення у 2008 році в ЄС було проголошено директиву про права пацієнтів у транскордонному забезпеченні медичними послугами, мета якої – створення офіційного механізму для існування єдиної системи охорони здоров'я [78]. На практиці Європейським Судом, за поданням болгарського суду, було прийнято рішення про право відповідача, без отримання попереднього дозволу, вимагати від національної страхової компанії відшкодування вартості операції в іншій країні ЄС. Такий прецедент може стати першим практичним кроком на шляху до розробки механізмів для подальшого спрощення транскордонного пересування як споживачів, так і надавачів медичних послуг, а також зростання якості і доступу на європейському ринку медичного туризму.

З набранням чинності Лісабонської угоди у 2009 році туризм став сферою пан'європейської політики, тобто завдання полягає у створенні сприятливого підприємницького клімату для малих та середніх підприємств туристичного бізнесу та надання політиці туризму статусу таких же загальноєвропейських ініціатив, як, наприклад, зменшення забруднення навколишнього середовища або екологічність сільського господарства. Серед інших завдань, поставлених Лісабонською угодою, виділяється підвищення ступеня ефективного захисту прав споживачів і рівня стандартизації туристичних продуктів з врахуванням множини мов, норм і існуючих правових систем, а також стимулювання впровадження інновацій в якості основного фактора глобальної конкурентоспроможності в сфері туризму. Варто підкреслити, що інноваційні процеси в більшості випадків пов'язані з крупними інвестиційними вкладеннями, переважно з приватного сектору, а тому часто є елементом стратегічних планів розвитку туристичних провайдерів, діяльність яких стимулюється державою податковими інструментами та важелями. Зокрема, в Хорватії податок на додану вартість для більшості товарів та послуг складає 22%, проте окремі туристичні послуги звільняються від сплати даного податку. Крім того, застосовуються додаткові стимули для капіталовкладень залежно від розміру інвестицій і рівня забезпечення роботою певної кількості персоналу.

Інвесторам, що знаходяться в зонах Спеціального Державного захисту, корпоративний податок на додану вартість складає від 5% до 15%, і надаються спеціальні привілеї. Польський туристичний бізнес також має найнижче оподаткування – 7% проти 22% для інших видів бізнесу, для деяких видів інвестицій введено систему прискореної амортизації. У ряді країн, серед яких – Іспанія і Греція, інвесторам туристичної сфери надається пільговий податковий режим шляхом зниження податку з обороту. В Греції урядом розроблена система знижок для туристичних компаній, які здійснюють прийом в несезонний період. У деяких європейських країнах туристичні організації користуються пільговими тарифами на комунальні послуги. Варто підкреслити, що інвестиційні стимули для розвитку медичного туризму в ЄС, як правило, торкаються окремих регіонів і рідко мають національний масштаб, а залучення на урядовому рівні реальних іноземних інвесторів знаходить своє вираження „в теплих словах підтримки” і фактично є досить проблематичним [79].

У 2010 році в ЄС було прийнято так звану Мадридську декларацію, яка фокусує увагу на екологічній, культурній та економічній стійкості туризму на основі скоординованих дій зі сторони держав-членів ЄС в партнерстві з міжнародним співтовариством з метою підтримки статусу Європейського союзу як ключового туристичного напрямку. В Декларації підкреслюються процеси старіння населення Європи, які матимуть наслідком розширення меж традиційних сезонних періодів для туристичного руху і тісно пов'язані з ринком медичного туризму, наголошується на масштабних перспективах розвитку виїзного туризму з таких країн як Росія, Індія та Китай, а тому нова політика видачі віз для громадян цих країн повинна враховувати зміни ринкової ситуації з метою уникнення штучних бар'єрів обмеження попиту на туристичні послуги.

Загалом, процеси в сфері транскордонної інтеграції охорони здоров'я у Європі в перспективі призведуть до уніфікації стандартів лікування та методів оплати, покращення якості та доступності медичних послуг. Не зважаючи на існуючу критику щодо високих ризиків медичного туризму та недостатньої упорядкованості логістичного процесу надання таких послуг, очевидним є те, що „медичний туризм суттєво змінює територіальну організацію системи охорони здоров'я Європи” [80] і перебуває під вираженою політикою протекціонізму більшості країн-членів ЄС.

Керівництво азійських країн також приділяє значну увагу розвитку медичного туризму, адже медичний туризм розглядається як фактор мультиплікативного впливу на соціально-економічну сферу країни. При цьому досить масштабними є інвестиційні проекти за державної підтримки. В Сінгапурі збудовано Біополіс, Південна Корея виділила 232 мільйони доларів

на будівництво на острові Чеджу так званого Міста здоров'я, на території якого розташовані суперкомфортабельні готелі поруч із найсучаснішими клініками й діагностичними центрами, бутиками, розкішними пляжами, полями для гольфу тощо. За прогнозами, головні гравці на ринку медичного туризму, серед яких Індія, Таїланд, Сінгапур, зможуть досягнути у 2012 році зростання доходів у цій сфері до 17%. До конкурентної боротьби активно намагається долучитися Китай, в арсеналі якого багатовікова практика традиційної китайської медицини поруч з сучасними західними технологіями, що вже нині приваблює близько 200 тис. медичних туристів щороку. Варто враховувати прогнози зростання внутрішньорегіонального туризму, насамперед, в таких країнах як Китай (курортні регіони Бейдайхе, Далянь) та Індія, зважаючи на їх значні територіальні межі та покращення економічного становища місцевого населення.

Серед країн пострадянського простору активно долучилась до міжнародного ринку медичного туризму Білорусь, яка у 2010 році на експорті медичних послуг отримала близько 16 млн дол США, а протягом 2011-2015 років планується його зростання у 5 разів. З цією метою Національною програмою розвитку експорту Республіки Білорусь на 2011–2015 роки передбачено створення сучасної інфраструктури ринку медичних послуг, підвищення якості медичної допомоги. Зокрема, розробляються єдині стандарти надання медичної допомоги і нормативи оснащення медичних установ різних типів, розширюється участь організацій охорони здоров'я республіки у виставкових заходах за кордоном. Розроблено перелік платних медичних послуг на основі впровадження високотехнологічних видів медичної допомоги, що виконуються з використанням складних і унікальних медичних технологій і їх вартість є високо конкурентоспроможною навіть порівняно з Україною в окремих сегментах. В країні діють спеціалізовані портали в сфері медичного туризму (www.103.by, www.infodoktor.by/default.aspx), які дозволяють отримати достовірну та максимально розгорнуту інформацію про можливості та вартість лікування в усіх медичних закладах країни. За медичними послугами до Білорусі найчастіше звертаються громадяни Росії, України, Прибалтики, Польщі (їх частка в першому півріччі 2012 року становила 93,4%). Для іноземних туристів, в'їзд до країни яких обмежується візовим законодавством, на підставі договору, укладеного з клінікою, видаватимуться короткострокові візи для лікування з одностороннім пониженням вартості віз (нині для громадян США вартість візи складає 320 доларів, ЄС – 180 євро). На даний момент у іноземців найбільш затребуваними є наступні напрями медицини: стоматологія, хірургія (насамперед, пластична), урологія, гінекологія, косметологія, психотерапія і неврологія. І, варто

підкреслити, що розвиток високотехнологічної медичної допомоги в Білорусі відбувається не тільки на базі республіканських спеціалізованих медичних центрів, але і в регіонах (Гомельська, Могильовська, Вітебська області). Наприклад, ендопротезування тазостегнових і колінних суглобів здійснюється у всіх обласних організаціях охорони здоров'я, міжрайонних центрах і навіть деяких центральних районних лікарнях країни.

Щодо стану ринку медичного туризму у Російській Федерації, то його можна охарактеризувати близьким до вітчизняного, оскільки відсутнє комплексне бачення стратегічного розвитку на державному рівні, цінова категорія є досить прийнятною і різниться за регіонами (дорожчими є послуги в європейській частині РФ), загальнодержавні проекти інфраструктурного оновлення медичної сфери малоефективні.

Загалом, темпи зростання глобального ринку медичного туризму становлять, за різними оцінками, від 15% до 30%. З метою отримання медичних послуг у 2010 році різні країни світу відвідало понад 3 млн. медичних туристів. Наприкінці 2010 року глобальна індустрія медичного туризму оцінювалась в 78,5 млрд. дол. США з очікуваним досягненням у 2012 році позначки у 100 млрд. дол. США (за результатами дослідження консалтингової компанії „Frost & Sullivan”). При цьому, ймовірно, збережеться певна спеціалізація країн-лідерів на ринку медичного туризму в основних регіонах кожної країни, що наведено у додатку А.15.

Отже, в більшості розвинених країн світу відзначається державне регулювання ринку медичного туризму на рівні окремих регіонів-осередків, яке визначається цілями, що поставлені перед державними органами, а також засобами та інструментами, якими наділені державні органи управління туризмом в регіоні при здійсненні їх економічної політики [82].

Головним напрямом підвищення ефективності у цій сфері є зростання цілеспрямованої активності органів влади регіонального рівня, які повинні сприяти розвитку індустрії медичного туризму і адаптації даного виду бізнесу до умов економічної ситуації в країні, а також забезпечувати стабільність і конкурентоспроможність медико-туристичного комплексу регіону.

Економічною метою сучасної державної політики в сфері туризму можна вважати перетворення його в конкурентоспроможний, інноваційний, стійкий і високоприбутковий сектор національного господарства, що цілком співпадає з економічними імперативами розвитку сучасного ринку туристичних послуг [65]. За умов ринкової економіки в розвинених країнах світу це може передбачати:

- інформування учасників ринку медичного туризму про стан економіки країни в цілому і окремих видів економічної діяльності, зокрема, та довго- і

короткострокових перспектив їх розвитку;

- обґрунтування найважливіших позицій економічної політики, яку збираються здійснювати державні структури в сфері медичного туризму на певному етапі розвитку економіки країни;

- проведення заходів з розвитку державного сектору на ринку медичного туризму регіону;

- сприяння і активна участь у цільовій розбудові інфраструктури медичного туризму в регіонах зі значним медико-туристичним потенціалом;

- сприяння залученню приватного капіталу в сферу медичного туризму шляхом податкового і фінансово-кредитного стимулювання.

При цьому об'єктами державного регулювання регіонального ринку медичного туризму вважаються ті процеси чи відносини в сфері надання медичних послуг, нормальне функціонування яких ринковий механізм забезпечує незадовільно, або не забезпечує взагалі [83]. Серед них можна виокремити реалізацію конкретних регіональних цільових програм, заходи із пропорційного розвитку спеціалізованого медичного туризму в різних регіонах країни. До основних інструментів, що використовуються на практиці державної підтримки ринку регіонального медичного туризму за кордоном, слід віднести:

- адміністративні (сертифікація, акредитація, стандартизація, візові процедури);

- законодавчо-правові (нормативно-правові акти та документи, що регламентують діяльність суб'єктів ринку);

- фінансові (податкові, кредитні, митні, інвестиційні, тарифні важелі).

Варто наголосити, що навіть за умов відсутності прямої фінансової підтримки суб'єктів або інфраструктурних об'єктів ринку регіонального медичного туризму, державним структурам у цій сфері слід здійснювати широкомасштабну інформаційну підтримку шляхом формування чітких державних програм зі зміцнення іміджу країни, створення та просування її туристичного бренду з акцентами на унікальності і перевагах медичного туризму в окремих регіонах країни (як у Німеччині, Ізраїлі, Індії тощо). Необхідністю є також окреслення і контроль ключових вимог до забезпечення безпеки медичних туристів та дотримання відповідальності за результати. Адже потік медичних туристів у світі однозначно матиме тенденцію до зростання як в міжрегіональному, так і в міждержавному вимірі. Цьому сприятиме сукупний вплив потужних факторів, сутність яких коротко охарактеризовано у додатку А.16 [84, с.16; 85, с. 25; 86; 87, с. 3; 88; 89].

Як зазначає Джангіров О.П., „під впливом глобалізаційних процесів відбувається універсалізація технології ринку туристично-оздоровчих послуг, яка передбачає єдність нормативів, стандартів і регламентів медичних

процедур” [65], і одночасно вказує на основні напрями цільових програм регіонального рівня щодо формування регіонального ринку медичного туризму.

На основі проведеного дослідження, ключовими компонентами, які забезпечують регіональний розвиток ринку медичного туризму в регіонах-лідерах глобального масштабу, можна вважати:

- вигідне географічне розташування регіону;
- розвинена транспортна і сервісна інфраструктура регіону, що відповідає міжнародним стандартам;
- наявність в регіоні визначних і цікавих туристичних осередків, можливостей організації індивідуальних туристичних маршрутів з врахуванням стану здоров'я споживача медичних послуг;
- відносно невисока оплата праці населення регіону, в тому числі, на ринку медичного туризму;
- мінімальні бюрократичні, адміністративні та візові перепони для доступу на ринок медичного туризму іноземних учасників;
- збалансоване поєднання в діяльності закладів медико-туристичної сфери найбільш поширених медичних послуг (стоматологія, пластична хірургія, ортопедія, кардіо-лікування) з певними спеціалізованими і рідкісними сервісними послугами (бонусні SPA-процедури, акцент на сімейному відпочинку тощо);
- відповідність закладів, що функціонують на ринку медичного туризму, міжнародним стандартам якості шляхом проходження і підтвердження акредитації (JCI, TAS тощо);
- високий потенціал регіону щодо високваліфікованих медичних фахівців (навчання або стажування за кордоном, володіння іноземними мовами, успішна медична практика шляхом застосування інноваційних медичних технологій тощо);
- чітке законодавче та нормативно-правове підґрунтя для усіх видів діяльності суб'єктів ринку медичного туризму;
- максимально своєчасне та достовірне інформаційне забезпечення щодо діяльності (спеціалізації, рівня кваліфікації персоналу, умов і вартості надання послуг тощо) суб'єктів регіонального ринку медичного туризму потенційних споживачів медико-туристичних послуг, в тому числі, через он-лайн сервіси мережі інтернет (інформування, анкетування, віртуальне консультування, попередній запис тощо);
- функціонування закладів на регіональному ринку медичного туризму за принципом реінжинірингу, тобто „неперервного їх розвитку як системи в процесі надання комплексу послуг і просуванні нових напрямів діяльності шляхом розширення і модернізації наявних послуг, їх інформаційного

забезпечення” та удосконалення [90];

- загальне позитивне політичне і соціально-економічне середовище в країні та її регіонах-осередках медичного туризму;
- комфортні послуги зв'язку, інформації, доступність фінансово-кредитних банківських послуг в регіоні тощо.

Таким чином, ринок медичного туризму за кордоном має чітку тенденцію до зростання, оскільки це конкурентоспроможний і високоприбутковий сегмент світового ринку послуг, а тому стратегічна інтеграція регіонів України з високим потенціалом розвитку медико-туристичних послуг в глобальну туристичну систему є закономірною необхідністю. Тому зі сторони регіональної влади та органів місцевого самоврядування доцільним є певний протекціонізм, що матиме своє вираження у системі преференцій, пільговому оподаткуванні і наданні фінансово-кредитних стимулів для нарощення і використання потенціалу регіональних ринків медичного туризму в Україні.

РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПЕРЕДУМОВ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

2.1. Методичні підходи до оцінки передумов формування та розвитку РРМТ

Ефективне формування та розвиток регіонального ринку медичного туризму є неможливим без комплексного аналітичного дослідження, яке повинне передбачати визначення методичного інструментарію оцінки передумов формування та ефективного функціонування РРМТ та виділення узагальнених показників, що дозволять здійснити кількісну оцінку фактичного рівня його сформованості з метою розробки заходів, спрямованих на стимулювання розвитку ринку медичного туризму в регіонах України.

Нині не існує загальноприйнятих методик аналітичного дослідження рівня розвитку регіонального ринку медичного туризму, оскільки переважно напрацювання вчених є розрізненими і стосуються лише рекреаційно-туристичного потенціалу регіонів або медичних послуг, що надаються закладами охорони здоров'я на визначених територіях, тоді як специфіка саме медичного туризму залишається поза увагою дослідників. Тому для розробки комплексної методики оцінки передумов формування та ефективного функціонування РРМТ слід брати до уваги не лише фактичні природно-рекреаційні та інфраструктурні особливості регіонів України, а й враховувати їх потенційну здатність залучати туристів за традиційними та новітніми напрямами медичного забезпечення.

Загалом, серед відомих розробок вчених у даному напрямку доцільно виділити праці З.В. Герасимчук та І.Б.Шевчук [5], Ю.В. Савельєва та О.В. Толстогузова [91], А.І. Літвак [92], С.А. Столярова [93], А.П. Джангірова [11].

Зокрема, З.В. Герасимчук та І.Б.Шевчук було розроблено методику оцінки просторової асиметрії функціонування та формування регіональних ринків медичних послуг шляхом визначення таких узагальнених показників як інтегральні індекси сприятливості умов формування попиту та пропозиції на медичні послуги в регіонах України, внаслідок чого регіони згрупувалися у чотири групи відповідно до виявленого ступеня асиметрії (істотна, незначна, відсутня або помірна). На нашу думку, зазначена методика є цікавою з позиції дослідження часткових показників, використаних авторами, зокрема, тих, що стосуються ресурсної забезпеченості регіональної системи охорони здоров'я та екологічної ситуації в регіоні, оскільки вони можуть мати прямий вплив на

залучення медичних туристів в регіони.

Літвак А.І. у своєму дослідженні пропонує методику оцінки туристично-рекреаційного потенціалу, яка базується на кількісній оцінці всіх його елементів на основі запропонованих автором показників, згрупованих за видами туристично-рекреаційних ресурсів (культурно-історичні, природні, інфраструктурні, трудові). Як метод кількісної оцінки було використано метод факторно-кластерного аналізу із застосуванням спеціалізованого програмного забезпечення, що дозволило за допомогою часткових значень виділити інтегральний показник та здійснити ранжування районів залежно від розрахованого результату на райони з низьким, середнім та високим туристично-рекреаційним потенціалом.

Столяров С.А. вивчав фактори формування попиту на пропозиції на ринку медичних послуг, виділяючи при цьому цінові та нецінові детермінанти і акцентуючи на важливості маркетингових комунікацій між медичними закладами та потенційними споживачами медичних послуг, проте залишив поза увагою регіональний аспект.

Туристичні ресурси потреб іноземного туризму з позицій польських споживачів як найбільш потенційних в Україні вивчав А.В. Мокляк, який провів оцінку та систематизацію чинників, що визначають привабливість комплексу міжнародного туризму України для іноземців, розробив класифікацію територій і місцевостей з урахуванням потреб іноземного туризму в Україні із визначенням місць та територій, на яких туристичний продукт повинен вдосконалюватися, а також здійснив туристичне районування України для потреб іноземного туризму [94].

Савельєв Ю.В. та Толстогузов О.В. здійснювали оцінку економічної ефективності інтегрованого туристичного комплексу, вважаючи її комплексною характеристикою, що включає об'єктивні експертні оцінки і аналітичні дані, які описують дію туризму в наступних областях:

- рентабельність і доходи безпосередньо туристичних фірм регіону;
- податкові надходження від туризму до регіонального бюджету;
- розвиток об'єктів інфраструктури туризму в регіоні;
- непряма дія туризму на інші галузі суспільного виробництва за допомогою мультиплікативного ефекту;
- дія туризму на зайнятість населення.

Апробація даної методики дозволила авторам зробити висновки про те, що сукупний дохід від туризму в цілому, а також від конкретного виду туризму залежить: не стільки від обсягів прямих доходів туристичних підприємств, скільки від ступеня відкритості економіки країни або регіону (тобто, долі імпортованих товарів, споживаних в країні або регіоні); від граничної схильності

до споживання (тобто, частки доходу, яка прямує на подальше споживання, і, відповідно, викликає попит в інших секторах економіки).

Тобто, на нашу думку, вплив медичного туризму на економіку регіону суттєво залежатиме від ступеня концентрації ланцюжків створення вартості в туризмі на території регіону (країни), а також від рівня розвитку внутрішньорегіональних міжгалузевих і коопераційних зв'язків.

Розглянуті підходи містять досить обґрунтовані показники, проте вони можуть бути використані лише частково, адже у них розрізнено розглядаються туристичні або медичні аспекти регіонального розвитку і тому вони не дозволяють в комплексі оцінити та порівняти функціонування ринків медичного туризму в регіонах України. З урахуванням наведеного, запропонуємо власну *методику аналізу та оцінки передумов формування та розвитку РРМТ* (рис. 2.1).

Метою проведення аналізу передумов формування та розвитку РРМТ є оцінка рівня сформованості регіональних ринків медичного туризму в Україні. В свою чергу, досягнення цієї мети передбачає в ході дослідження вирішення таких *завдань*:

1) провести аналіз фактичного стану передумов формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму;

2) визначити узагальнюючі інтегральні індекси сформованості регіональних ринків медичного туризму;

3) відповідно до отриманих результатів здійснити ранжування регіонів України для подальшої розробки напрямків вирішення виявлених недоліків.

Об'єктом аналітичного дослідження є регіональні ринки медичного туризму в Україні, а предметом – з'ясування рівня сформованості РРМТ.

Ключовими *принципами*, які повинні лягти в основу методики аналізу та оцінки РРМТ, на нашу думку, слід вважати:

– принцип трьохпозиційності – оцінка повинна здійснюватися з позицій трьох основних організаційних елементів інституціонального середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму, якими є заклади охорони здоров'я, суб'єкти туристичної діяльності регіону, а також інфраструктурні заклади. Це пов'язано з тим, що саме ці формальні базові та інфраструктурні інститути здійснюють найсильніший вплив на формування та функціонування регіональних ринків медичного туризму, тоді як діяльність регулюючих інституцій можна вважати рівнозначною, враховуючи її загальнодержавність;

– принцип науковості – означає, що для оцінки доцільно використовувати найбільш придатні методи наукових досліджень, що передбачають можливості аналізу та обробки статистичного матеріалу;

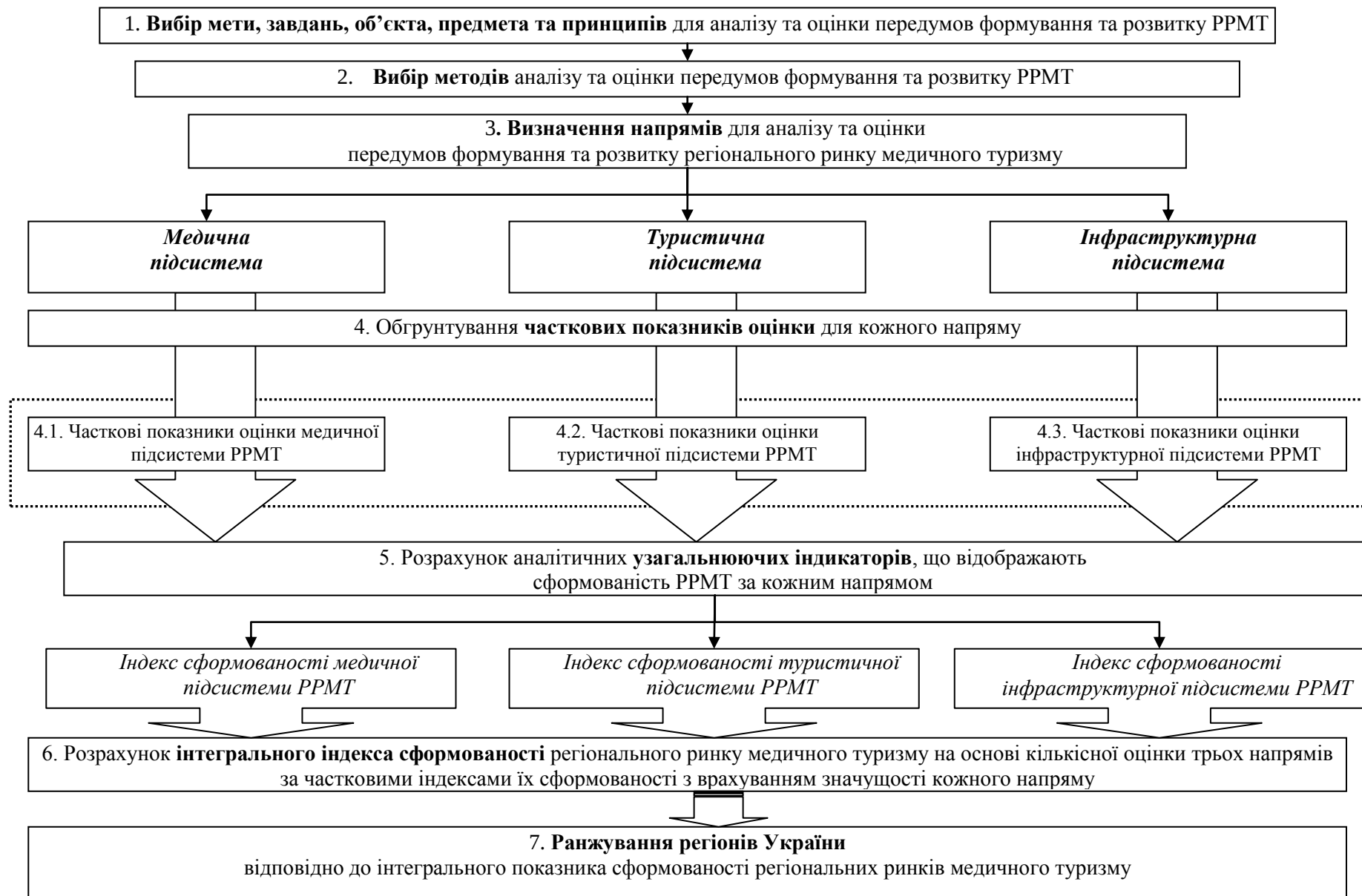


Рис. 2.1. Методика аналізу та оцінки передумов формування та розвитку РРМТ

– принцип системності – основою для оцінки рівня сформованості регіональних ринків медичного туризму і розробки відповідних рекомендацій можуть виступати лише результати системного аналізу всіх чинників впливу з урахуванням між факторних взаємозв'язків в розрізі трьох названих вище позицій, якими будуть виступати медична, туристична та інфраструктурна підсистеми;

– принцип розвитку – передбачає дослідження ретроспектив з метою визначення на їх основі тенденцій подальшого розвитку регіональних ринків медичного туризму;

– принцип конкретизації – для оцінки слід максимально чітко виокремлювати фактори, співрозмірні у часі та просторі, що пов'язані саме з особливостями медичного туризму в регіонах і не враховують другорядних факторів при визначенні.

Методи оцінки передбачають використання дієвих інструментів математично-статистичного аналізу для якісної та кількісної оцінки рівня сформованості РРМТ. Результативним, на нашу думку, при цьому буде застосування методу порівняння, методу інтегральних показників, методів побудови та аналізу рядів динаміки та трендів, індексного методу, методів групування, методу стандартизації показників, методу експертного аналізу, картографічного методу тощо.

Визначення напрямів для аналізу та оцінки передумов формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму, на нашу думку, повинне здійснюватись на базі основних організаційних елементів інституціонального середовища розвитку РРМТ, а тому аналіз слід проводити для медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ. Ґрунтовне дослідження кожної з них можливе на основі визначення та розрахунку характерних часткових показників оцінки. Погоджуємось з думкою З. В. Герасимчук та І.М. Вахович, що при визначенні переліку показників слід керуватися наступними міркуваннями [30, с. 52]:

- вибрані показники повинні мати необхідну для проведення розрахунків статистичну базу;

- враховуючи цілі аналізу, показники повинні відображати найбільш суттєві властивості або характеристики системи і водночас їх кількість повинна бути обмежена;

- показники не повинні бути занадто взаємопов'язані, що може призвести до багатократного повторення інформації і викривлення достовірності результатів.

До того ж, саме від репрезентативності системи часткових показників, за допомогою яких буде описуватися рівень сформованості медичної, туристичної

та інфраструктурної підсистем РРМТ, безпосередньо залежатиме достовірність та об'єктивність отриманих результатів. Тому, адекватні індикатори повинні відповідати таким основним вимогам [95, с. 76] як вимірність, функціональність, однозначність, аналітичність, системність, доступність, повнота, достовірність, своєчасність, прозорість, співрозмірність у часі та просторі.

Відповідно до поставлених вимог, система часткових показників оцінки передумов формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму повинна виконувати пізнавальну, стимулюючу та керуючу функції. Зокрема, пізнавальна функція полягатиме у визначенні на їх основі конкретного рівня і тенденцій формування та розвитку РРМТ. Стимулююча функція даних індикаторів дозволить здійснити узагальнення об'єктивних процесів формування РРМТ та вдосконалити управління ними з врахуванням усієї різноманітності господарських зв'язків регіону. В свою чергу, керуюча функція буде спрямована на прийняття обґрунтованих рішень в стратегічному та тактичному періодах, а також застосування найбільш доцільних інструментів для подальшого сприяння розвитку РРМТ.

Враховуючи зазначене вище, *вибір часткових показників* передбачатиме відповідність розглянутим принципам та вимогам, даватиме достатню вичерпну інформацію та не враховуватиме другорядних факторів при визначенні індексів сформованості за кожною з підсистем РРМТ.

Отже, у табл. 2.1 наведено часткові показники для оцінки медичної підсистеми РРМТ, у табл. 2.2 – для оцінки туристичної підсистеми РРМТ, а у табл. 2.3 – для оцінки інфраструктурної підсистеми РРМТ.

Слід підкреслити, що всі часткові показники оцінки підсистем РРМТ є відносними величинами. Разом з тим, не всі відібрані показники є співвимірними, а тому необхідно провести їх *стандартизацію шляхом приведення* до одного числового вимірника, що здійснюється в межах [0; 1].

Варто також враховувати, що якісна характеристика показників може набувати позитивних або негативних відтінків, тобто їх вплив на формування та розвиток РРМТ можна вважати стимулюючим або деструктивним. Відповідно, розрізняються показники-стимулятори та показники-дестимулятори.

В даному контексті стандартизовані показники-стимулятори можна знайти за такою класичною формулою [96, с. 155]:

$$stX_{ij}^s = \frac{X_{ij}^s}{X_{\max}^s}, \quad (2.1)$$

де stX_{ij}^s – стандартизоване значення показника-стимулятора для певного регіону;

Часткові показники оцінки медичної підсистеми РРМТ

Показники	Одиниця виміру	Умове позначення	Вплив показника
Забезпеченість населення регіону лікарями усіх спеціальностей в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону протягом року	осіб / 10 тис.нас.	M_1	↑
Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону: – хірургічні спеціалісти; – акушери і гінекологи; – педіатри; – психіатри – стоматологи	осіб / 10 тис.нас.	M_2 M_3 M_4 M_5 M_6	↑
Кількість допоміжного середнього медперсоналу в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону		M_7	
Кількість операцій в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону: – на органах травлення; – кістково-м'язової системи; – на шкірі та підшкірній клітковині; – акушерські; – на вусі/горлі/носі; – на органах зору	вип. / 10 тис. нас.	M_8 M_9 M_{10} M_{11} M_{12} M_{13}	↑
Післяопераційна летальність (на 1000 хірургічних операцій в регіоні)	вип./ 1000 опер.	M_{14}	↓
Кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	шт./ 10 тис. нас.	M_{15}	↑
Обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	тис.грн. / 10 тис. нас.	M_{16}	↑
Інвестиції в основний капітал закладів охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис.грн. / 10 тис. нас.	M_{17}	↑
Кількість оздоровлених осіб в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	M_{18}	↑
Кількість оздоровлених осіб в розрахунку на 1 середньооблікового працівника медичних закладів	осіб / 1 працівник	M_{19}	↑
Експорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис. дол. США / 10 тис. нас.	M_{20}	↑
Імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис. дол. США / 10 тис. нас.	M_{21}	↓
Кількість зайнятого населення у сфері охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	M_{22}	↑
Кількість вивільнених працівників у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	M_{23}	↓
Індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я	-	M_{24}	↓

Таблиця 2.2

Часткові показники оцінки туристичної підсистеми РРМТ

Показники	Одиниця виміру	Умовне позначення	Вплив показника
1	2	3	4
Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	T_1	↑
Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	T_2	↑
Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	осіб / 1 турист	T_3	↑
Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	T_4	↑
Кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності громадянам України в межах України туристичних путівок в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	шт./ 10 тис. нас.	T_5	↑
Кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності громадянам України за кордон туристичних путівок в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	шт./ 10 тис. нас.	T_6	↑
Кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності іноземцям для подорожей в Україні туристичних путівок в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	шт./ 10 тис. нас.	T_7	↑
Вартість реалізованих туроператорами туристичних путівок в регіоні громадянам України в межах України в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_8	↑
Вартість реалізованих туроператорами туристичних путівок в регіоні громадянам України за кордон в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_9	↑
Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_{10}	↑
Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис.грн./ 10 тис. нас.	T_{11}	↑
Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_{12}	↑
Операційні витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_{13}	↓

1	2	3	4
Кількість випускників ВНЗ за туристичним профілем на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	T_{14}	↑
Витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні на послуги сторонніх організацій на медичне обслуговування при виробництві туристичного продукту в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. грн./ 1 турист	T_{15}	↓
Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис.нас.	T_{16}	↑
Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	осіб / 1 турист	T_{17}	↑
Продуктивність праці в туристичній сфері регіону	тис. грн. / осіб	T_{18}	↑
Кількість об'єктів історико-культурної спадщини в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	од. / 10 тис. нас.	T_{19}	↑
Кількість об'єктів природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	од. / 10 тис. нас.	T_{20}	↑
Рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис. га / 10 тис. нас.	T_{21}	↑
Кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	од. / 10 тис. нас.	T_{22}	↑
Кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	од. / 10 тис. нас.	T_{23}	↑
Індекс близькості регіону до столиці	-	T_{24}	↑
Індекс близькості регіону до кордону України	-	T_{25}	↑
Індекс близькості регіону до морських, річкових і залізничних портів загальнодержавного і міжнародного значення, міжнародних аеропортів і транспортних коридорів	-	T_{26}	↑

X_{ij}^s – фактичне значення показника-стимулятора для певного регіону;

$X_{\max}^s$ – максимальне значення показника-стимулятора;

$i=1...n$ – часткові показники, які досліджуються;

$j=1...l$ – регіони, які досліджуються.

Таблиця 2.3

Часткові показники оцінки інфраструктурної підсистеми РРМТ

Показники	Одиниця виміру	Умовне позначення	Вплив показника
Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	місць / 10 тис. нас.	I_1	↑
Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	місць / 1 турист	I_2	↑
Відвідуваність готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	осіб / 10 тис. нас.	I_3	↑
Кількість музеїв в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	одиниць / 10 тис. нас.	I_4	↑
Кількість санаторно-курортних закладів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	одиниць / 10 тис. нас.	I_5	↑
Кількість провайдерів комунікацій в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	одиниць / 10 тис. нас.	I_6	↑
Кількість інтернет-користувачів в регіоні в розрахунку на 100 осіб населення регіону	осіб / 100 нас.	I_7	↑
Рівень забезпеченості інноваційно-активними підприємствами в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	підприємства / 10 тис. нас.	I_8	↑
Інвестиції в основний капітал в діяльність підприємств транспорту та зв'язку регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис.грн. / 10 тис. нас.	I_9	↑
Інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	тис.грн. / 10 тис. нас.	I_{10}	↑
Щільність автомобільних доріг загального користування з твердим покриттям в регіоні	км / 1000 км ² тер. регіону	I_{11}	↑
Щільність залізничних колій загального користування в регіоні	км / 1000 км ² тер. регіону	I_{12}	↑
Кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності готелів та ресторанів в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	одиниць / 1 турист	I_{13}	↑
Кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорту та зв'язку в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	одиниць / 10 тис. нас.	I_{14}	↑
Пасажиropотік аеропортів регіону в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	тис. осіб / 1 турист	I_{15}	↑

Показники-дестимулятори розраховуються на основі модифікованої формули варіаційного розмаху [97]:

$$stX_{ij}^d = 1 - \frac{X_{ij}^d - X_{\min}^d}{X_{\max}^d}, \quad (2.2)$$

де stX_{ij}^d - стандартизоване значення показника-дестимулятора для певного регіону;

X_{ij}^d - фактичне значення показника-дестимулятора для певного регіону;

$X_{\min}^d$ - мінімальне значення показника-дестимулятора;

$X_{\max}^d$ - максимальне значення показника-дестимулятора;

$i=1...n$ - часткові показники, які досліджуються;

$j=1...l$ - регіони, які досліджуються.

Використання зазначеної формули (2.2) дає змогу отримати пропорційні показникам часткові коефіцієнти та дозволяє уникнути нульового значення коефіцієнта для регіону з найвищим значенням відповідного показника за винятком випадку, коли найнижче значення є нульовим. У випадку відсутності статистичної інформації для певного регіону частковий коефіцієнт доводиться встановлювати експертним методом на основі показників регіонів, що є подібними до даного регіону за певними критеріями.

Таблиця 2.4

Формули розрахунку часткових стандартизованих індексів стимуляторів та дестимуляторів для окремих підсистем РРМТ

Узагальнений варіант Розрахунку стандартизованих індексів		Формула розрахунку для медичної підсистеми PPMT	Формула розрахунку для туристичної підсистеми PPMT	Формула розрахунку для інфраструктурної підсистеми PPMT
Показники- стимулятор и	$stX_{ij}^s = \frac{X_{ij}^s}{X_{\max}^s}$	$stM_{ij}^s = \frac{M_{ij}^s}{M_{\max}^s}$	$stT_{ij}^s = \frac{T_{ij}^s}{T_{\max}^s}$	$stI_{ij}^s = \frac{I_{ij}^s}{I_{\max}^s}$
Показники -дести- мулятори	$stX_{ij}^d = 1 - \frac{X_{ij}^d - X_{\min}^d}{X_{\max}^d}$	$stM_{ij}^d = 1 - \frac{M_{ij}^d - M_{\min}^d}{M_{\max}^d}$	$stT_{ij}^d = 1 - \frac{T_{ij}^d - T_{\min}^d}{T_{\max}^d}$	$stI_{ij}^d = 1 - \frac{I_{ij}^d - I_{\min}^d}{I_{\max}^d}$

Після визначення стандартизованих індексів для кожної підсистеми РРМТ слід розрахувати стандартизовані індекси медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ на основі відповідних їм груп індикторів, які будуть враховувати стандартизовані показники-стимулятори та дестимулятори.

Зокрема, *формули індексів сформованості* (англ. „formation”) будуть мати вигляд:

1) *для медичної підсистеми РРМТ:*

$$F_{Mj} = \frac{\sum_{i=1}^n stM_{ij}^s + \sum_{i=1}^n stM_{ij}^d}{n^s + n^d}, \quad (2.3)$$

де F_{Mj} – індекс сформованості медичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

stM_{ij}^s – стандартизоване значення показника-стимулятора медичної підсистеми РРМТ для j-го регіону;

stM_{ij}^d – стандартизоване значення показника-дестимулятора медичної підсистеми РРМТ для j-го регіону;

$i=1...n$ – часткові показники медичної підсистеми РРМТ, які досліджуються, зокрема, n^s - кількість показників-стимуляторів, n^d - кількість показників-дестимуляторів;

$j=1...l$ – регіони, які досліджуються.

2) *для туристичної підсистеми РРМТ* розрахунок є аналогічним:

$$F_{Tj} = \frac{\sum_{i=1}^n stT_{ij}^s + \sum_{i=1}^n stT_{ij}^d}{n^s + n^d}, \quad (2.4)$$

3) *для інфраструктурної підсистеми РРМТ* проводитиметься однотипний розрахунок:

$$F_{Ij} = \frac{\sum_{i=1}^n stI_{ij}^s + \sum_{i=1}^n stI_{ij}^d}{n^s + n^d}, \quad (2.5)$$

Наступним етапом оцінки є розрахунок інтегрального індексу сформованості регіональних ринків медичного туризму. Для визначення інтегрального коефіцієнта з отриманих коефіцієнтів науковці знаходять середнє арифметичне [98], середнє геометричне [99] або середньозважене значення [100], [101].

На наш погляд, слід брати до уваги, що окремі групи показників

відіграють різну роль у прийнятті потенційними споживачами рішення про отримання послуг в сфері медичного туризму саме в даному регіоні, а тому розрахунок інтегрального індексу за таких умов необхідно проводити шляхом застосування методу середньозваженого значення за формулою:

$$F_j^{im} = \alpha_M \times F_{Mj} + \alpha_T \times F_{Tj} + \alpha_I \times F_{Ij} , \quad (2.6)$$

де F_j^{im} – інтегральний коефіцієнт сформованості ринку медичного туризму в j-му регіоні;

F_{Mj} – індекс сформованості медичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

F_{Tj} – індекс сформованості туристичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

F_{Ij} – індекс сформованості інфраструктурної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

α – ваговий коефіцієнт відповідно для медичної (α_M), туристичної (α_T) та інфраструктурної (α_I) підсистем РРМТ.

Вчені С.Н. Смірнов, Ю.В. Симачов, Л.С. Засимова, А.А. Чулок зазначають, що вагу для кожного критерію доцільно встановлювати або за допомогою експертного методу або вдаючись до виявлених закономірностей, при цьому вага показника визначається його впливом на всю групу показників і виходячи з вибраних цілей оцінки.

В даному випадку експертами стали 7 осіб (Додаток Б.1), кожному з яких було присвоєно порядковий номер 1, 2, 3...N.

Номер N характеризує черговість, в якій експерти давали свої відповіді шляхом визначення рангу розташування медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ за їх важливістю від 1 до 3.

Відповідно, присвоєне значення 3 означає найбільш значущу підсистему на думку експерта, 2 – середньої значущості, 1 – найменшої значущості підсистеми в розвитку регіонального ринку медичного туризму.

Для визначення узгодженості думок експертів та репрезентативності дослідження необхідним етапом є розрахунок *коефіцієнта конкордації*, що знаходиться за формулою [102, с. 138]:

$$W_N = \frac{12S}{N^2(q^3 - q)}, \quad (2.7)$$

де W_N – коефіцієнт конкордації;

S – сума квадратів відхилень показників;

N – кількість експертів;

q – кількість показників (підсистем), яким присвоювались ранги.

Сума квадратів відхилень розраховується як:

$$S = \sum_{q=1}^3 \Delta R^2, \quad (2.8)$$

де ΔR – відхилення від середньої суми рангів, що знаходиться за формулою:

$$\Delta R = \sum_{N=1}^7 a_{qN} - \bar{A}, \quad (2.9)$$

де $\sum_{N=1}^7 a_{qN}$ – сума рангів окремої підсистеми усіх експертів;

$\bar{A}$ – це середня сума рангів дослідження.

В свою чергу, середня сума рангів ($\bar{A}$) визначається за формулою:

$$\bar{A} = \frac{\sum_{N=1}^7 \sum_{q=1}^3 a_{qN}}{q}, \quad (2.10)$$

де $\sum_{N=1}^7 \sum_{q=1}^3 a_{qN}$ – загальна сума рангів усіх експертів за усіма підсистемами;

q – кількість показників (підсистем), яким присвоювались ранги ($q=3$).

Отже, представимо результати ранжування (табл. 2.5) та проведемо розрахунок коефіцієнта конкордації.

Таблиця 2.5

Результати експертного ранжування

Параметр	Ранг параметра за оцінкою експертів, a_{qN}							Сума рангів, $\sum_{N=1}^7 a_{qN}$	Відхилення від середньої суми рангів, ΔR	Квадрат відхилення ΔR^2
	1	2	3	4	5	6	7			
Медична підсистема РРМТ	3	3	2	3	2	3	3	19	5	25
Туристична підсистема РРМТ	2	1	3	2	3	2	2	15	1	1
Інфраструктурна підсистема РРМТ	1	2	1	1	1	1	1	8	-6	36
Разом	6	6	6	6	6	6	6	42	-	62

Знайдемо середню суму рангів за формулою (2.10):

$$\bar{A} = \frac{19+15+8}{3} = 14$$

Наступним кроком є визначення відхилення від середньої суми рангів за формулою (2.9) для кожної з підсистем :

$$\Delta R_M = 19 - 14 = 5$$

$$\Delta R_T = 15 - 14 = 1$$

$$\Delta R_I = 8 - 14 = -6$$

Після знаходження квадратів даних відхилень розрахуємо їх суму за формулою (2.8):

$$S = 25 + 1 + 36 = 62$$

Тоді, згідно формули (2.7), коефіцієнт конкордації матиме вигляд:

$$W_N = \frac{12 \times 62}{7^2 \times (3^3 - 3)} = 0,633.$$

Загалом, значення коефіцієнта конкордації перебуває в межах діапазону $[0;1]$, проте критичною величиною є 0,323. Її перевищення дозволяє стверджувати про однотайність бачення експертів і доцільність використання саме даного методу. В представлених розрахунках значення коефіцієнта конкордації виявилось майже вдвічі більшим і складало 0,633, а тому експертне бачення значущості кожної з підсистем ринку медичного туризму дозволяє продовжувати дослідження, використовуючи даний метод.

Наступним кроком є визначення ваги кожної з підсистем на основі експертного методу за формулою:

$$\alpha = \frac{\sum_{N=1}^7 a_{qN}}{\sum_{N=1}^7 \sum_{q=1}^3 a_{qN}}, \quad (2.11)$$

де α – ваговий коефіцієнт;

$\sum_{N=1}^7 a_{qN}$ – сума рангів окремої підсистеми;

$\sum_{N=1}^7 \sum_{q=1}^3 a_{qN}$ – загальна сума рангів усіх експертів за усіма підсистемами.

Отже, здійснимо розрахунки вагових коефіцієнтів за формулою (2.11):

- для медичної підсистеми РРМТ:

$$\alpha_M = \frac{19}{42} = 0,45;$$

- для туристичної підсистеми РРМТ:

$$\alpha_T = \frac{15}{42} = 0,36;$$

- для інфраструктурної підсистеми РРМТ:

$$\alpha_I = \frac{8}{42} = 0,19.$$

Перевіримо суму α -коефіцієнтів, яка повинна складати одиницю:

$$\sum \alpha = \alpha_M + \alpha_T + \alpha_I = 0,45 + 0,36 + 0,19 = 1$$

Таким чином, в результаті отримаємо наступний вигляд інтегрального показника сформованості РРМТ:

$$F_j^{im} = 0,45F_{Mj} + 0,36F_{Tj} + 0,19F_{Ij}, \quad (2.12)$$

де F_j^{im} – інтегральний коефіцієнт сформованості ринку медичного туризму в j-му регіоні;

F_{Mj} – індекс сформованості медичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

F_{Tj} – індекс сформованості медичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні;

F_{Ij} – індекс сформованості медичної підсистеми ринку медичного туризму j-му регіоні.

Останнім етапом запропонованої методики є здійснення *ранжування та групування регіонів України*, яке пропонуємо здійснювати в розрізі п'яти великих груп:

- регіони з дуже високим рівнем сформованості РРМТ;
- регіони з високим рівнем сформованості РРМТ;
- регіони з середнім рівнем сформованості РРМТ;
- регіони з низьким рівнем сформованості РРМТ;
- регіони з незадовільним рівнем сформованості РРМТ.

Для цього скористаємося формулою [96, с. 158], яка дає можливість визначити розмір інтервалу:

$$r = \frac{F_{im}^{\max} - F_{im}^{\min}}{g}, \quad (2.13)$$

де r – розмір інтервалу;

F_{int}^{max} – максимальне значення інтегрального коефіцієнта;

F_{int}^{min} – мінімальне значення інтегрального коефіцієнта;

g – кількість відокремлених груп ($g = 5$).

Межі інтервалів у цьому випадку розраховуємо за формулами:

$$n_g = F_{int}^{max} - r, \quad (2.14)$$

$$n_n = F_{int}^{min} + r, \quad (2.15)$$

де n_g – індикатор, який показує межу між регіонами з високим та середнім значеннями інтегрального коефіцієнта сформованості РРМТ;

n_n – індикатор, який показує межу між регіонами з середнім та низьким значеннями інтегрального коефіцієнта сформованості РРМТ.

Проведена оцінка дозволить здійснити позиціонування регіонів як в цілому на основі інтегрального коефіцієнта сформованості РРМТ, так і за ключовими складовими регіональних ринків медичного туризму (медичною, туристичною, інфраструктурною), що дасть змогу визначити пріоритетні напрямки для розвитку медичного туризму у відповідних регіонах України.

2.2. Оцінка сформованості медичної підсистеми регіональних ринків медичного туризму

Загалом, в Україні функціонує низка закладів медичного спрямування, які надають населенню різноманітні послуги з охорони здоров'я. Загальноприйнятим є розподіл цих закладів на три рівні обслуговування, зокрема, первинної, вторинної та третинної медико-санітарної допомоги (Додаток Б.2.1).

Первинна медико-санітарна допомога надається на рівні громади, на районному та муніципальному рівнях, така ПМСД надає послуги лікарів загальної практики/сімейних лікарів в окремих пунктах, амбулаторіях, поліклініках, поліклініках при районних та сільських лікарнях і в медсанчастинах на підприємствах. ПМСД організована по ділянках, в яких населення рівномірно розподілене по району. Заклади ПМСД підпорядковуються та фінансуються районними органами влади, і в них працюють терапевти або (в сільській місцевості) фельдшери та/або акушерки, які можуть надати першу допомогу, обмежені лікувальні послуги, а також до- і післяпологовий догляд. Дроблення послуг призвело до того, що постачальники медичних послуг не знають загальний стан здоров'я пацієнта, що змушує багатьох українців відвідувати різноманітних постачальників медичних послуг з різних

проблем зі здоров'ям. Компоненти ПМСД системи охорони здоров'я залишаються слаборозвиненими: МОЗ створило підрозділ по ПМСД лише в 2007 році, і прогрес у збільшенні штату лікарів сімейної медицини, що особливо важливо успіху ПМСД, йде повільно.

Вторинна медична допомога включає в себе фахівців, які базуються поза межами поліклінік, і розташовані в лікарнях і спеціалізованих диспансерах (ТБ, ВІЛ/СНІД та ін.) районів та міст і міських зон. Вторинна допомога надається різними типами фахівців, такими, як хірурги, ортопеди, офтальмологи, урологи, гастроентерологи, які згруповані в поліклініках, розрахованих на обслуговування близько 25 тисяч чоловік. Управління та адміністрування забезпечується районними та муніципальними органами влади.

Третинна медична допомога забезпечується через обласні, міські (м.Севастополя і м.Києва) та загальнонаціональні лікарні і великі спеціалізовані диспансери; передбачає послуги повного спектру стаціонарних і амбулаторних фахівців – від кардіологів до хірургів і від алергологів до психіатрів. Основні показники діяльності даного сектору за 2011 рік наведено у Додатку Б.2. 2.

І, на нашу думку, саме в секторі вторинної та третинної медичної допомоги доцільним є активізація закладів в напрямку нарощення обсягів залучення медичних туристів на платних засадах.

Система приватного сектору охорони здоров'я стала розвиватися після здобуття Україною незалежності, і нині складається переважно з фармацевтичних постачальників, аптек, стоматологів, спеціалізованих медичних установ і лабораторій. Поза межами фармацевтики та лабораторій, приватний сектор залишається порівняно незначним у рамках загальної системи охорони здоров'я через низьку чисельність приватних об'єктів, відносно високу вартість приватного лікування, низький рівень розвитку ринку приватного медичного страхування, відсутність системи державних контрактів на медичні послуги з приватними закладами і податкову систему, що перешкоджає приватній практиці. У 2009 році в Україні налічувалося понад 1600 приватних медичних установ, що є зростанням у порівнянні з 1000 закладів у 2007 році. Однією зі сфер приватного сектора, яка насправді розширюється, є лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема, у зв'язку з тим, що пацієнти високо цінують конфіденційність, яку пропонують приватні заклади. Кількість приватних медичних закладів і загальний обсяг їх річних доходів у 2009 році наведено у додатку Б.3 (за даними [103, с. 51]).

За оприлюдненими МОЗ даними, близько 30% стоматологів мали приватну практику, і лише 3% лікарів, 2% медсестер і 1 % фахівців лабораторій працювали в приватних медичних установах у 2008/09 фінансовому році.

Як правило, менше половини персоналу в приватних медичних установах

працюють повний робочий день, за винятком стоматологічної практики, де працівники в основному працюють повний робочий день. Ті, хто працює неповний робочий день в приватних установах, основне місце роботи мають у державному секторі. Менше 1 % лікарів загальної практики / сімейних лікарів мають приватну практику. Хоча загальна кількість медичних кадрів є доволі значною, їх географічний розподіл нерівномірний. За даними МОЗ, в містах на 100 тис. населення приходить 530 лікарів, а в сільській місцевості – 69.

Таблиця 2.6 показує останні тенденції в секторі медичного персоналу за кількома ключовими категоріями.

Таблиця 2.6

Кількість медпрацівників в Україні*

Показники	2005	2006	2007	2008	2009	2010	% зміни 2005/2010
Лікарі (всі типи, за винятком стоматологів)	174143	175417	175046	175616	176754	175752	0,9
% зміна порівняно з попер.роком	-	0,7	-0,2	0,3	0,6	-0,6	
Практикуючі лікарі, клінічна медицина	150185	149990	149053	149020	149392	149618	-0,4
% зміна порівняно з попер.роком		-0,1	-0,6	0,0	0,2	0,2	
Сімейні лікарі	4975	5825	6815	7772	8112	8140	63,6
% зміна порівняно з попер.роком		17,1	17,0	14,0	4,4	0,3	
Медсестри, акушерки, фельдшери	367163	365138	362389	360119	360414	358492	-2,4
% зміна порівняно з попер.роком		-0,6	-0,8	-0,6	0,1	-0,5	
Стоматологи	20588	20539	20509	20582	20894	21313	3,5
% зміна порівняно з попер.роком		-0,2	-0,1	0,4	1,5	2,0	
Фахівці лабораторій	35091	35258	35417	35238	35672	35389	0,8
% зміна порівняно з попер.роком		0,5	0,5	-0,5	1,2	-0,8	
Керівники	12357	12511	12612	12297	12412	12532	1,4
% зміна порівняно з попер.роком		1,2	0,8	-2,5	0,9	1,0	

* складено за [103, с.65]

У 2005-2010 роках кількість практикуючих лікарів і фахівців лабораторій залишалася стабільною, у той час як число медичних сестер, акушерок і фельдшерів повільно знижувалося менше ніж на 1 % в рік). Було невелике

зростання числа керівного складу, а також 3,5 % збільшення числа стоматологів. Враховуючи скорочення чисельності населення в 2005-2010 роках, число медичних працівників на душу населення у кожній з цих категорій залишається незмінним або незначно збільшується.

Україна має достатню загальну кількість працівників охорони здоров'я. Число лікарів і медсестер у співвідношенні до населення в Україні близьке до середнього по ЄС, у той час як число акушерок істотно вище; число стоматологів нижче, ніж у середньому по ЄС, але відповідає показникам по Польщі та Молдові (Додаток Б.5). Кількість лікарів на 100 тис. населення коливається в широких межах по регіонах: з більш ніж 550 в м.Києві і у Чернівецькій області до менш ніж 320 в Херсонській і Миколаївській областях.

Картографічне зображення кількості стоматологів, як одних із найбільш привабливих спеціалістів для медичних туристів, в розрахунку на 100 тис. осіб населення в розрізі регіонів наведено на рисунку 2.2. (за даними Додатку Б.6 [104]).

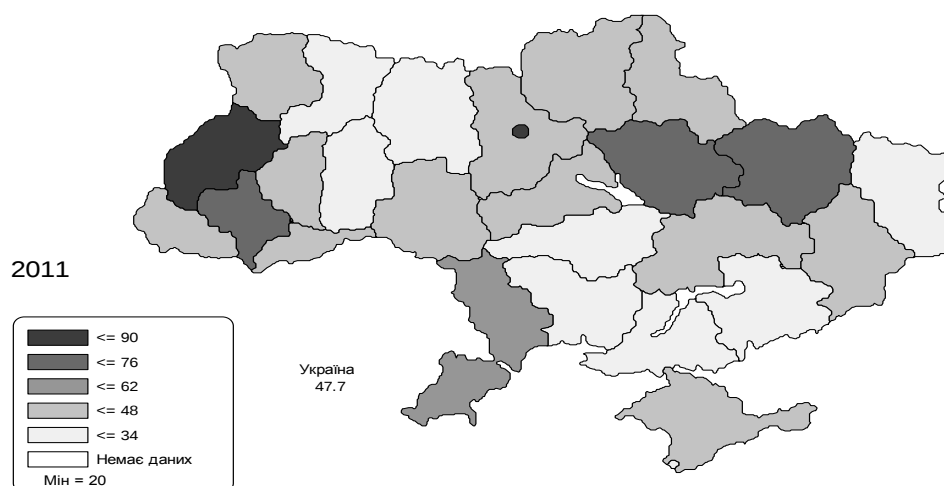


Рис. 2.2. Кількість стоматологів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 р.

Кількість стоматологів в Запорізькій, Миколаївській і Херсонській областях є найменшим і становить 24,2, 27,9 і 24,6 відповідно, тоді як в м. Києві цей показник складає 81,4. Регіональні особливості розподілу лікарів інших найбільш затребуваних медичних спеціалістів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів у 2011 році наведено у таблиці 2.7 (за даними [104]), а в динаміці за 1991-2011 рр. у додатках Б.7.1-Б.7.4.

**Лікарі за їх спеціальностями в регіонах України
в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону у 2011 році**

<i>Регіон</i>	<i>Хірурги</i>	<i>Акушери і гінекологи</i>	<i>Педіатри</i>	<i>Психіатри</i>
1	2	3	4	5
А Р Крим	1343,5	29,07	29,12	9,98
Вінницька обл.	984,75	25,47	17,81	8,17
Волинська обл.	674,75	26,55	23,43	7,82
Дніпропетровська	2351,25	26,76	10,74	9,62
Донецька обл.	3036,75	28,60	26,95	9,91
Житомирська обл.	774,00	22,53	28,65	7,46
Закарпатська обл.	536,50	17,21	14,42	5,31
Запорізька обл.	1415,25	26,89	31,62	8,95
Івано-Франківська	945,75	26,68	23,79	6,81
Київська обл.	1099,00	25,82	25,22	6,37
Кіровоградська	582,50	24,85	25,85	7,53
Луганська обл.	1449,50	27,80	28,59	9,82
Львівська обл.	1657,50	25,42	24,26	8,73
Миколаївська обл.	734,00	25,27	24,52	6,31
Одеська обл.	1378,75	24,73	25,13	8,26
Полтавська обл.	806,00	23,77	26,46	7,35
Рівненська обл.	744,75	26,62	24,04	5,9
Сумська обл.	660,75	23,00	20,76	9,06
Тернопільська	697,50	22,44	22,51	7,59
Харківська обл.	1691,75	27,36	23,58	8,5
Херсонська обл.	644,50	25,65	27,01	6,52
Хмельницька обл.	800,50	22,80	27,13	6,64
Черкаська обл.	764,75	24,20	26,79	7,42
Чернівецька обл.	620,00	24,22	15,79	6,37
Чернігівська обл.	631,50	20,65	27,25	8,29
м. Київ	2458,75	31,43	45,74	12,35
м. Севастополь	296,75	35,39	41,52	10,55

Серед помітних особливостей слід виділити такі:

- хірургічні спеціалісти є найбільш чисельною категорією лікарів і їх максимальна концентрація спостерігається у Донецькій обл. (3036,75), Дніпропетровській обл. (2351,25) та м. Києві (2458,75), тоді як бракує хірургів Закарпатській та Кіровоградській областям – лише 536,5 та 582,5 відповідно, тобто це менше у 5-6 разів;

- розподіл акушерів та гінекологів є більш-менш рівномірним і перебуває в межах 20-30 спеціалістів на кожні 100 тис. жінок з лідируванням м. Києва (31,43) та Севастополя (35,39), незначним відставанням Закарпатської області (17,21);

- при середньому значенні лікарів педіатрів в Україні 35,43 значно відстає Дніпропетровська обл. (10,74), Закарпатська (14,42) та Чернівецька (15,79). При цьому розрахунок даного показника для більшості регіонів становив в межах

20-30 і є більшим за рахунок високих характеристик м.Києва (45,74) та м.Севастополя (41,52).

На нашу думку, для потенційних медичних туристів суттєвим є таких показник як кількість успішних операцій, проведених в регіоні в розрізі найбільш поширених з них. Зокрема, нижче (табл. 2.8) наведено аналітичні дані про операції в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (за даними [104]), а їх картографічні зображення у додатках Б.8.1-Б.8.6.

Таблиця 2.8

Кількість проведених у регіонах хірургічних операцій за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб у 2011 році*

Регіон	Операції на органах травлення	Операції кістково-м'язової системи	Операції на шкірі та підшкірній клітковині	Акушерські операції	Операції на вусі, горлі і носі	Операції на органах зору
А Р Крим	695,4	474,9	667,8	2455,0	470,3	272,8
Вінницька обл.	634,7	599,1	1248,1	3565,9	534,9	446,0
Волинська обл.	757,2	556,4	959,8	2706,0	447,3	293,4
Дніпропетровська	753,5	698,1	777,7	2767,4	500,6	450,6
Донецька обл.	686,8	616,6	869,7	2864,9	480,0	377,4
Житомирська обл.	747,9	519,6	975,7	2347,5	375,3	338,1
Закарпатська обл.	467,7	492,6	394,0	2022,4	298,1	277,9
Запорізька обл.	814,9	531,2	782,0	2599,5	531,0	331,8
Ів.-Франківська	733,1	579,8	915,1	2647,2	435,0	185,8
Київська обл.	707,7	537,9	690,1	3409,0	534,7	190,3
Кіровоградська	702,1	589,1	1120,1	3213,0	534,0	295,1
Луганська обл.	740,3	572,8	1038,1	2726,3	545,8	359,1
Львівська обл.	607,6	418,5	587,6	2217,9	355,1	328,6
Миколаївська	687,7	564,4	597,3	3173,3	382,3	283,9
Одеська обл.	637,2	438,0	604,4	3989,3	311,6	204,1
Полтавська обл.	698,2	542,7	631,7	2332,7	450,5	345,2
Рівненська обл.	801,3	724,2	710,7	2678,2	540,1	276,6
Сумська обл.	625,6	561,2	778,0	1521,3	606,6	465,6
Тернопільська	714,1	656,7	906,2	3360,2	533,6	185,8
Харківська обл.	607,4	427,8	796,6	2182,0	510,9	371,3
Херсонська обл.	750,5	710,9	836,7	3313,5	508,6	376,5
Хмельницька обл.	770,2	580,6	700,1	3063,8	491,7	164,0
Черкаська обл.	814,7	705,0	869,6	2066,5	532,0	309,6
Чернівецька обл.	566,2	352,0	801,9	3676,6	699,1	221,9
Ченігівська обл.	924,7	555,2	861,5	2587,1	539,8	389,5
м. Київ	889,1	909,0	749,7	3358,2	476,9	752,9
м. Севастополь	767,8	746,2	740,1	4121,7	800,0	348,9

* складено за даними [104]

За наведеними даними помітно, що м. Київ лідирує за багатьма напрямками (операції на органах зору, травлення, кістково-м'язевої системи). Разом з тим, вираженою є спеціалізація окремих регіонів:

- Чернівецької (699,1) та Сумської (606,6) областей щодо проведення операцій на ЛОР-органах, адже середній показник по Україні становить лише 481. Геополітичне розташування цих регіонів може сприяти додатковому залученню медичних туристів з країн Європи та СНД відповідно;

- окрім м.Києва лідером із проведення операцій на органах кістково-м'язевої системи виявився Рівненський регіон із значенням показника 724,2 при середньому в Україні 580,8;

- найбільше акушерських операцій проводиться в південно-західних регіонах України, що, ймовірно, також пов'язано із їх межуванням з іншими державами, адже акушерський напрямок медичного туризму є надзвичайно затребуваним в світі;

- м.Київ є абсолютним лідером із операцій на органах зору, оскільки його показник (752,9) більше як удвічі перевищує середньодержавний (348,8). На нашу думку, причинами цього є внутрішній медичний туризм внаслідок наявності високорозвиненого науково-дослідного потенціалу, в тому числі, кадрового, саме в столиці України.

З іншого боку, при проведенні складних хірургічних втручань репрезентативним для споживачів медичних послуг є показник післяопераційної летальності (Додаток Б.9), який яскраво демонструє рівень якості наданих медичних послуг у складних та неформалізованих випадках. За наведеними даними, найменшим даний показник спостерігався у 2011 році в Київській обл. (0,56), Житомирській обл. (0,592) та Черкаській обл. (0,6). Ці дестабілізуючі показники майже в 3-4 рази перевищені у Івано-Франківській та Чернігівській областях, що, безумовно, негативно характеризує рівень проведення операцій у них.

Суттєве значення у якісному медичному забезпеченні відіграє рівень підготовки відповідних медичних кадрів (Додаток Б.10). В цілому, число випускників-лікарів в 2005-2010 роках залишалося на однаковому рівні. У той же час, кількість випускників-фармацевтів зросла більш ніж удвічі, і збільшилася на 20 % у випускників-стоматологів. Кількість випускників по програмах підготовки медсестер, акушерок та фельдшерів коливається, але збільшилася більш ніж на 20 % у кожному з останніх двох років. Число випускників – фахівців лабораторій знижується: у 2010 році таких випускників було на 30 5 менше, ніж у 2005 році.

За даними МОЗ, прийом до медичних навчальних закладів збільшився в 2005-2010 роках, зокрема, за програмами підготовки лікарів на 32 %,

фармацевтів на 24 %, фахівців в галузі охорони громадського здоров'я на 20 % і стоматологів на 14 %. Прийом по підготовці фахівців лабораторій збільшився лише на 6 %. Число студентів, прийнятих на програми підготовки медсестер, акушерок і фельдшерів, збільшилося в цей період часу лише на 2 %, хоча тенденція зменшення прийому на ці програми в минулому році була припинена.

Близько 40 % студентів на медичних програмах сплачували за навчання, а решта фінансувалися державою. Частка платних студентів була майже однаковою серед медсестер, акушерок і фельдшерів, але значно вищою серед студентів у стоматології (76 %) і фармацевтиці (90 %). Тільки 14 % студентів на програмах фахівців лабораторій і 9 % студентів на програмах громадського здоров'я платили за свою освіту. Сплата за навчання забезпечує необхідну підтримку бюджету навчальних закладів, що дозволяє їм утримувати співробітників і модернізувати інфраструктуру та обладнання. Однак, студенти, що сплачують за навчання, мають право вибирати свою спеціальність, і вони, як правило, обирають найбільш популярні спеціальності (наприклад, акушерство / гінекологія), що може відхилити випускників від спеціальностей, які є пріоритетними для сектора охорони здоров'я. Первинна медико-санітарна допомога (загальна практика) і сімейна медицина обираються небагатьма студентами. Ці галузі вважаються менш престижними і менш прибутковим, ніж вузькі спеціальності. У 2010 році лише 152 випускники стали сімейними лікарями [105, с. 8].

Вища медична освіта (підготовка лікарів) забезпечується 18 державними медичними вузами та факультетами, які рівномірно розподілені по всій країні в 16 обласних центрах і в столиці Автономної Республіки Крим. Всі вони мають факультет або інститут сімейної медицини. Крім того, існує чотири приватних установи, що забезпечують отримання вищої медичної освіти, всі вони є ліцензовані та акредитовані. Ще одним, надзвичайно важливим аспектом дослідження медичної підсистеми РРМТ є рівень фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні. Україна має розвинену інфраструктуру в секторі охорони здоров'я. Тим не менше, більшість коштів, які виділяються з бюджету на медичні установи, йдуть на утримання персоналу та комунальні платежі (близько 80 %), і невелика сума залишається на ліки, медичні матеріали та на обслуговування або придбання обладнання та інфраструктури. Розподіл загального обсягу ресурсів охорони здоров'я, що створюється Урядом, а також надходить із приватних і донорських джерел за даними 2009 року, показаний на рисунку 2.3.

Існуючі процедури обліку в Україні ускладнюють чітке розмежування видатків на амбулаторне та стаціонарне лікування. Наприклад, витрати на ліки і медичні товари або допоміжні медичні послуги (лабораторні і діагностичні дослідження), не показують, яка частина витрачається на амбулаторне лікування, а

яка – в лікарнях. Ще більше ускладнює відстеження розподілу коштів та управління ними те, що Міністерство охорони здоров'я не веде всебічний облік витрат від загального бюджету охорони здоров'я.



Рис. 2.3. Асигнування загальних видатків на охорону здоров'я за основними функціями у 2009 році [103, с. 37]

Інформація МОЗ містить лише асигнування, надані безпосередньо МОЗ, в той час як Мінфін веде облік витрат на охорону здоров'я, що здійснюються місцевими органами влади та іншими міністерствами. Переважна частина видатків на охорону здоров'я (95%) продовжує йти на поточні витрати, а 4% - на капітальні вкладення в інфраструктуру і обладнання. Основна частина витрат (32%) здійснюється на ліки і медичні товари, значна частка яких надходить з готівкових платежів пацієнтів. Насправді, 82% всіх готівкових платежів сплачується за ліки [106].

Витрати на профілактику в медичній сфері становлять лише 3 % від загальних витрат на охорону здоров'я. Це вражає низький відсоток, особливо враховуючи проблеми охорони здоров'я населення, з якими стикається Україна (ВІЛ / СНІД і туберкульоз), а також високу смертність від неінфекційних хвороб і з причин, яким можна запобігти. Значний відсоток (5% в 2009 році), як і раніше, витрачається на реабілітаційні послуги, що надаються в першу чергу в санаторіях. Додаткові медичні послуги складають майже 4% від усіх витрат на охорону здоров'я [107].

Придбання медичних послуг в Україні, в основному, здійснюється державою у закладів та установ з охорони здоров'я, якими вона володіє і керує. Процес закупівель послуг охорони здоров'я, по суті, - це автоматична сплата за надані медичні послуги. Як зазначають іноземні дослідники, „не існує розподілу «покупець-постачальник» або стратегічного придбання більш підхо-

дящих або економічно ефективних медичних послуг для бенефіціарів” [107].

Система бюджетування та платежів в Україні є однією з найбільш слабких ланок закладів медичної системи. Метод сплати постачальнику послуг ґрунтується на списку дозволених позицій, які, в свою чергу, базуються на нормах, встановленими Міністерством охорони здоров'я та Мінфіном. Ці норми багато в чому залежать від вхідної потужності медичних установ (число ліжок, число лікарів) і часто не пов'язані з медико-санітарними потребами населення. Рівень розподілу ресурсів, що виділяються на фінансування державою медичних установ, ґрунтується на традиційному бюджетуванні, з деякими корекціями по інфляції або по інших бюджетних питаннях. Мінфін та його філії в областях і районах інформують МОЗ та місцеві органи охорони здоров'я про максимальні суми асигнувань на конкретний бюджетний рік, що і визначає максимально допустимі витрати для кожного медичного закладу.

Відтак окремі медичні установи відповідно складають кошторис витрат на їхній бюджет – з первинною та обов'язковою метою забезпечення заробітної плати, і лише після цього решта коштів розподіляються між такими позиціями, як фармацевтичні препарати, продукти харчування, ремонтні роботи та обслуговування. Для стаціонарних об'єктів кількість позицій, на які виділяються гроші, заснована на числі ліжок.

Оскільки капітальні витрати не вважаються пріоритетними, гроші на них рідко виділяються – лише тоді, коли якісь гроші залишилися після задоволення первинних потреб і ліквідації минулих боргів.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні включає в себе різноманітні джерела державних та приватних доходів.

До них відносяться урядові асигнування на охорону здоров'я в центральний і місцеві бюджети, фонди соціального медичного страхування, внески донорів, готівкові платежі фізичних осіб і домашніх господарств, комерційні приватні фонди страхування, до яких входять внески роботодавців і добровільні схеми, придбані фізичними особами, а також некомерційні схеми страхування здоров'я (лікарняні фонди). Джерела та суми фінансування охорони здоров'я, що походять з останнього оновлення українських Національних рахунків охорони здоров'я (НРЗ), наведені у Додатку Б.4.

Державне фінансування охорони здоров'я трохи знизилося в останні роки до 55 % від загального обсягу фінансування. Роль місцевого самоврядування в державному фінансуванні охорони здоров'я залишається стабільною на рівні близько 40 % від загальних витрат на охорону здоров'я в країні. Фонди соціального страхування досить малі і призначені для забезпечення захисту від нещасних випадків на виробництві і ризиків хвороб, і на них припадає лише близько 0,2 % від загальних витрат на охорону здоров'я. Приватні витрати у

формі готівкових платежів домашніх господарств є другим за величиною джерелом фінансування охорони здоров'я і у 2009 р. внески від готівкових платежів збільшилися до рівня 42 % від загального обсягу видатків на охорону здоров'я.

Офіційно громадяни України користуються комплексним гарантованим пакетом медичних послуг безкоштовно як конституційним правом, але труднощі з державним фінансуванням медичного обслуговування призвели до мобілізації додаткових ресурсів за рахунок стягнення плати зі споживачів.

Це, в свою чергу, призвело до відсутності прозорості в системі, що сприяло збільшенню неофіційних платежів. За даними НРЗ, обсяг неформальних виплат у 2005 році склав 10 % від загальних витрат на охорону здоров'я і 22 % від загального обсягу витрат домашніх господарств.

Готівкові платежі здійснюються для придбання лікарських засобів і медичних матеріалів – близько п'ятої частини загальних витрат на охорону здоров'я, і 2/3 від загального обсягу готівкових платежів.

Сукупна частка схем приватного медичного страхування, що підтримується підприємствами і приватними роботодавцями, добровільне страхування здоров'я і лікарняні фонди є маргінальними у фінансуванні охорони здоров'я в Україні (близько 3% загального обсягу).

Історично склалося так, що частка донорського фінансування в загальному фінансуванні охорони здоров'я в Україні була досить низькою і досі знижується (0,7 % в 2004 році, 0,2 % в 2009 році).

Обмежені кошти донорів орієнтовані переважно на конкретні програми державного масштабу охорони здоров'я, такі як ВІЛ / СНІД, туберкульоз, контроль народжуваності. І якщо брати до уваги інвестиції в основний капітал медичних закладів, то вони також є незначними (Додаток Б. 11).

Їх частка коливається від 0,6 % від усіх капітальних інвестицій у Тернопільській області до 4,5 у Івано-Франківській та 4,6% у АР Крим. У абсолютному вираженні найбільше інвестували у медичні заклади м.Києва 387 млн. грн. та АР Крим 312 млн. грн.

Отже, узагальнені та стандартизовані часткові показники оцінки медичної підсистеми РРМТ нижче наведені у таблиці 2.9 (на основі даних [108, 109, 110, 111, 112], не стандартизовані показники наведено в Додатку Б.12).

Таблиця 2.9

Стандартизовані часткові показники оцінки медичної підсистеми PRMT регіонів України

МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА PRMT	Забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, осіб в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (хірургічні спеціалісти)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (акушери і гінекологи)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (педіатри)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (психіатри)	Кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (стоматологи)	Кількість середнього медперсоналу в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій кістково- мі'язової системи в стаціонарах регіону в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій на шкірі та підшкірній клітковині в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість акушерських операцій стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. жінок населення регіону	Кількість операцій на вусі/горлі/носі в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону
	$st M_1$	$st M_2$	$st M_3$	$st M_4$	$st M_5$	$st M_6$	$st M_7$	$st M_8$	$st M_9$	$st M_{10}$	$st M_{11}$	$st M_{12}$
АР Крим	0,654	0,442	0,821	0,637	0,808	0,558	0,826	0,752	0,522	0,535	0,596	0,588
Вінницька обл.	0,572	0,324	0,720	0,389	0,662	0,469	0,932	0,686	0,659	1,000	0,865	0,669
Волинська обл.	0,486	0,222	0,750	0,512	0,633	0,469	0,937	0,819	0,612	0,769	0,657	0,559
Дніпропетровська обл.	0,585	0,774	0,756	0,235	0,779	0,558	0,823	0,815	0,768	0,623	0,671	0,626
Донецька обл.	0,564	1,000	0,808	0,589	0,802	0,577	0,806	0,743	0,678	0,697	0,695	0,600
Житомирська обл.	0,472	0,255	0,637	0,626	0,604	0,392	0,970	0,809	0,572	0,782	0,570	0,469
Закарпатська обл.	0,498	0,177	0,486	0,315	0,430	0,478	0,798	0,506	0,542	0,316	0,491	0,373
Запорізька обл.	0,593	0,466	0,760	0,691	0,725	0,297	0,864	0,881	0,584	0,627	0,631	0,664
Івано-Франківська обл.	0,560	0,311	0,754	0,520	0,551	0,875	0,956	0,793	0,638	0,733	0,642	0,544
Київська обл.	0,410	0,362	0,730	0,551	0,516	0,547	0,793	0,765	0,592	0,553	0,827	0,668
Кіровоградська обл.	0,433	0,192	0,702	0,565	0,610	0,410	0,910	0,759	0,648	0,897	0,780	0,668
Луганська обл.	0,506	0,477	0,786	0,625	0,795	0,373	0,839	0,801	0,630	0,832	0,661	0,682
Львівська обл.	0,637	0,546	0,718	0,530	0,707	0,983	0,989	0,657	0,460	0,471	0,538	0,444
Миколаївська обл.	0,442	0,242	0,714	0,536	0,511	0,343	0,737	0,744	0,621	0,479	0,770	0,478
Одеська обл.	0,589	0,453	0,699	0,549	0,669	0,740	0,800	0,689	0,482	0,484	0,968	0,390
Полтавська обл.	0,575	0,265	0,672	0,578	0,595	0,781	0,883	0,755	0,597	0,506	0,566	0,563
Рівненська обл.	0,477	0,245	0,752	0,526	0,478	0,407	1,000	0,867	0,797	0,569	0,650	0,675
Сумська обл.	0,450	0,218	0,650	0,454	0,734	0,428	0,950	0,677	0,617	0,623	0,369	0,758
Тернопільська обл.	0,577	0,230	0,634	0,492	0,615	0,533	0,981	0,772	0,722	0,726	0,815	0,667
Харківська обл.	0,638	0,557	0,773	0,516	0,688	0,792	0,829	0,657	0,471	0,638	0,529	0,639
Херсонська обл.	0,428	0,212	0,725	0,591	0,528	0,302	0,819	0,812	0,782	0,670	0,804	0,636
Хмельницька обл.	0,459	0,264	0,644	0,593	0,538	0,389	0,918	0,833	0,639	0,561	0,743	0,615
Черкаська обл.	0,465	0,252	0,684	0,586	0,601	0,488	0,906	0,881	0,776	0,697	0,501	0,665
Чернівецька обл.	0,579	0,204	0,684	0,345	0,516	0,543	0,919	0,612	0,387	0,642	0,892	0,874
Чернігівська обл.	0,445	0,208	0,583	0,596	0,671	0,502	0,976	1,000	0,611	0,690	0,628	0,675
м. Київ	1,000	0,810	0,888	1,000	1,000	1,000	0,977	0,962	1,000	0,601	0,815	0,596
м. Севастополь	0,589	0,098	1,000	0,908	0,854	0,337	0,861	0,830	0,821	0,593	1,000	1,000

Продовж. табл. 2.9

МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Кількість операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології	Кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Інвестиції в основний капітал закладів охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість оздоровлених осіб в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість оздоровлених осіб в розрахунку на 1 середньо- облікового працівника медичних закладів	Експорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість зайнятого населення у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. нас.	Кількість вивільнених працівників у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я
	$st M_{13}$	$st M_{14}$	$st M_{15}$	$st M_{16}$	$st M_{17}$	$st M_{18}$	$st M_{19}$	$st M_{20}$	$st M_{21}$	$st M_{22}$	$st M_{23}$	$st M_{24}$
АР Крим	0,362	0,616	0,798	1,000	1,000	1,000	0,490	1,00000	1,000	1,000	0,125	0,963
Вінницька обл.	0,592	0,595	0,775	0,133	0,288	0,089	0,348	0,05084	1,000	0,778	0,864	1,000
Волинська обл.	0,390	0,753	0,723	0,049	0,317	0,059	0,480	0,02350	1,000	0,700	0,813	0,935
Дніпропетровська обл.	0,598	0,542	0,944	0,083	0,166	0,103	1,000	0,00066	1,000	0,628	0,956	0,945
Донецька обл.	0,501	0,926	0,781	0,091	0,110	0,129	0,800	0,00071	0,999	0,650	0,741	0,927
Житомирська обл.	0,449	0,983	0,695	0,057	0,119	0,100	0,283	0,00401	1,000	0,732	0,858	0,925
Закарпатська обл.	0,369	0,663	0,725	0,210	0,307	0,146	0,550	0,06026	1,000	0,605	1,000	0,968
Запорізька обл.	0,441	0,874	0,904	0,166	0,256	0,253	0,817	0,00925	1,000	0,707	0,886	0,942
Івано-Франківська обл.	0,247	0,458	0,761	0,033	0,875	0,056	0,379	0,00014	1,000	0,689	0,981	0,965
Київська обл.	0,253	1,000	0,735	0,048	0,206	0,066	0,426	0,00016	1,000	0,821	0,671	0,968
Кіровоградська обл.	0,392	0,700	0,827	0,015	0,091	0,037	0,608	0,00033	1,000	0,728	0,850	0,958
Луганська обл.	0,477	0,911	0,851	0,048	0,491	0,048	0,555	0,00007	1,000	0,621	0,788	0,911
Львівська обл.	0,436	0,821	0,827	0,434	0,379	0,202	0,490	0,40789	0,966	0,766	0,724	0,934
Миколаївська обл.	0,377	0,874	0,745	0,059	0,181	0,237	0,949	0,00017	0,997	0,619	0,883	0,920
Одеська обл.	0,271	0,921	0,788	0,181	0,464	0,247	0,670	0,27828	0,968	0,710	0,901	0,945
Полтавська обл.	0,458	0,574	0,749	0,161	0,217	0,098	0,559	0,02334	0,996	0,745	0,721	0,945
Рівненська обл.	0,367	0,953	0,753	0,045	0,114	0,046	0,514	0,00084	0,999	0,733	0,874	0,914
Сумська обл.	0,618	0,768	0,780	0,036	0,373	0,033	0,534	0,00007	0,999	0,722	0,787	0,943
Тернопільська обл.	0,247	0,926	0,799	0,039	0,073	0,034	0,329	0,00116	0,969	0,724	0,776	0,936
Харківська обл.	0,493	0,832	0,854	0,083	0,217	0,047	0,434	0,00337	1,000	0,662	0,880	0,946
Херсонська обл.	0,500	0,789	0,796	0,090	0,127	0,315	0,992	0,02834	1,000	0,645	0,825	0,967
Хмельницька обл.	0,218	0,821	0,787	0,067	0,193	0,031	0,318	0,00083	1,000	0,668	0,881	0,964
Черкаська обл.	0,411	0,979	0,776	0,046	0,343	0,062	0,569	0,00011	1,000	0,721	0,835	0,945
Чернівецька обл.	0,295	0,621	0,753	0,028	0,329	0,006	0,141	0,00018	1,000	0,641	0,917	0,962
Чернігівська обл.	0,517	0,295	0,963	0,058	0,151	0,030	0,440	0,00036	1,000	0,791	0,754	0,901
м. Київ	1,000	0,858	1,000	0,534	0,871	0,048	0,485	0,05802	0,000	0,599	0,815	0,909
м. Севастополь	0,463	0,558	0,694	0,121	0,301	0,165	0,823	0,15537	1,000	0,723	0,806	0,928

2.3. Оцінка сформованості туристичної підсистеми регіональних ринків медичного туризму

У листопаді 2012 року у м. Києві відбувся Київський Міжнародний туристичний форум за участі Генерального секретаря Всесвітньої туристичної організації (ЮНВТО) Талеба Ріфаї, який зазначив, що в Україні наразі відчуються позитивні зрушення у сфері туризму: «Найкраще туризм розвивається в тих країнах, де є політична воля підтримувати туризм як інструмент розвитку. За останні 2-3 роки ми нарешті бачимо таку політичну волю і в Україні».

Зокрема, в результаті здійснення певних змін в структурі державної влади в Україні з 2011 р. основним профільним органом, що регулює сферу туризму в Україні, є – Міністерство інфраструктури України. Відповідно центральним органом виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері туризму та курортів, є Державне агентство України з туризму та курортів (Держтуризмкурорт України) [113]. Серед напрямків його діяльності найбільш пріоритетними є наступні:

- підтримка нової моделі науково-технологічних перетворень українського туризму, що орієнтовані на інноваційний розвиток та забезпечення сталих конкурентних переваг українського туристичного продукту на світовому ринку;
- забезпечення розвитку в'їзного та внутрішнього туризму, курортів;
- децентралізація, підтримка місцевих ініціатив в розвитку туризму;
- досягнення ефективного державно-приватного партнерства;
- державне стимулювання кластерних регіональних утворень, що беруть активну участь у міжнародному туризмі;
- поширення інформації про Україну і її туристичні можливості на міжнародному туристичному ринку та всередині держави;
- організація створення загальнодержавної інформаційної мережі у туристичній і курортній сферах;
- підтримка різних форм міжнародного кооперування в сфері міжнародного туристичного обміну.

Завдання є надзвичайно актуальними в контексті активізації руху і обсягів потоків туристів в Україні (рис. 2.4) (на основі [114, с. 76]) (Додатки Б.13, Б.14, Б.15).

Слід додати, що надання туристичних послуг, придбання супутніх товарів активно підтримує функціонування та розвиток великої кількості підприємств, зосереджених у регіоні.

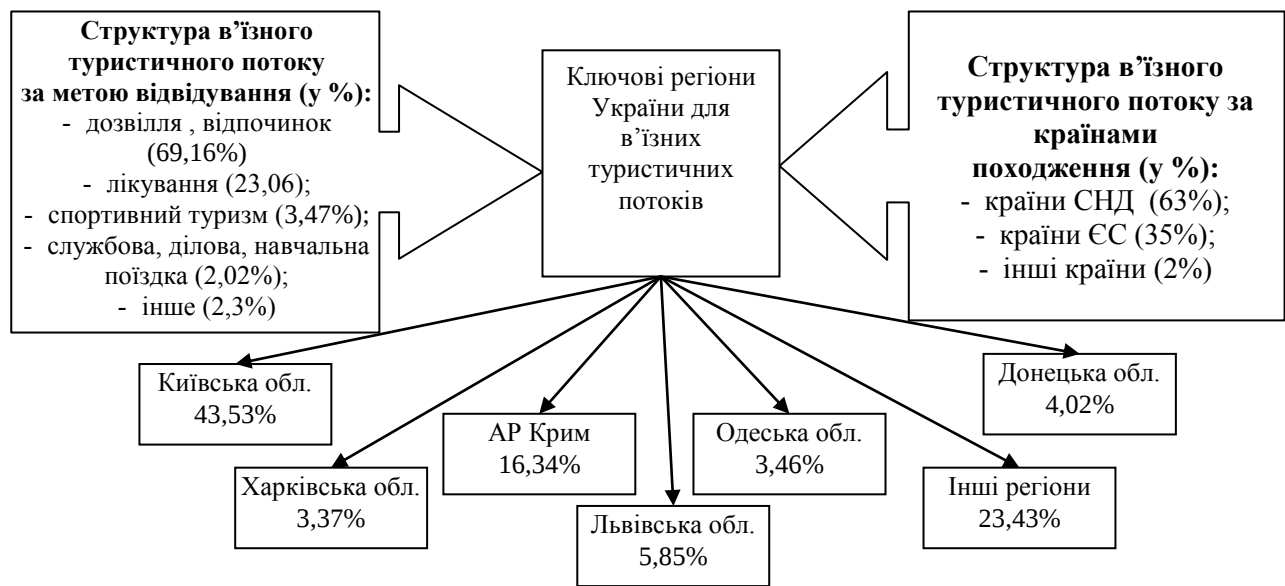


Рис. 2.4. Структура туристичних потоків до України за походженням, метою та географією розподілу у 2011 році

На туристичну сферу працює більше 40 галузей: від агропромислового комплексу (щоб нагодувати гостей) до правоохоронних органів – щоб забезпечити порядок і безпеку. Але облік туристів та обсяг послуг наданих їм сьогодні, здійснюється тільки туристичними підприємствами. Далі В.І.Цибух зауважує, що із 12,5 млн. туристів, що приїжджають сьогодні до нас, туристичними компаніями обслуговуються всього 600 тисяч" [115, с. 38].

Визначення економічної ефективності та соціальної важливості туризму здійснюється у відповідних сукупних базових показниках, визначених та розрахованих спеціально. У Державному класифікаторі видів економічної діяльності туризм визначено як окремий вид економічної діяльності (секція №1 "Діяльність транспорту та зв'язку", розділ 63.3, підклас 63.30.0 "Послуги з організації подорожувань"), до якого включено туристичну діяльність, посередницьку діяльність турагентів з реалізації туристичного продукту туроператорів, діяльність екскурсоводів (гідів), продаж та резервування квитків з будь-якою метою (відпустка, відрядження тощо) для подорожування на всі види транспорту [116]. Водночас, діяльність санаторно-курортних закладів, готелів, ресторанів, туристичних баз, туристичні перевезення та інші послуги внесено до інших розділів класифікатора видів економічної діяльності, що значно ускладнює визначення економічної ефективності функціонування туристичної галузі загалом. Важливість туризму для національної економіки та економіки регіону є нечітко визначеною, оскільки в загальній кількості спожитих за певний період товарів та послуг, а також окремо, за кожною з галузей економіки,

неможливо виділити ту їх частку, що припадає на споживання туристами, тобто забезпечене лише завдяки туристичній діяльності і залежить від грошових витрат туристів. Практично неможливо із загальної кількості продажів виділити частку товарів або послуг, придбаних туристами (наприклад, обсяг спожитих туристами продуктів харчування або послуг зв'язку), тому проблема методологічного забезпечення розрахунку чисельності туристів, що відвідали певну територію, та обсягу наданих їм послуг потребує подальшого розв'язання [117].

Загалом, в звітності також розрізняються суб'єкти туристичної діяльності в розрізі юридичних та фізичних осіб-підприємців (табл. 2.10), а тому в даному дослідженні при визначенні часткових показників бралися їх сукупні значення.

Таблиця 2.10

Суб'єкти туристичної діяльності у 2011 році за регіонами України (одиниць)*

Показники	Кількість суб'єктів туристичної діяльності						
	Юридичні особи				Фізичні особи-підприємці		
	усього	в тому числі			усього	в тому числі	
		тур-оператори	турагенти	суб'єкти, що здійснюють екскурсійну діяльність		турагенти	суб'єкти, що здійснюють екскурсійну діяльність
АР Крим	234	129	71	34	321	125	196
Вінницька обл.	34	11	23	-	45	44	1
Волинська обл.	35	15	20	-	41	39	2
Дніпропетровська	163	27	132	4	234	230	4
Донецька обл.	166	37	127	2	242	241	1
Житомирська обл.	24	4	19	1	40	38	2
Закарпатська обл.	61	18	40	3	88	78	10
Запорізька обл.	81	17	63	1	85	80	5
Івано-Франківська	54	21	30	3	62	58	4
Київська обл.	22	4	18	-	41	39	2
Кіровоградська обл.	20	6	14	-	30	28	2
Луганська обл.	33	2	31	-	61	61	-
Львівська обл.	134	60	55	19	96	60	36
Миколаївська обл.	42	6	36	-	44	41	3
Одеська обл.	175	116	59	-	86	80	6
Полтавська обл.	35	4	30	1	81	81	-
Рівненська обл.	30	9	20	1	20	20	-
Сумська обл.	21	5	16	-	53	51	2
Тернопільська обл.	30	12	14	4	42	41	1
Харківська обл.	125	17	106	2	171	166	5
Херсонська обл.	22	5	13	4	60	52	8
Хмельницька обл.	30	3	24	3	46	38	8
Черкаська обл.	35	7	28	-	63	60	3
Чернівецька обл.	71	30	40	1	48	47	1
Чернігівська обл.	20	3	17	-	30	30	-
м. Київ	702	275	420	7	183	180	3
м. Севастополь	43	34	5	4	38	33	5

* складено за даними [120, с. 6]

Оскільки основною одиницею вимірювання туристичної діяльності є кількість туристів, а турист визначається Законом України «Про туризм» як особа, що подорожує з різною метою строком від 24 годин до одного року без здійснення будь-якої оплачуваної діяльності і із зобов'язанням залишити країну або місце перебування в зазначений термін, то обсяги туристичних потоків за різними формами і видами туризму характеризують рівень розвитку туризму в країні, регіоні або локальній дестинації. На жаль, немає законодавчого визначення поняття «туристичний потік», а в навчальній літературі він розглядається, як постійне прибуття туристів до країни (регіону) або виїзд туристів за її межі за певний період часу. Облік ємності туристичних потоків ведеться Адміністрацією Держприкордонслужби України та Державним агенством туризму і курортів (Додаток Б.13).

В умовах слабкості інноваційної інфраструктури для власного саморозвитку національних туроператорів спостерігається значний приплив представництв транснаціональних корпорацій, які активно просувають продукт ринку закордонного туризму та вважають наш ринок перспективним та ємким.

За узагальненими даними 2010 року, питома вага кількості обслугованих туристів, які подорожували за пакетними турами міжнародних консолідаторів в структурі імпорту туристичних послуг складає біля 95%, що вказує на абсолютну монополізацію українського ринку та зосередження фінансових потоків в закордонних компаніях, які в своїй структурі мають рецептивних та ініціативних туроператорів, тобто одночасно є і направляючими і приймаючими компаніями в країнах-імпортерах і країнах відвідування.

Основною передумовою розвитку сфери туризму є підтримка державою внутрішнього і в'їзного туризму, як основних напрямів залучення коштів до державного бюджету, в тому числі валютних. Однак, активізація даних видів туризму є можливою лише за рахунок здійснення активної інформаційної підтримки України, окремих її туристичних регіонів і дестинацій, популяризації їх на національному і світовому ринках. Особливої актуальності набуває необхідність розробки централізованої державної рекламної програми, спрямованої на проведення і прийняття активної участі у роботах регулярних міжнародних і національних виставок і конференцій, розміщення інформаційних стендів, активізацію видавничої і поліграфічної діяльності.

Особливо сприятливими туристичними ресурсами відзначається Крим. Крим – найбільший санаторно-курортний і туристичний район України. Найбільшими його центрами є міста Ялта і Євпаторія. Другим великим туристичним районом України є група причорноморських і приазовських областей – Одеська, Донецька, Запорізька, Миколаївська і Херсонська. Території цих областей, що виходять до моря, мають значні туристичні

ресурси. Третє місце посідає Карпатський регіон, де розташовано близько 100 санаторіїв і пансіонатів з лікуванням майже на 25 тис. ліжок. Особливо відзначається Львівська область (понад 50 санаторіїв і пансіонатів з лікуванням), де зосереджені такі відомі оздоровчі центри, як Трускавець, Східниця, Моршин, Любінь Великий, Шкло, що виникли на базі унікальних цілющих мінеральних вод. Ці води почали використовуватися для лікування давно – в с. Шклі на Львівщині з другої половини XVII ст., в Трускавці – з 20-х років XIX ст. Передкарпатські курорти, зокрема Трускавецький, мають значні перспективи розвитку. Тут формується великий Трускавецький курортотоліс з широким залученням капіталу іноземних фірм [118, с. 167].

При цьому слід підкреслити, що зазначені регіони є лише елементами ринку медичного туризму в Україні, але не його ключовими осередками. Це пов'язано з тим, що їх функція полягає, насамперед, в профілактиці певних захворювань та зміцненні здоров'я туристів, які відвідують регіон. Тоді як характерною особливістю саме медичного (а не оздоровчого) туризму є організація стаціонарного/амбулаторного розміщення туристів з метою поєднання послуг з лікування певного захворювання та відпочинку. Це ілюструється, наприклад, лише 6 особами, які відвідали Закарпатську область з метою лікування проти 16909 осіб з метою дозвілля та відпочинку у 2011 році (серед обслужених туроператорами та турагентами).

Тому, в контексті даного дослідження, суттєвим є визначення кількості туристів, які відвідують окремі регіони з метою лікування. Нижче (рис. 2.5) зображено частку туристів, які приїхали в кожен із регіонів саме з цією метою.

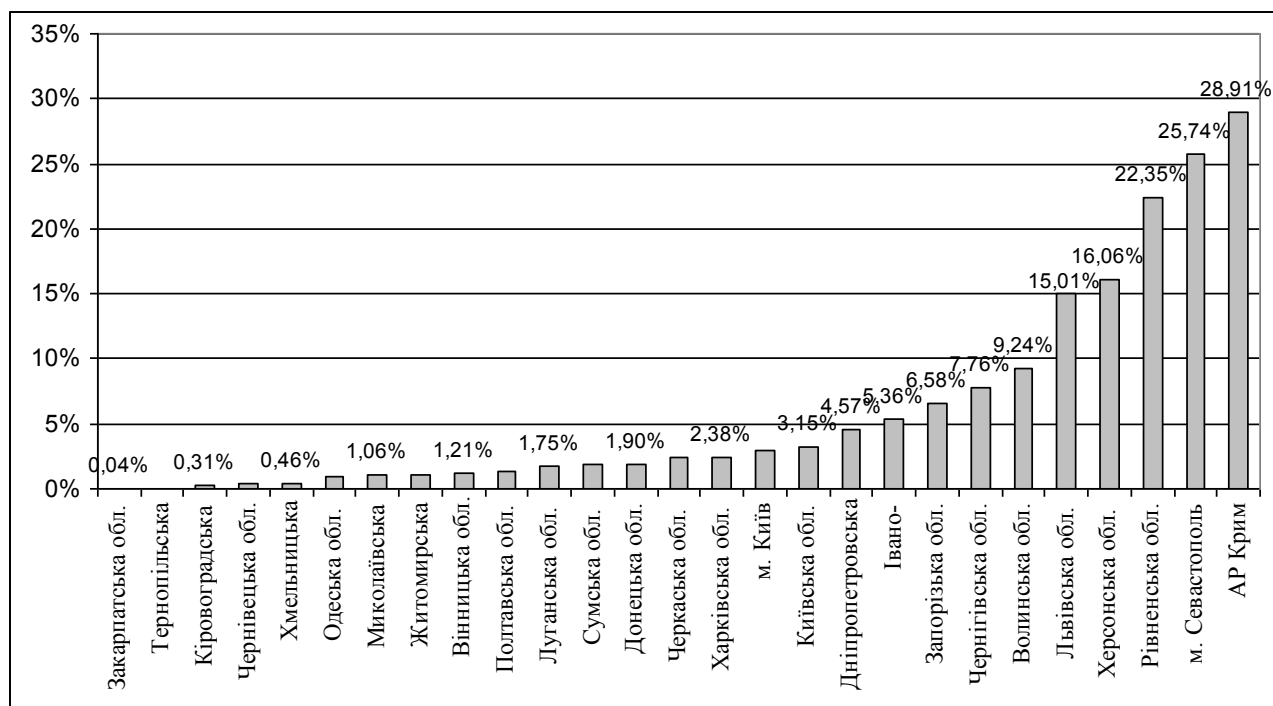


Рис. 2.5. Частка туристів, обслужених суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з

метою лікування у 2010/2011 році (складено автором за даними [120])

Як бачимо, лідерами є АР Крим, Рівненська, Херсонська, Львівська та Волинська області. Тоді як Закарпатська та Тернопільська області в аутсайдерах.

Узагальнені та стандартизовані часткові показники оцінки туристичної підсистеми РРМТ наведені у таблиці 2.11 (на основі даних [108], [109], [119] та часткових показників з Додатку Б.17).

До інерційних загальних факторів, що стримують запровадження інновацій в діяльності туристичних підприємств відносяться [119]:

- недосконала національна туристична політика, яка пасивно реагує на захоплення ринку міжнародними консолідаторами; не спонукає до формування інвестиційної стратегії залучення коштів для пошуку та імплементації інновацій на внутрішньому ринку; нераціонально використовує і так обмежені державні кошти, спрямовуючи їх на просте відтворення туристичного процесу;
- національні виробники-продуценти туристичних послуг та турорганізатори не мають власних коштів на розвиток еволюційних, стратегічних, радикальних інновацій, тому і не можуть вийти на «зрілі» ринки економічно розвинених країн; не здатні конкурувати з міжнародними консорціумами, а отже змушені функціонувати в сегменті низькодоходного внутрішнього туризму, або здійснювати агентську посередницьку діяльність на більш доходному, але повністю консолідованому ринку міжнародного туризму;
- на результати економічних трансформацій суттєво впливають: кумулятивний характер інноваційних змін; низький рівень інноваційної культури; переважна більшість мікро-підприємств з невеликими обсягами виробництва та фінансовими ресурсами.

2.4. Оцінка сформованості інфраструктурної підсистеми регіональних ринків медичного туризму

Високорозвинена інфраструктура має велике значення для ефективного розвитку регіональних ринків медичного туризму, оскільки є важливим фактором при визначенні місця розташування суб'єктів економічної діяльності, що надають відповідні послуги, а також суттєво впливає на остаточне прийняття рішення потенційними споживачами про вибір регіону за однакових умов медичного забезпечення. В цілому, високорозвинена інфраструктура зменшує вплив відстані між регіонами, забезпечує інтеграцію національного ринку й низьковитратний зв'язок з ринками інших країн та регіонів. Якість і розвиток інфраструктури впливають на економічне зростання, у різний спосіб скорочують розбіжність у рівнях доходів населення й сприяють боротьбі з бідністю.

Таблиця 2.11

Стандартизовані часткові показники оцінки туристичної підсистеми PRMT регіонів України

ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА PRMT	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 іноземного туриста, що відвідав регіон	Кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 1 туриста в регіоні	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон:	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Операційні витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон
	stT_1	stT_2	stT_3	stT_4	stT_5	stT_6	stT_7	stT_8	stT_9	stT_{10}	stT_{11}	stT_{12}	stT_{13}
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
АР Крим	0,318	0,4190	1,000	0,357	0,551	0,073	1,00000	0,108	0,034	0,621	0,243	0,652	0,724
Вінницька обл.	0,045	0,0001	0,042	0,062	0,377	0,131	0,00116	0,099	0,500	0,009	0,004	0,085	0,980
Волинська обл.	0,039	0,0113	0,320	1,000	0,150	0,072	0,01538	0,097	0,423	0,247	0,008	0,179	0,989
Дніпропетровська обл.	0,054	0,0000	0,158	0,590	0,371	0,317	0,00103	0,509	1,000	0,005	0,011	0,167	0,921
Донецька обл.	0,056	0,0025	0,066	0,057	0,223	0,191	0,06713	0,400	0,556	0,181	0,034	0,515	0,918
Житомирська обл.	0,024	0,0001	0,037	0,582	0,171	0,126	0,00060	0,309	0,806	0,020	0,003	0,103	0,980
Закарпатська обл.	0,049	0,0057	0,001	0,000	0,242	0,061	0,00091	0,207	0,114	0,001	0,009	0,151	0,908
Запорізька обл.	0,094	0,0085	0,227	0,137	0,511	0,222	0,08557	0,192	0,577	0,094	0,011	0,102	0,957
Івано-Франківська обл.	0,120	0,0233	0,185	0,000	0,348	0,108	0,00358	0,057	0,075	0,008	0,141	1,000	0,018
Київська обл.	0,021	0,0005	0,109	0,000	0,083	0,080	0,01858	0,268	0,632	0,075	0,009	0,380	0,838
Кіровоградська обл.	0,075	0,0035	0,011	0,000	0,748	0,038	0,00228	0,054	0,077	0,003	0,015	0,176	0,899
Луганська обл.	0,019	0,0004	0,061	0,089	0,164	0,063	0,00201	0,465	0,482	0,027	0,008	0,343	0,976
Львівська обл.	0,142	0,0502	0,519	0,560	0,271	0,164	0,53719	0,164	0,191	1,000	0,039	0,239	0,937
Миколаївська обл.	0,066	0,0332	0,037	0,000	0,318	0,115	0,00258	0,132	0,358	0,023	0,027	0,343	0,770
Одеська обл.	0,089	0,0707	0,031	0,022	0,269	0,124	0,02867	0,083	0,190	0,043	0,038	0,361	0,768
Полтавська обл.	0,051	0,0026	0,048	0,016	0,485	0,155	0,00438	0,251	0,637	0,010	0,005	0,081	0,978
Рівненська обл.	0,023	0,0006	0,773	0,081	0,252	0,076	0,00165	1,000	0,464	0,022	0,005	0,187	0,873
Сумська обл.	0,033	0,0008	0,065	0,043	0,343	0,100	0,00495	0,467	0,524	0,082	0,003	0,075	0,992

Продовження табл. 2.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Гернопільська обл.	0,037	0,0000	0,002	0,000	0,073	0,092	0,00000	0,048	0,355	0,000	0,004	0,103	0,955
Харківська обл.	0,076	0,0020	0,082	0,010	0,313	0,294	0,03968	0,307	0,702	0,140	0,018	0,199	0,876
Херсонська обл.	0,076	0,0042	0,555	0,292	0,644	0,134	0,11658	0,130	0,176	0,129	0,039	0,437	0,858
Хмельницька обл.	0,066	0,0000	0,016	0,000	0,970	0,236	0,00000	0,119	0,376	0,000	0,006	0,077	0,978
Черкаська обл.	0,025	0,0001	0,081	0,081	0,154	0,098	0,00179	0,287	0,693	0,016	0,005	0,187	0,970
Чернівецька обл.	0,112	0,0242	0,016	0,000	0,119	0,129	0,00000	0,012	0,075	0,000	0,012	0,093	0,948
Чернігівська обл.	0,040	0,0013	0,268	0,021	0,072	0,093	0,00210	0,259	0,577	0,020	0,002	0,037	1,000
м. Київ	0,940	0,2302	0,102	0,110	0,780	1,000	0,20507	0,210	0,294	0,058	1,000	0,911	0,919
м. Севастополь	1,000	1,0000	0,890	0,252	1,000	0,517	0,12374	0,017	0,012	0,002	0,568	0,487	0,833

Продовж. табл. 2.11

ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА PRMT	Кількість випускників ВНЗ за туристичним профілем на 10 тис. осіб населення регіону	Витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні на послуги сторонніх організацій на медичне белугування при виробництві туристичного продукту в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Продуктивність праці в туристичній сфері регіону	Кількість об'єктів історико- культурної спадщини в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість об'єктів природно- заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Індекс близькості регіону до столиці	Індекс близькості регіону до кордону України	Індекс близькості до морських, річкових і запічних портів загально- державного і міжнародного значення, міжнародних аеропортів і транспортних коридорів
	stT_{14}	stT_{15}	stT_{16}	stT_{17}	stT_{18}	stT_{19}	stT_{20}	stT_{21}	stT_{22}	stT_{23}	T_{24}	T_{25}	T_{26}
1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
АР Крим	0,388	0,436	0,421	0,740	0,369	0,360	0,132	0,332	0,899	0,147	0,16	1,000	1,000
Вінницька обл.	0,156	0,360	0,066	0,462	0,058	0,360	0,403	0,137	0,154	0,018	0,53	1,000	0,600
Волинська обл.	0,489	0,440	0,073	0,234	0,101	0,672	0,607	0,929	0,233	0,028	0,65	1,000	0,200
Дніпропетровська обл.	0,038	0,597	0,152	0,690	0,069	0,055	0,070	0,074	0,380	0,104	0,29	0,600	0,800
Донецька обл.	0,058	0,438	0,107	0,527	0,290	0,019	0,042	0,090	0,295	0,072	0,19	0,900	1,000
Житомирська обл.	0,200	0,492	0,040	0,626	0,051	0,198	0,276	0,448	0,160	0,000	0,90	0,900	0,400
Закарпатська обл.	0,406	1,000	0,076	0,790	0,037	0,373	0,608	0,596	0,379	0,046	0,17	1,000	0,200
Запорізька обл.	0,284	0,363	0,137	0,464	0,070	0,028	0,292	0,293	0,295	0,064	0,25	0,600	1,000
Івано-Франківська обл.	0,552	0,476	0,140	1,000	0,519	0,366	0,618	0,684	0,267	0,042	0,23	0,900	0,200
Київська обл.	0,148	0,529	0,044	0,421	0,177	0,203	0,177	0,262	0,117	0,084	1,00	0,900	0,400
Кіровоградська обл.	0,127	0,371	0,061	0,984	0,117	0,099	0,327	0,156	0,159	0,029	0,47	0,400	0,800
Луганська обл.	0,168	0,527	0,032	0,432	0,160	0,058	0,110	0,153	0,132	0,038	0,17	0,900	0,800
Львівська обл.	0,500	0,273	0,157	0,431	0,216	1,000	0,216	0,250	0,288	0,601	0,26	1,000	0,200
Миколаївська обл.	0,216	0,619	0,154	0,909	0,137	0,111	0,188	0,264	0,232	0,049	0,27	0,400	1,000
Одеська обл.	0,160	0,662	0,172	0,919	0,135	0,120	0,084	0,262	0,348	0,145	0,29	1,000	1,000
Полтавська обл.	0,258	0,436	0,074	0,514	0,046	0,179	0,416	0,388	0,250	0,039	0,41	0,400	0,600
Рівненська обл.	0,220	0,500	0,056	0,226	0,092	0,348	0,444	0,666	0,138	0,050	0,43	0,900	0,200
Сумська обл.	0,110	0,216	0,026	0,123	0,085	0,397	0,360	0,655	0,204	0,050	0,41	0,900	0,400
Тернопільська обл.	0,235	0,437	0,093	0,587	0,058	0,539	0,885	0,489	0,212	0,053	0,31	0,400	0,200
Харківська обл.	0,417	0,447	0,148	0,451	0,110	0,115	0,145	0,114	0,343	0,063	0,29	0,900	0,600
Херсонська обл.	0,586	0,522	0,073	0,307	0,206	0,198	0,122	0,893	0,241	0,053	0,24	0,400	1,000
Хмельницька обл.	0,289	0,220	0,057	0,217	0,086	0,583	0,619	1,000	0,183	0,065	0,40	0,600	0,400
Черкаська обл.	0,497	0,617	0,070	0,365	0,075	0,188	0,651	0,204	0,244	0,067	0,70	0,400	0,600
Чернівецька обл.	0,281	0,586	0,198	0,624	0,039	0,454	0,613	0,497	0,418	0,255	0,26	1,000	0,400
Чернігівська обл.	0,233	0,266	0,041	0,326	0,034	0,604	1,000	0,966	0,146	0,053	0,93	0,900	0,400
м. Київ	0,632	0,225	1,000	0,196	1,000	0,495	0,095	0,019	1,000	1,000	-	-	-
м. Севастополь	1,000	0,166	0,426	0,226	0,725	0,343	0,048	0,298	0,676	0,303	-	-	-

Добре розвинені транспортна й комунікаційна інфраструктури є передумовою доступу менш розвинених населених пунктів до основних економічних процесів і сервісів. Телекомунікаційна мережа гарантує швидкий і вільний потік інформації, який підсилює загальну економічну ефективність тим, що дозволяє гравцям на ринку враховувати весь обсяг наявної інформації при прийнятті рішень та обмінюватися нею.

Готельне господарство є однією зі складових туристичної індустрії в Україні. Саме готельні підприємства виконують одну з найважливіших функцій у сфері обслуговування туристів: забезпечують їх сучасним житлом та необхідними послугами, бо якість проживання та відповідне обслуговування дуже впливають на рівень туристичного сервісу та загальне сприйняття якості послуг медичного туризму. Загалом, до підприємств готельного господарства – суб'єктів підприємницької діяльності – відносяться такі типи підприємств: готелі, готельно-офісні центри, мотелі, кемпінги, молодіжні турбази та гірські притулки, приміщення, пристосовані під готелі, гуртожитки та інші об'єкти для тимчасового проживання (Додаток Б.18, Б.19).

Згідно з функціональною структурою підприємств готельного господарства на території України послуги з тимчасового проживання у 2010 р. надавали 849 готелів, 28 мотелів, 7 готельно-офісних центрів, 11 кемпінгів, 54 молодіжні турбази та гірські притулки, 174 гуртожитки для приїжджих та 608 інших місць для тимчасового проживання (Додаток Б.20).

Найбільш поширеними в Україні є готелі – 49,1% загальної кількості підприємств готельного господарства та інші місця для тимчасового проживання – 35,1%, які поряд із традиційними підприємствами готельного господарства пропонують своїм клієнтам повний комплекс послуг із приймання, розміщення, харчування й обслуговування. В окремих регіонах, особливо у сезон відпочинку, інші місця для тимчасового проживання здатні розмістити та прийняти більше клієнтів, ніж основні. До їхнього складу входять сезонні бази відпочинку, літні будиночки, котеджі тощо, які здаються для тимчасового проживання під час відпускнуго періоду. У 2010 р. налічувалось 464 таких підприємства, або 76,3% загальної кількості інших місць для тимчасового проживання. Найбільше їх було у Херсонській (105), Миколаївській (96), Луганській (48), Дніпропетровській (37), Черкаській (32) та Чернігівській (19) областях (Додатки Б.22-Б.33).

У розподілі підприємств готельного господарства за типами третє місце займають гуртожитки для приїжджих. У 2010 р. їх нараховувалося 174 од з 11,9 тис. місць. Інші типи підприємств, такі як мотелі, готельно-офісні центри, кемпінги, молодіжні бази та гірські притулки, які поширені в більшості країн і,

враховуючи їхню місткість і функціональність, відіграють важливу роль у розвитку галузі, в Україні практично не розвинуті.

Протягом 2000–2007 рр. в Україні (крім незначного зниження у 2002 р. та 2005 р.) простежувалась позитивна тенденція зростання кількості осіб, які обслуговувалися готелями. Починаючи з 2008 р., кількість обслугованих у готелях зменшувалась. У 2010 р. цей показник зріс порівняно з 2009 р. на 301,8 тис. осіб або на 11,0 % (Додаток Б.21 за даними [121]).

У 2010 р. більше половини (65,4%) кількості приїжджих, обслугованих готелями, зупинялось у 7 регіонах України, а саме: м.Києві – 907,3 тис. осіб, Львівській області – 263,5 тис. осіб, Автономній Республіці Крим – 227,1 тис. осіб, Одеській області – 186,5 тис. осіб, Київській – 139,6 тис. осіб, Донецькій – 139,0 тис. осіб та Харківській – 135,5 тис. осіб.

У готельному господарстві важливим елементом є кількість прийнятих іноземних туристів, які приносять державі валютну виручку (експорт послуг), що стимулює розвиток тих галузей, що беруть участь у їхньому обслуговуванні. Усе це сприяє зростанню валового внутрішнього продукту і підвищенню життєвого рівня населення. У 2010 р. порівняно з 2009 р. обсяг експорту послуг по підприємствах готельного господарства збільшився на 25,3 млн.дол. США, або на 25,4%, і становив 124,8 млн.дол. США, з них обсяг експорту послуг тільки по готелях збільшився на 11,0 млн.дол. США, або на 13,2%, і становив 94,1 млн.дол. США. Усього за 2010 р. Було обслужено підприємствами готельного господарства 990,6 тис. іноземців (24,5% загальної кількості обслугованих по Україні підприємствами готельного господарства), з них зупинялося й обслуговувалося у готелях – 917,7 тис., що на 172,8 тис., або на 23,2%, більше, ніж у 2009 р.

Хоча практично вся територія нашої країни має достатній потенціал для розвитку туризму, все ж інтенсивність відвідувань іноземними туристами її окремих регіонів дуже різниться. Із загальної кількості обслугованих готелями іноземних громадян більше трьох чвертей (76,0%) зупинялося у готелях м.Києва, Львівської області, Автономної Республіки Крим та Одеської області. Тривалість їхнього часу перебування у 2010 р. порівняно з 2009р. збільшилась на 338,5 тис. люд.-днів, або на 25,6%. Це свідчить про зростання зацікавленості іноземних громадян до цієї місцевості, що надзвичайно позитивно характеризує саме ці регіони і з позицій медичного туризму.

Незважаючи на широку „географію” туристів, які приїжджають до нашої країни (у 2010 р. до України прибули іноземці з 205 країн), більше третьої частини їхньої кількості (38,7%) становлять туристи з держав СНД – 383,5 тис. осіб (Російської Федерації – 311,7 тис. осіб, Білорусі – 54,2 тис. осіб, Молдови – 17,6 тис. осіб). Щодо інших країн, то найчастіше Україну відвідували туристи з

Німеччини – 80,4 тис. осіб, Сполучених Штатів Америки – 64,4 тис. осіб, Польщі – 58,0 тис. осіб, Великої Британії – 31,7 тис. осіб, Франції – 28,9 тис. осіб, Італії – 28,5 тис. осіб, Туреччини – 26,1 тис. осіб, Австрії та Нідерландів – по 15,3 тис. осіб з кожної країни, Канади – 13,6 тис. осіб, Швеції – 12,4 тис. осіб та Ізраїлю – 11,7 тис. осіб.

Однією з найважливіших характеристик якості готельного господарства є рівень комфорту. Критеріями для віднесення готелів до окремих категорій є якість приміщень загального користування і номерів, наявність ванних і душових кімнат, стандарти умеблювання, види, кількість і якість технічного обладнання, рівень оформлення приміщень, кількість і валіфікація персоналу, рівень і асортимент послуг із харчування тощо. В Україні на цей час, згідно з національним стандартом ДСТУ 4269: 2003 „Послуги туристичні. Класифікація готелів”, передбачається розподіл готелів і мотелів на 5 категорій (від однієї до п’яти „зірок”). На сьогодні, згідно з даними зі стандартизації, в Україні функціонують 9 п’ятизіркових готелів: „Прем’єр-Палац”, „Софія-Київ”, „Опера (Інтерн)” та „Менеджмент” у м.Києві, „Ортадос” та „Санрайз-готель” у м.Одесі, „Донбас-Палас” (Донецьк), „Україна” (Дніпропетровськ) та „Космополіт” (Харків). Приїжджих обслуговують 67 чотиризіркових готелів, 317 – тризіркових, двозіркових та однозіркових, решта – 456 готелів – не мають категорії. Така велика кількість „безкатегорійних” готелів пояснюється рядом причин: більшість із них не відповідають комплексу вимог до матеріально-технічного забезпечення, номенклатури і якості наданих послуг, рівня обслуговування; деякі отримали сертифікат лише на безпеку проживання; ряд готелів проводять поточний або капітальний ремонт і реконструкцію чи знаходяться у стадії ліквідації; новозбудовані готелі ще не встигли одержати категорію; значна кількість готелів перейшла у власність фізичних осіб, у яких немає потреби в отриманні сертифіката „зірковості”, оскільки це вимагає значних фінансових витрат.

Практично три чверті (74,6%) загальної кількості готелів мали у своєму складі таких об’єктів сервісу, як ресторани, кафе та бари. Найбільше закладів харчування, як і у 2009 р., діяло при готелях м.Києва – 99 од, або 15,6% загальної кількості усіх ресторанів, кафе та барів, що функціонували при готелях України, Львівської області – 79, або 12,5%, Автономної Республіки Крим – 61, або 9,6%, Донецької – 54, або 8,5%, Закарпатської – 43, або 6,8% та Одеської – 37, або 5,8%, областей. Кожен готель Автономної Республіки Крим, Донецької та Чернівецької областей мав на своєму балансі заклад харчування, а в деяких готелях Закарпатської області, міст Києва та Севастополя клієнтів обслуговували 2 чи більше таких закладів. У кожному другому готелі 12 областей України функціонував ресторан, кафе та бар, майже кожен третій готель Вінницької області був оснащений одним із закладів харчування, хоча б

один ресторан, кафе та бар функціонував у кожному четвертому готелі Рівненської області. Поряд із цим готелі декількох областей майже не забезпечені закладами харчування: ресторан, кафе чи бар налічував лише кожен 7 готель Луганської та Чернігівської областей. Більше третини готелів (40,5%) мали автостоянки, а трохи більше половини (58,4%) – сауни та пральні. Значна кількість автостоянок діяла при готелях Автономної Республіки Крим – 61 (17,7% загальної кількості автостоянок, розташованих при готелях), м.Києва – 30 од. (8,7%), Львівської області – 28 од. (8,1%), Закарпатської – 22 од. (6,3%), Донецької – 20 од. (5,8%). Більш детальна інформація наведена у Додатку Б. 34.

Найкраще забезпечені автостоянками готелі Закарпатської, Одеської, Полтавської, Сумської, Тернопільської, Черкаської та Чернівецької областей, у цих областях автостоянки мав практично кожен другий готель. Поряд із цим у деяких регіонах на території готелів не передбачено місць, обладнаних під автостоянки, тому лише кожен 5-й готель Дніпропетровської області, кожен 8-й – Рівненської та кожен 9-й – Луганської областей мав такі об'єкти. Значна кількість саун і пралень функціонувала в готелях Автономної Республіки Крим – 58, або 11,7% загальної кількості саун та пралень, що надавали послуги в готелях, Львівської області та м.Києва – по 51, або по 10,3%, у кожному з регіонів, Донецької області – 46, або 9,3%, та Закарпатської – 38, або 7,7%. Поряд із цим у готелях деяких регіонів сауни та пральні практично відсутні: лише кожен 5-й готель Миколаївської та Рівненської областей та кожен 14-й готель Луганської області налічував такі об'єкти сервісу.

Порівняно з 2009 р. у 2010 р. доходи від обслуговування іноземних громадян готелями збільшились на 104,9 млн.грн. і становили 1018,6 млн.грн. (39,8% усіх доходів від основного виду діяльності). Найбільший доход від обслуговування іноземців отримано готелями м.Києва – 634,9 млн.грн., або 62,3% загального доходу, отриманого від обслуговування іноземців. Значним був внесок у загальний дохід України від обслуговування іноземних туристів готелями Львівської області (8,3% загального доходу), Автономної Республіки Крим, Одеської, Донецької та Харківської областей (від 7,1% до 3,6%) (Додатки Б.30, Б.31).

Готельне господарство – це сфера підприємництва, де жорстку конкурентну боротьбу витримують лише ті готелі, котрі можуть запропонувати своїм клієнтам високоякісне обслуговування, а це неможливо без професійно підготовленого персоналу. У готелях у 2010 р. працювало 25,4 тис. осіб, що на 1,6 тис. осіб, або на 6,1%, менше, ніж у 2009 р. Зменшення кількості готельного персоналу пов'язане в основному із звільненням персоналу у зв'язку з припиненням діяльності готелю з метою його перебудови для зайняття іншим видом діяльності. У середньому по країні у 2010 р. в одному готелі працювало 30 осіб.

Середньомісячна заробітна плата одного працівника цієї сфери становила 2085,3 грн.

Суттєву конкуренцію підприємствам готельного господарства створюють фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності, які переважно утримують невеличкі готелі та є власниками приватних будинків і квартир. Вони пропонують відвідувачам повний спектр основних та додаткових готельних послуг при значно нижчій їхній вартості. За даними Державної податкової адміністрації, кількість фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності в Україні, що надавали приїжджим послуги з тимчасового проживання, у 2010 р. становила в цілому 6474 особи, з яких утримували готелі – 2716 осіб, або 42,0% загальної кількості підприємців, що займалися послугами з тимчасового проживання. Порівняно з 2009 р. кількість фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності, що утримували готелі, зменшилася на 20 осіб, або на 0,7%. Проте сума отриманого ними доходу порівняно з 2009 р. збільшилась на 35,9 млн.грн., або на 10,7%, і становила 371,1 млн.грн. (56,5% загального доходу фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності, що надавали послуги з тимчасового проживання). Найбільша кількість фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності діяла у Львівській області (269 осіб або 9,9% загальної кількості фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності, що надавали послуги з тимчасового проживання у готелях), Автономній Республіці Крим (260 осіб, або 9,6%) та Закарпатській області (243 особи, або 8,9%), ними було отримано більше чверті (27,6%) всього доходу фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності від надання послуг із тимчасового проживання у готелях України.

Значний дохід від надання готельних послуг отримали також фізичні особи-суб'єкти підприємницької діяльності м. Києва – 32,6 млн.грн., або 8,8% загального доходу від діяльності готелів, що знаходяться у приватній власності фізичних осіб по Україні. У Дніпропетровській області дохід фізичних осіб-суб'єктів підприємницької діяльності становив 8,4% загального доходу від діяльності приватних готелів, в Одеській і Донецькій областях відповідно 7,9% та 5,7%. Проте варто звернути увагу на такі аспекти, як недостатність мережі альтернативних засобів розміщення економічного класу готелів (хостелів, малих та міні-готелів, клуб-готелів, ботелів, апартамент-готелів тощо). Наявність таких засобів розміщення могла б привабити широкий сегмент медичних туристів та задовольнити їх попит.

Водночас, будівництво нових готелів в Україні ускладнюється такими чинниками як [122]: тривала процедура отримання земельних ділянок під будівництво; необхідністю отримання надмірної кількості дозволів та значними бюрократичними процедурами (що збільшує термін лише відкриття готелю до

2-5 років і більше); високим рівнем трансакційних видатків (які інколи складають до 50 % капіталовкладень); недосконалість законодавчої бази; високий рівень оподаткування; слабка відповідність нормам сертифікації та стандартизації готельних послуг. Отже, готельне господарство – важлива складова туристичної індустрії. Його ефективне функціонування є індикатором позитивних змін в економіці держави, важливою передумовою інтенсифікації міжнародних зв'язків та інтеграції країни у світове співтовариство. Пріоритетним напрямом розвитку сфери готельних послуг є доведення їхньої якості до міжнародних стандартів і вдосконалення туристичних технологій, упровадження нових видів і форм обслуговування, що дозволить у більш повному обсязі задовольнити потреби медичних туристів.

Ще одним досить складним та суперечливим сегментом ринку є санаторно-курортна галузь України. За однією сукупністю ознак вона належить до сфери медицини та охорони здоров'я, за іншою – до сфери туристичної діяльності. З одного боку, вона є важливою складовою відновлення трудового потенціалу населення країни, з іншого – стратегічно важливим напрямом з позицій медичного туризму.

Аналіз статистичних даних, щодо кількості санаторно-курортних і оздоровчих підприємств свідчить, що впродовж 2000 – 2011 рр. спостерігається незначне (у середньому щороку на 23 одиниці або 1,2%) зменшення загальної кількості санаторно-курортних і оздоровчих підприємств. Загалом за весь цей період їх кількість зменшилася на 315 одиниць або 9,5%. Якщо у 1995 р. на території України функціонувало 3417 санаторно-курортних і оздоровчих підприємств, то в 2011 р. їх нараховується всього 3012 одиниць (табл. 2.12).

Враховуючи різний курортний та рекреаційний потенціал окремих регіонів та відповідно їх лікувальну спеціалізацію, виокремлюється вплив різних рекреаційних зон на формування структури розподілу санаторно-курортних підприємств України за регіонами (Додаток Б.22).

Так, основна частка кількості санаторно-курортних закладів знаходиться в АР Крим – близько 20%. У цьому регіоні розташовано $\frac{1}{4}$ загальної кількості санаторіїв та половину всіх пансіонатів з лікуванням.

Санаторії-профілакторії становлять лише близько 1% від загальної кількості підприємств даного типу. Частка кількості кримських баз та інших закладів відпочинку в загальній чисельності дещо зменшується протягом останніх 12 років, однак становить близько 18% всіх загальнодержавних підприємств даного напрямку діяльності.

Таблиця 2.12

Динаміка змін кількості санаторно-курортних і оздоровчих підприємств за типами закладів у 1995-2011 рр.

Показники	Роки						
	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011
Кількість закладів, од., в т.ч.:	3417	3327	3245	3073	3041	3011	3012
- санаторії	489	480	465	465	460	456	453
- пансіонати з лікуванням	62	69	59	53	53	54	55
- санаторії-профілакторії	517	377	291	262	252	234	224
- будинки та пансіонати відпочинку	294	266	321	302	296	290	280
- бази та інші заклади відпочинку	1862	2037	2052	1950	1940	1948	1979
- заклади 1,2-денного перебування	193	98	57	41	40	29	21

Серед інших регіонів слід відзначити Донецьку область – 11,1% від загальної кількості підприємств, у т.ч. 18% всіх санаторіїв-профілакторіїв; Одеську – 14,3% від загальної кількості, у т.ч. санаторіїв – 7,1%; Херсонську – 7,7% від загальної кількості, у т.ч. 7,3% пансіонатів з лікуванням та Миколаївську – відповідно 6,9% та 5,5%. Загальна кількість санаторно-курортних закладів у Львівській області становить всього 3,4% від загальної кількості підприємств, але вони формують другу за значущістю після АР Крим групу за лікувальним спрямуванням – львівські санаторії становлять понад 10% від загальної кількості в Україні, а пансіонати з лікуванням – майже 15%.

Загалом, якщо підприємства північного та західного регіонів більш орієнтовані на тривале перебування з лікуванням, то санаторно-курортні заклади східного регіону мають переважно профілактичний напрям. Санаторії-профілакторії східних областей України становлять понад 40% у загальноукраїнській кількості підприємств даного типу.

Стосовно кількості оздоровлених, то структура за регіонами зберігається. Майже третина всіх оздоровлених протягом усього досліджуваного періоду припадає на АР Крим, близько 10% – на Львівську та Одеську області.

Загалом, основні показники діяльності санаторно-курортних і оздоровчих закладів у 2010/2011 рр. за регіонами наведено у таблиці 2.13.

Санаторно-курортна галузь в Україні у 2009-2011 рр. зазнала значних структурних змін, які стосуються організаційно-управлінських засад: зростаюча комерціалізація діяльності, вихід на ринок санаторно-курортної пропозиції, подальша сегментація даного ринку відповідно до змін попиту обумовили зміну форм власності (зокрема, розширилась колективна та приватна складові) та управлінської структури.

Таблиця 2.13

Основні показники діяльності санаторно-курортних і оздоровчих закладів у 2010/2011 рр. за регіонами України*

Показники	Кількість закладів, усього, од.	Структура розподілу закладів, %	Кількість оздоровлених осіб, всього	Структура розподілу оздоровлених, %	Кількість оздоровлених в розрахунку на 10 тис. нас.рег., в якому заклад
АР Крим	543	18,15%	852331	28,98%	4340,9
Вінницька обл.	30	1,00%	61886	2,10%	377,1
Волинська обл.	78	2,61%	31241	1,06%	301,2
Дніпропетровська	131	4,38%	139517	4,74%	418,2
Донецька обл.	332	11,10%	226421	7,70%	510,8
Житомирська обл.	20	0,67%	16706	0,57%	130,6
Закарпатська обл.	60	2,01%	80528	2,74%	645,6
Запорізька обл.	220	7,36%	188687	6,41%	1047,5
Івано-Франківська	35	1,17%	43590	1,48%	315,9
Київська обл.	81	2,71%	53330	1,81%	310,5
Кіровоградська обл.	41	1,37%	17906	0,61%	177,3
Луганська обл.	74	2,47%	46885	1,59%	204,6
Львівська обл.	101	3,38%	335327	11,40%	1317,7
Миколаївська обл.	205	6,85%	117798	4,00%	995,5
Одеська обл.	427	14,28%	273716	9,31%	1145,9
Полтавська обл.	28	0,94%	63636	2,16%	427,7
Рівненська обл.	22	0,74%	23530	0,80%	204,2
Сумська обл.	24	0,80%	12676	0,43%	109,1
Тернопільська обл.	18	0,60%	15906	0,54%	146,7
Харківська обл.	93	3,11%	57456	1,95%	208,5
Херсонська обл.	229	7,66%	138644	4,71%	1274,1
Хмельницька обл.	16	0,53%	17351	0,59%	130,8
Черкаська обл.	61	2,04%	31850	1,08%	247,8
Чернівецька обл.	12	0,40%	6072	0,21%	67,1
Чернігівська обл.	38	1,27%	14005	0,48%	127,5
м. Київ	50	1,67%	54075	1,84%	193,2
м. Севастополь	22	0,74%	20496	0,70%	538,2

* складено за даними [110]

Докорінні зміни, які відбулися в економіці України, обумовили перетворення зовнішнього середовища і внутрішнього механізму діяльності підприємств санаторно-курортної сфери.

Проявом цих процесів стало усунення державної монополії санаторно-курортних підприємств, що обумовило необхідність кардинальних змін щодо прийняття управлінських рішень з точки зору підвищення їх самостійності, результативності та ефективності, одним з яких є розвиток медичної складової туризму.

Проведений аналіз стану санаторно-курортної галузі України дозволив виокремити ряд факторів, стримуючих її розвиток [123, с. 53]:

1. Загальновідомий та часто констатований факт про застарілість матеріально-технічної бази санаторно-курортних підприємств на сьогодні став стереотипом, який знижує імідж санаторно-курортної галузі України. Проте у нашій країні існують сучасні структури, які враховують тенденції ринку і відповідають вимогам світових курортів, що дозволяє позиціонувати Україну як сучасну санаторно-курортну дестинацію, яка має кадровий, ресурсний та організаційний потенціал, необхідний для прибуткового розвитку.

2. Недооцінюється профілактичний напрям санаторно-курортної галузі, що спричиняє відносно різке зниження загальної кількості санаторіїв-профілакторіїв та їх рівня завантаженості.

3. Нарощування обсягів ринку відбувається не через розширення самої галузі, а завдяки «інтенсивним» чинникам, спрямованим на залучення якомога більшої кількості споживачів, а не зорієнтована на кінцевий соціально-економічний ефект, що може призвести до зниження якості послуг в системі охорони здоров'я.

Подальший розвиток необхідно здійснювати інтенсивним шляхом: через подальше забезпечення доступності та ефективності санаторно-курортного лікування і відпочинку у закладах; створення умов і проведення сертифікації санаторно-курортних закладів відповідно до державних і міжнародних стандартів; удосконалення структури збуту санаторно-курортних послуг та підтримання високої кон'юнктури попиту шляхом проведення диверсифікації послуг, впровадження інноваційних технологій (прогресивних технологій обслуговування), підвищення якості сервісу.

Слід відзначити вагомість інформаційної складової в процесах розвитку медичного туризму в регіонах. Адже від повноти, точності, достовірності, оперативності та доступності інформації значною мірою залежить ефективність туристичного бізнесу та успішність просування послуг з медичного туризму на національний та міжнародний ринок. Основною компонентою інформаційного забезпечення виступає статистична інформація. Система збору, обробки та інтерпретації статистичних даних, що стосується діяльності суб'єктів туристичної сфери в Україні, містить недоліки, серед яких [124]:

- відсутність повного, систематизованого переліку статистичних показників, які б комплексно характеризували діяльність суб'єктів туристичного бізнесу;

- відсутність загальнодоступних додаткових джерел достовірної інформації (даних спеціалізованих консалтингових фірм, науково-дослідних інсти-

тутів, результатів соціологічних, маркетингових досліджень тощо), метою яких є доповнення, уточнення та порівняльний аналіз даних статистичної звітності;

- відсутність взаємодії між державними і недержавними, в тому числі комерційними, структурами, що володіють цінною для держави інформацією, що призводить до унеможливлення реалізації багатьох проектів, створення спільних банків даних, взаємовигідного обміну інформацією.

І в даному контексті найбільш привабливим сектором виділяється мережа Інтернет, яка дає надзвичайно широкі можливості створення загальнодоступної, інформаційномісткої та порівняно доступної з позицій вартості інформаційної інфраструктури.

Станом на жовтень 2012 р. в Україні налічувалось 19,7 млн регулярних користувачів інтернету серед населення віком старше 15 років. При цьому у віковій групі 21-45 років частка інтернет-користувачів вже досягнула 75 %, що відповідає середнім показникам країн Європейського Союзу.

Серед інших тенденцій, притаманних українській інтернет-аудиторії, дослідники відзначають зростання популярності інтернету серед користувачів старшого покоління, а також швидке зростання кількості користувачів серед сільського населення. Всього за 9 місяців 2012 року кількість користувачів старших за 55 років зросла на 90 %. За цей же період кількість інтернет-користувачів у селах збільшилася на 56 %.

Сьогодні все більше туристичних компаній та інших спеціалізованих структур розміщують інформацію в Інтернеті, перевагами якого є:

1) економія коштів при використанні електронної пошти для зв'язку із закордонними партнерами, туроператорами, готелями, транспортними компаніями тощо;

2) ефективна цілодобова і порівняно дешева рекламна площадка. Інтернет дозволяє розміщувати інформацію на веб-сторінках, не обмежуючи її у часі та кількісно (у порівнянні з рекламою в ЗМІ), використовувати при цьому не тільки текст і фото, але і звук, мультимедію і відео;

3) можливість оперативного розміщення та пошуку інформації про “гарячі” тури, місця в готелях, квитки та можливість їх бронювання, отримання знижок при бронюванні і замовленні через Інтернет;

4) можливість своєчасного отримання інформації про нові тури, знижки, особливості законодавства щодо туризму, політичну та економічну стабільність у різних країнах, особливості менталітету та культурні традиції інших народів, природні умови тощо.

Туризм є багатовекторною та мультигалузевою сферою і тому складною для запровадження радикальних інновацій.

За підрахунками витрати ініціативних туроператорів – консолідаторів в

Україні на утримання системи on-line-бронювання складають близько 2 % від вартості послуг, що реалізуються, що за умови продажу турів на рекреацію, розваги і оздоровлення, це приблизно 3,3 млн. дол. США щорічно, які витрачено на розроблення, підтримку, наповнення і обслуговування системи інформаційної підтримки.

Новими напрямками використання ІТ для медичного туризму є: запровадження мобільного Інтернету, електронних каталогів пропозицій, поширення on-line-бронювання не лише в роботі з ритейловими агентствами, а й безпосередньо з клієнтами. Соціальна функція туризму також широко віртуалізується. Так, соціальні інформаційні мережі є потужним інструментом, який впливає на споживання туристичних послуг.

Групи туристів створюють сайти, контактні групи з обміну досвідом подорожей, думкою про готелі, курорти, роботу персоналу та рівень сервісу.

Популярними українськими туристичними порталами є: „Туризм, Отдых, Путешествия” (www.tour.com.ua); “УТИС - українська туристична інформаційна система” (www.utis.com.ua); „Тур База” (www.turbaza.com.ua); „Туристический сервер Крыма” (www.tour.crimea.com).

Перелік сайтів українських туристичних компаній є надзвичайно великий, для прикладу: „Міст-Тур” (www.mest-tour.com.ua); „САМ” (www.sam.com.ua); „All-tour Ukraine” (www.all-tour.kiev.ua) тощо.

Дослідження, проведені Панчак І. [125], свідчать, що лише близько 17% вітчизняних туристичних фірм мають власний сайт, у інших він або взагалі відсутній, або містить застарілу інформацію й не оновлювався з моменту створення.

На сайтах переважно розміщується реклама підприємства (86%) і турів (86%), дані про його діяльність (79,1%) та умови бронювання турів (72,1%). Щодо наявності представництв турфірм в Інтернеті за регіонами України, то на загальному фоні помітно виділяється Крим і дещо менше – Закарпаття.

В інших регіонах на сайтах представлені лише окремі міста (зокрема, Київ, Одеса, Львів, Севастополь).

В цілому, за результатами аналізу, узагальнені та стандартизовані часткові показники оцінки інфраструктурної підсистеми РРМТ нижче наведені у таблиці 2.14 (на основі даних [108, 109, 126] та часткових показників, що наведені у Додатку Б.34).

Таблиця 2.14

Стандартизовані часткові показники оцінки інфраструктурної підсистеми РРМТ регіонів України*

ІНФРАСТРУКТУРНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість приїжджих осіб, яким були надані послуги готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість музеїв в розра- хунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість санаторно- курортних закладів в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Кількість інтернет-провай- дерів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість інтернет- користувачів в регіоні в розрахунку на 100 осіб нас. регіону	Рівень забезпеченості інноваційно-активними підприємствами в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Інвестиції в основний капітал в діяльність п-в транспорт та зв'язу регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Щільність автомобільних доріг загального корис- тування з твердим покриттям в регіоні	Щільність залізничних колій загального користу- вання в регіоні	Кількість СІД в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності готелів та ресторанів в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість СІД в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорт та зв'язу в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Пасажирооборот аеропортів регіону в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон
	stI_1	stI_2	stI_3	stI_4	stI_5	stI_6	stI_7	stI_8	stI_9	stI_{10}	stI_{11}	stI_{12}	stI_{13}	stI_{14}	stI_{15}
АР Крим	0,344	0,116	0,173	0,542	1,000	0,083	0,345	0,314	0,349	0,925	0,652	0,383	0,338	0,354	0,016
Вінницька обл.	0,035	0,064	0,032	0,272	0,066	0,135	0,192	0,457	0,158	0,055	0,902	0,683	0,348	0,108	0,000
Волинська обл.	0,100	0,085	0,069	0,496	0,272	0,167	0,175	0,418	0,071	0,018	0,758	0,500	0,204	0,142	0,000
Дніпропетровська обл.	0,173	0,234	0,043	0,195	0,142	0,141	0,407	0,325	0,253	0,040	0,763	0,817	0,435	0,233	0,014
Донецька обл.	0,050	0,069	0,043	0,170	0,271	0,154	0,306	0,323	0,149	0,067	0,806	1,000	0,366	0,186	0,025
Житомирська обл.	0,164	0,566	0,017	0,456	0,057	0,158	0,194	0,547	0,037	0,025	0,739	0,567	0,638	0,117	0,000
Закарпатська обл.	0,184	0,189	0,057	0,385	0,174	0,139	0,145	0,361	0,105	0,061	0,694	0,783	0,364	0,150	0,000
Запорізька обл.	0,061	0,053	0,067	0,400	0,442	0,182	0,358	0,204	0,112	0,076	0,668	0,600	0,432	0,220	0,000
Івано-Франківська обл.	0,119	0,132	0,053	0,522	0,092	0,460	0,191	0,990	0,105	0,124	0,798	0,600	0,382	0,121	0,000
Київська обл.	0,124	0,302	0,024	0,440	0,171	0,230	0,384	0,378	0,657	0,123	0,787	0,450	1,000	0,249	1,000
Кіровоградська обл.	0,069	0,156	0,026	0,985	0,147	0,276	0,189	0,611	0,163	0,019	0,670	0,600	0,468	0,142	0,000
Луганська обл.	0,112	0,307	0,021	0,285	0,117	0,281	0,291	0,429	0,081	0,011	0,580	0,683	0,472	0,150	0,000
Львівська обл.	0,200	0,141	0,083	0,337	0,144	0,140	0,351	0,668	0,400	0,161	1,000	0,983	0,506	0,240	0,013
Миколаївська обл.	0,710	1,000	0,042	0,261	0,626	0,219	0,273	1,000	0,522	0,103	0,519	0,483	0,661	0,303	0,000
Одеська обл.	0,149	0,147	0,059	0,158	0,646	0,290	0,484	0,433	0,545	0,413	0,644	0,533	0,741	0,568	0,029
Полтавська обл.	0,080	0,118	0,040	0,738	0,068	0,200	0,323	0,504	0,419	0,026	0,819	0,500	0,409	0,174	0,000
Рівненська обл.	0,100	0,124	0,047	0,357	0,069	0,117	0,150	0,390	0,052	0,005	0,668	0,483	0,240	0,140	0,000
Сумська обл.	0,108	0,118	0,053	0,443	0,075	0,108	0,228	0,603	0,132	0,010	0,750	0,517	0,240	0,129	0,000
Тернопільська обл.	0,152	0,353	0,025	0,791	0,060	0,124	0,175	0,615	0,088	0,021	0,960	0,683	0,553	0,125	0,000
Харківська обл.	0,045	0,039	0,069	0,411	0,122	0,154	0,475	0,974	0,241	0,106	0,793	0,800	0,345	0,175	0,014
Херсонська обл.	1,000	0,494	0,118	0,189	0,761	0,221	0,266	0,597	0,067	0,033	0,463	0,267	0,195	0,202	0,000
Хмельницька обл.	0,064	0,061	0,062	0,647	0,044	0,167	0,225	0,754	0,062	0,018	0,920	0,600	0,225	0,146	0,000
Черкаська обл.	0,196	0,296	0,039	0,721	0,172	0,180	0,219	0,622	0,112	0,006	0,750	0,467	0,362	0,153	0,000
Чернівецька обл.	0,231	0,139	0,097	0,190	0,048	0,447	0,182	0,553	0,043	0,081	0,944	0,850	0,170	0,191	0,000
Чернігівська обл.	0,156	0,303	0,030	1,000	0,125	0,272	0,159	0,607	0,106	0,039	0,601	0,450	0,446	0,128	0,000
м. Київ	0,283	0,017	1,000	0,515	0,065	1,000	1,000	0,709	1,000	0,667	-		0,074	1,000	0,001
м. Севастополь	0,331	0,029	0,677	0,360	0,209	0,632	0,345	0,394	0,134	1,000	-		0,088	0,520	0,000

2.5. Інтегральна оцінка сформованості регіональних ринків медичного туризму в Україні

Зміна економічних пріоритетів, бізнес-середовища функціонування, високий ступінь невизначеності та коливання попиту на ринку, важкопрогнозованості різноманітних факторів впливу спонукають туристичні підприємства до винайдення шляхів подальшого розвитку, які лежать в площині інноваційних перетворень як підприємницької складової ринкових змін, так і розвитку нових форм і методів управління.

В роботі обґрунтовано, що одним із таких надзвичайно перспективних напрямів розвитку є саме медичний туризм. На основі запропонованої методики було розраховано часткові показники оцінки для медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ всіх регіонів України. Наступним етапом є визначення часткових індексів за формулами (2.3-2.5) для кожної із підсистем РРМТ, які враховують всі розрізнені показники кожної групи після їх стандартизації. В результаті для кожного регіону визначені узагальнені часткові індекси сформованості медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ.

Проведені розрахунки наведено у таблиці 2.15, а їх картографічне зображення у Додатку Б.35.

Після цього розрахуємо інтегральний індекс сформованості РРМТ за формулою (2.12), що дозволив отримати відповідні результати.

Здійснення ранжування регіонів передбачає визначення розмаху інтервалів за формулами (2.13-2.15), що дасть змогу визначити межі кожної групи за рівнем сформованості РРМТ. Зокрема, розмах становитиме:

$$r = \frac{0,648 - 0,374}{5} = 0,054$$

Звідси, *групування регіонів України* буде здійснюватися в межах:

- з дуже високим рівнем сформованості РРМТ – [0,591 і більше];
- з високим рівнем сформованості РРМТ – [0,526-0,590];
- з середнім рівнем сформованості РРМТ – [0,451-0,525];
- з низьким рівнем сформованості РРМТ – [0,429-0,450];
- з незадовільним рівнем сформованості РРМТ – [0; 0,428].

Таблиця 2.15

Розрахункові індекси сформованості РРМТ*

ПОКАЗНИКИ	Індекси сформованості медичної підсистеми РРМТ	Індекси сформованості туристичної підсистеми РРМТ	Індекси сформованості інфра- структурної підсистеми РРМТ	Інтегральний індекс сформованості РРМТ
АР Крим	0,712	0,469	0,396	0,565
Вінницька обл.	0,603	0,276	0,234	0,415
Волинська обл.	0,569	0,384	0,232	0,438
Дніпропетровська	0,624	0,316	0,281	0,448
Донецька обл.	0,634	0,297	0,266	0,443
Житомирська обл.	0,557	0,316	0,285	0,419
Закарпатська обл.	0,500	0,294	0,253	0,379
Запорізька обл.	0,627	0,304	0,258	0,440
Івано-Франківська	0,597	0,301	0,313	0,436
Київська обл.	0,563	0,291	0,421	0,438
Кіровоградська	0,574	0,238	0,301	0,402
Луганська обл.	0,613	0,266	0,255	0,420
Львівська обл.	0,628	0,376	0,358	0,486
Миколаївська обл.	0,561	0,264	0,448	0,432
Одеська обл.	0,619	0,274	0,389	0,451
Полтавська обл.	0,566	0,278	0,295	0,411
Рівненська обл.	0,573	0,337	0,196	0,417
Сумська обл.	0,563	0,290	0,234	0,403
Тернопільська	0,567	0,227	0,315	0,397
Харківська обл.	0,591	0,297	0,317	0,433
Херсонська обл.	0,599	0,351	0,325	0,458
Хмельницька обл.	0,548	0,321	0,266	0,413
Черкаська обл.	0,591	0,304	0,286	0,430
Чернівецька обл.	0,537	0,289	0,278	0,399
Чернігівська обл.	0,562	0,345	0,295	0,433
м. Київ	0,743	0,570	0,564	0,646
м. Севастополь	0,651	0,493	0,363	0,540

* розраховано автором

Відповідно, рейтинг регіонів та їх розташування на мапі України відповідно до запропонованої методики оцінки та аналізу сформованості регіональних ринків медичного туризму наведено на рисунку 2.6 та у Додатку Б.36.



Рис. 2.6. Рівень сформованості регіональних ринків медичного туризму в Україні у 2010-2011 роках

Результати проведеного аналітичного дослідження дозволили також виокремити регіони, які, на нашу думку, можуть виступати осередками із розвитку окремих видів медичного туризму (табл. 2. 16). Тобто, йдеться про спеціалізацію регіонів України в розрізі окремих видів лікування з супровідним забезпеченням туристичних послуг. В даному випадку ключовим параметром виступали кількісні та якісні характеристики саме медичної підсистеми РРМТ, адже потенційних споживачів, насамперед, цікавитиме позитивний ефект від отриманого лікування.

Таблиця 2. 16

Потенційні регіональні осередки медичного туризму за їх спеціалізацією*

Регіон	Лікування захворювань органів травлення	Лікування захворювань кістково-м'язової системи	Лікування захворювань шкіри	Лікування непліддя та гінекологічних захворювань	Оториноларингологія	Лікування захворювань органів зору	Неврологія і невропатологія	Стоматологічне лікування
АР Крим (включно з м.Севастополем)			+++		++		+	
Волинська обл.						+		+++
Житомирська обл.	++							++
Закарпатська обл.			++		+		+++	
Івано-Франківська	++		+				+	
Львівська обл.	++	++						+++
Миколаївська обл.		+			++		+	
Одеська обл.				++		+++	+	
Полтавська обл.		++			+			++
Тернопільська						+		++
Харківська обл.	++						++	
Херсонська обл.	++		+	++				
Чернівецька обл.				+++	++			++
м. Київ	++	++		++		+++	++	+

* спеціалізація медичного туризму в регіоні: +++ пріоритетна; ++ рекомендована; + доцільна.

При цьому варто зазначити, що не всі регіони здатні виступати як потужні регіональні осередки, зважаючи на низку факторів, серед яких їх ресурсне підґрунтя, інфраструктурне забезпечення, геополітичне розташування тощо. Тому необхідно акумулювати фінансові ресурси та зосереджувати зусилля на окремих з них, так званих точках зростання, вкладення в які зумовлять найбільшу віддачу в коротко- та середньостроковій перспективі.

РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНИХ РИНКІВ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ В УКРАЇНІ

3.1. Моделювання впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону

Багато країн уже давно усвідомили значний економічний потенціал, що генерує медичний туризм. Зростання частки туристичних послуг у структурі ВВП та структурі споживання зумовлює потребу моделювання впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіонів України. Для обґрунтування впливу медичного туризму на розвиток регіональної економіки, систематизуємо ефекти від розвитку такого ринку.

Розвиток медичного туризму обумовлюється дією ринкових сил, які стимулюють платоспроможний попит, що одночасно забезпечується більш якісними туристичними послугами. Така залежність повинна стати основою обґрунтування впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону. Тобто, приплив туристів у регіон забезпечується за умови високої якості наданих послуг та помірних цін. Залежно від припливу туристів, вплив медичного туризму на розвиток регіону буде більш чи менш суттєвим.

Розглядаючи вплив медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону, слід виокремити пряму і опосередковану форми такого впливу.

Прямою формою впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону є зокрема та, дія якої проявляється у безпосередньому економічному та соціальному ефекті від припливу медичних туристів у регіон. Фактично, ефекти прямого впливу розвитку РРМТ визначаються рівнем витрат медичних туристів на певній території.

Такими прямими економічними ефектами є: приріст доходів підприємницьких структур туристичної та медичної індустрії; приріст рентабельності діяльності туристичних і медичних закладів; збільшення заробітків лікарів та турагентів в результаті припливу туристів; збільшення доходів у місцеві бюджети; зростання ВДВ регіону та ВРП.

Прямими соціальними ефектами від розвитку РРМТ є: зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності медичних туристів; приріст нових робочих місць у регіоні; зростання рівня зайнятості населення регіону; розширення спектру надання медичних послуг; підвищення якості надання медичних послуг;

Опосередкований вплив розвитку РРМТ на регіональну соціально-економічну систему генерується через стимулювання розвитку суміжних до медичного туризму сфер. Такий вплив може носити короткостроковий або

довгостроковий характер. Короткостроковий характер впливу проявляється під час перебування медичного туриста у регіоні при придбанні додаткових товарів і послуг, які пропонує йому регіональна економіка. Довгостроковий вплив виникає, як правило, після отримання суб'єктами господарювання засобів від медичного туризму і їх витрачання в інших сферах економіки для задоволення наступних їх потреб.

Опосередкованими економічними ефектами є такі: податки на доходи від послуг медичного туризму підтримуватимуть інші сектори регіональної економіки; розвиток медичного туризму впливатиме на розвиток інших сфер економіки та видів туризму.

Опосередковані соціальні ефекти слід розглядати як: зменшення рівня безробіття; розвиток медичної сфери країни; розвиток медичної інфраструктури; розвиток соціальної інфраструктури регіону; підвищення інформованості населення про надані медичні послуги; розширені можливості покращення стану здоров'я населення; підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу; покращення технічного оснащення надання медичних послуг; підвищення якості життя людей, ін.

Розширене структурування ефектів розвитку регіонального ринку медичного туризму за об'єктами впливу подано у таблиці 3.1.

Україна на сьогодні, на жаль, не відноситься до економічно розвинутих країн. Тому залученню медичних туристів у регіони України в першу чергу сприяє відповідна цінова політика, що передбачає нижчі ціни на медичні послуги, ніж у високо розвинутих державах. Це дозволить розширити клієнтську базу медичних туристів, для яких важливим є отримання реальної медичної допомоги за обмежені фінансові ресурси. Ефективність регіонального ринку медичного туризму у значній мірі залежить не лише від цінових факторів медичних послуг, а й від рівня безпеки, який гарантує медичний туризм у регіоні. Слід виокремлювати медичну, економічну, громадську та інформаційну безпеки, які повинен генерувати регіональний ринок медичного туризму. Медична безпека при цьому розглядається як стан захищеності туриста, при якому йому не загрожує надання неякісних медичних послуг.

Економічна безпека медичного туризму передбачає рівень задоволення туристами цін на потрібні медичні послуги. Громадська безпека медичного туризму передбачає захищеність медичного туриста при наданні медичних послуг (особливо це стосується туристів-нерезидентів). Інформаційна безпека медичного туризму передбачає гарантію конфіденційності туристів щодо наданих медичних послуг. Ранжуючи такі види безпеки за рівнем значимості для туриста, на перше місце слід поставити медичну безпеку, що гарантує збереження та зміцнення здоров'я клієнта медичного туризму.

Таблиця 3.1

Ефекти розвитку регіонального ринку медичного туризму

Об'єкти впливу	Прямі		Опосередковані	
	Соціальні	Економічні	Соціальні	Економічні
Для країни	Покращення стану здоров'я населення Нарощення трудового потенціалу	Зростання ВВП Збільшення податкового потенціалу, покращення платіжного балансу	Нарощення середнього класу Розвиток медичної сфери	Розвиток підприємництва Розвиток інфраструктури
Для регіону	Зростання рівня зайнятості Приріст нових робочих місць Розширені можливості покращення стану здоров'я населення Повернення медиків-емігрантів	Зростання ВРП; збільшення доходів у місцеві бюджети; збільшення кількості підприємств; нарощення податкового та бюджетного потенціалу регіону; приплив інвестицій у регіон; розвиток підприємництва	Зменшення рівня безробіття; розвиток соціальної, в т.ч. медичної інфраструктури; збереження і примноження рекреаційного потенціалу регіону; формування і підтримка рівня культури населення; збільшення доходів ремісників; стимулювання самозайнятості	Податки на доходи від послуг медичного туризму підтримуватиме інші сектори регіональної економіки Розвиток медичного туризму стимулюватиме розвиток інших сфер економіки та видів туризму Підвищення інвестиційної привабливості регіону
Для медичних закладів	Розширення спектру надання медичних послуг Підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу Підвищення якості надання медичних послуг	Приріст доходів Приріст рентабельності діяльності Покращення технічного оснащення надання медичних послуг	Сприятливий соціально-економічний клімат в колективі Обмін досвідом	Приріст продуктивності праці Розширення джерел фінансування Підвищення конкурентоспроможності
Для туристичних агентств	Зростання заробітної плати працівників Підвищення кваліфікації працівників	Приріст доходів Приріст рентабельності діяльності	Сприятливий соціально-економічний клімат в колективі	Розширення спектру послуг Підвищення конкурентоспроможності Вихід на нові ринки
Для інфраструктурних інститутів	Зростання заробітної плати працівників Підвищення рівня зайнятості	Приріст обсягів реалізації послуг, доходів Підвищення ефективності використання ресурсів	Сприятливий соціально-економічний клімат в колективі Ріст змістовності праці	Вихід на нові ринки Приріст продуктивності праці
Для туристів	Отримання якісних медичних послуг, зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності, відновлення працездатності	Економія витрат на лікування	Ефекти від отримання додаткових туристичних послуг	Альтернативні напрямки витрачання коштів

Тому при формуванні РРМТ слід зосередити увагу на важливості відбору медичних закладів до надання послуг з медичного туризму. Цей відбір повинен базуватись на критеріях захисту прав туристів через систему стандартизації медичних туристичних продуктів та ліцензування медичних та туристичних закладів. Першочерговими факторами забезпечення конкурентоспроможності РРМТ з позиції медичної безпеки такого туризму є професіоналізм медичного персоналу і використання новітніх технологій лікування (традиційних і нетрадиційних).

Туристичні фірми, які спеціалізуються на медичному туризмі, повинні брати на себе зобов'язання зі страхування туристів від негативних наслідків надання медичних послуг. У цьому аспекті медична безпека тісно переплітається з економічною, адже негативні наслідки надання послуг медичного туризму зумовлені перш за все недоліковуванням хвороби - причини приїзду. І медичний турист і туристична фірма зачасти зацікавлені у зменшенні кількості днів перебування туриста у медичному закладі. Медичний турист керується фінансовими мотивами, туристична фірма розглядає це як додаткову стимулюючу перевагу придбання туру. Тому виникненню таких несприятливих ситуацій повинна передувати налагоджена система гарантування якості надання медичних послуг.

Що ж стосується суто економічної безпеки, яка перш за все включає вартість туру, то тут, з врахуванням впливу фінансової кризи, слід керуватись принципом максимальної економії, яка, однак, дозволить наростити медичну базу для підвищення рівня обслуговування туристів у довгостроковій перспективі.

При формуванні РРМТ важливе місце належить і громадській безпеці, забезпечення якої залежить, і від органів правопорядку державного і регіонального рівнів, і охоронних структур медичних закладів. У цьому аспекті слід брати до уваги і такий важливий момент, як виховання позитивного ставлення населення до медичних туристів через поінформованість громадськості щодо економічної та соціальної важливості для регіону розвитку ринку медичного туризму.

Інформаційна безпека при наданні послуг медичного туризму повинна гарантуватись і туристичною фірмою, і медичним закладом, які цю послугу надають. Особлива важливість цієї складової безпеки проявляється при наданні специфічних соціально проблемних медичних послуг (аборти, лікування алкогольної, наркотичної залежності тощо).

Інформованість про особливості функціонування медичного туризму у регіонах країн є першочерговим етапом його розвитку. Це сприятиме обранню оптимального варіанту пропонованих послуг на ринку медичного туризму, оцінити можливості і наслідки для туристів при їх застосуванні.

Забезпечення розглянутих типів безпеки у регіонах України стимулюватиме розвиток РРМТ, що здійснюватиме позитивний вплив на соціально-економічний розвиток регіонів в цілому.

Оскільки медичний туризм, як правило, доповнюється торгівельними, розважальними заходами, оглядом славетностей регіону, він генерує значний мультиплікативний ефект для розвитку регіонального ринку в цілому. Збільшенню супутніх доходів регіональної економіки від розвитку медичного туризму сприяє тривале перебування туристів на передлікувальній, безпосередньо лікувальній та післялікувальній стадіях.

Критеріями ефективності використання ресурсів території з позиції розвитку РРМТ є, перш за все, рівень та якість життя, доходи населення, податкові поступлення, інвестиційна привабливість, прибутковість туристичних та медичних закладів, рентабельність інших сфер економічної діяльності, суміжних до туристичних.

Вплив розвитку РРМТ на соціально-економічний розвиток регіону подано в додатку В.1.

Розглянемо характер впливу розвитку РРМТ на стимулювання інших сфер регіональної економіки. Регіональний ринок медичного туризму стимулює обсяги реалізації послуг транспорту, який є невід'ємною складовою туру, пов'язаного з переміщенням туриста і визначається як трансфер.

Трансфер включає доставку туриста до місця проведення відпочинку, доставку в готель від вокзалу чи аеропорту та такий же шлях на повернення туриста до місця постійного проживання. Вартість трансферу входить до вартості туру. Однак, окрім трансферу, медичний турист при перебуванні у регіоні користується додатковими транспортними послугами, які також слід враховувати при оцінці впливу розвитку медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону. Це можуть бути послуги таксі, маршрутних автобусів тощо.

Послуги зв'язку та інформаційні послуги безпосередньо пов'язані з розвитком РРМТ і забезпеченням комфортних умов перебування медичних туристів на території. Інформаційні послуги та послуги зв'язку відіграють визначальну роль у поінформованості потенційних туристів про доступні тури, дистанційному придбанні турів, бронюванні місць у готелях та квитків на транспорт тощо.

Туристу ці послуги допомагають отримати вичерпну інформацію про славетності регіону, культурні пам'ятки, схеми і карти місцевості, транспортні магістралі, норми і звичаї, притаманні для місцевості перебування. Зростання попиту на такі послуги зумовлюється специфікою причини перебування медичного туриста, що зумовлено потребою отримати підтримку та пораду від близьких при лікуванні.

Послуги громадського харчування, як правило, включаються у вартість турів. Разом з тим, туристи додатково прагнуть ознайомитись з особливостями кухні певної місцевості, відвідуючи заклади громадського харчування, що приносить додаткові доходи у регіон.

Розвиток РРМТ чи не у найбільшій мірі стимулює і розвиток торгівлі регіону, адже туристи, відвідуючи певну місцевість, прагнуть залишити згадку про неї у вигляді сувенірів та інших товарів народних промислів, стимулюючи тим самим самозайнятість ремісників регіону. Крім того, медичні туристи користуються іншими торгівельними послугами, що дозволяє отримувати регіону та його суб'єктам господарювання додаткові доходи. За експертними дослідженнями, частка витрат на послуги торгівлі в середньому становлять до 20 % вартості туру.

Послуги готельного господарства є одним із найважливіших елементів медичного туризму, адже медичний туризм передбачає багатоденне розміщення туриста. Важливою умовою формування ефективного РРМТ є забезпечення комфортних умов проживання та обслуговування. Створення умов, за яких турист відчуває себе не як пацієнт, а як бажаний гість, є важливим елементом підвищення конкурентоспроможності РРМТ. Особливостями медичного туризму є те, що він передбачає як стаціонарне розміщення туриста у медичному закладі належного комфорту, так і можливість стаціонарного розміщення туриста у готелях регіону (наприклад, при отриманні послуг стоматологічного медичного туризму). За рівнем розвитку готельної індустрії можна отримати уявлення про розвиток туризму у регіоні. Кількість та якість місць розміщення туристів свідчить про туристичну спроможність того чи іншого медичного закладу та регіону в цілому.

Послуги індустрії дозвілля та відвідання закладів культури є додатковими послугами медичного туризму і дозволяють туристу забезпечити комфортний відпочинок, гарне враження і задоволення від перебування у тій чи іншій місцевості. Послуги індустрії дозвілля та культури спрямовані на реалізацію пізнавальної функції туризму, організації екскурсійного обслуговування, відвідання історичних пам'яток, спостереженням за природними умовами та явищами тощо. У зв'язку з цим, розвиток РРМТ стимулює розвиток інших видів туризму у регіоні.

Послуги зі страхування є важливим елементом розвитку медичного туризму. Від страхових послуг у значній мірі залежить безпека медичного туризму, адже турист, який потрапляє в іншу місцевість чи країну у більшій мірі піддається впливу несприятливих факторів, ніж, коли він знаходиться вдома. Для міжнародного туризму більшості країн, страхування життя і здоров'я є обов'язковим. Страхові внески, як правило, сплачуються туристом під час придбання туру та оформленні документів на в'їзд у країну надання медичних

послуг. Тому їх слід розглядати як прямі витрати туриста. При моделюванні впливу медичного туризму на розвиток регіону слід враховувати, що у розвинутих країнах запроваджена система медичного страхування. Тому при формуванні регіонального ринку медичного туризму в Україні слід вірно обрати спрямування медичних послуг, що передбачаються для закордонних туристів. Такими медичними послугами є насамперед ті, які не покриваються медичною страховкою у країні проживання туриста. До них віднесено: стоматологічні послуги, косметичну хірургію, лікування безпліддя, наркотичної залежності та інші види лікування, вартість яких не покривається медичною страховкою.

Доступність послуг фінансово-кредитних установ у регіоні, що передбачає надання можливостей здійснення валютно-обмінних операцій, операцій за рахунками і банківськими чеками, з перетворення в готівку засобів, наявність пристроїв для автоматизованого касового самообслуговування туристів, розглядається одним із основних критеріїв туристичної привабливості регіону. По-перше, це дозволяє забезпечити фінансову безпеку туристу, по-друге, дозволяє отримати доходи за банківське обслуговування, та, по-третє, сприяє витрачання фінансових ресурсів туристів у межах регіону.

Таким чином, розвиток медичного туризму генерує мультиплікативний ефект для регіону, дослідження якого є важливим науковим завданням регіональної економіки. На сьогодні є спроби оцінки мультиплікативного впливу туризму на розвиток країни та її регіонів, які у тій чи іншій мірі дозволяють визначити сукупний дохід від розвитку такого виду діяльності.

Одним із підходів до такої оцінки є методика, запропонована Інститутом економіки Карельського наукового центру РАН [9, с. 27], згідно якої мультиплікативний ефект визначається з позиції прямих і непрямих доходів від розвитку туризму. Прямими доходами вважаються ті, які отримані від туризму на першому етапі кругообігу і входять у ВВП (ВРП). Непрямими вважаються доходи, отримані від реалізації товарів і послуг інших сфер економіки країни (регіону) для потреб розвитку туризму.

Загальний вигляд розрахунку мультиплікативного ефекту від розвитку туризму має вигляд:

$$M = M_T + M_1 \times \left(\frac{1}{1-R} \right) = M_T + \frac{Y \times Q_T \times (V_T - Z_{IT})}{X} \times \frac{1}{1-R}, \quad (3.1)$$

де M – сукупний дохід (прямий і непрямий, з врахуванням мультиплікативного ефекту) від туризму у країні (регіоні);

M_T – обсяг засобів, отриманих від туризму на першому етапі кругообігу і входять у ВВП (ВРП) (прямий економічний ефект від туризму);

M_1 – частина виручки від туризму, яка здійснює вплив на ВВП (ВРП), тобто обсяг ВВП (ВРП), спричинений замовленнями туризму;

V_T – обсяг послуг (виручка) туризму (у вартісному виразі);

Z_{TI} – обсяг витрат на придбання товарів і послуг, призначених для обслуговування туристів, в інших підприємств (собівартість турпродукту);

Y – валовий внутрішній (регіональний) продукт;

X – валовий суспільний продукт;

R – коефіцієнт, що відображає рівень замкнутості національної (регіональної) економіки і відображає зв'язок двох наступних етапів кругообігу засобів, отриманих від туризму;

Q_T – частка витрат туризму, що залишається у національній (регіональній) економіці.

Методика, запропонована російськими вченими, є логічною і може слугувати для оцінки мультиплікативного ефекту для регіону від розвитку туризму. Позитивним моментом методики є врахування прямого і непрямого впливу розвитку туризму шляхом виокремлення етапів кругообігу засобів, отриманих від туризму та оцінці зв'язку між ними.

Разом з тим, така методика має ряд недоліків. Зокрема, при розрахунку частини виручки від туризму, яка здійснює вплив на ВВП (ВРП), тобто при розрахунку M_1 , за основу розрахунків береться співвідношення між ВВП (ВРП) і валовим суспільним продуктом. Оскільки органами статистики не ведеться розрахунок валового суспільного продукту за регіонами України, цього показника, на нашу думку, слід уникнути.

Запропоновані у розрахунковій формулі коефіцієнт замкнутості економіки та частки витрат туризму, що залишається у національній економіці, на нашу думку, певним чином, перекликаються, що може зробити результати оцінки не об'єктивними. Подібна ситуація з показниками M_T та V_T .

Підлягає сумніву також виключення з обсягу послуг (виручки) туризму (V_T) величини витрат на придбання товарів і послуг, призначених для обслуговування туристів, в інших підприємств (Z_{TI}), адже методика передбачає розрахунок доходу, а не прибутку регіональної економіки від розвитку туризму. За наведеним підходом зменшується виручка підприємств сфери туризму, яка отримується при реалізації туристичних послуг і сплачується туристами. Крім того, обсяг витрат на придбання товарів і послуг, призначених для обслуговування туристів, в інших підприємств є доходом цих підприємств, і, як наслідок, є складовою опосередкованих доходів регіону від туризму.

Для забезпечення можливості застосування запропонованої методики, використовуючи дані Світового Банку, її автори запропонували її удосконалили, перетворивши на вираз:

$$M = M_T + M_1 \times \left(\frac{1}{1-R} \right) = M_T + (1-h) \times V_T \frac{r, \%}{100\%} \times \frac{1}{1-R}, \quad (3.2)$$

де h – частка товарів і послуг імпортного виробництва, що використовуються у процесі створення турпродукту;

r – рентабельність у сфері туризму, %;

R – гранична схильність до споживання в національній економіці.

Василькевичем Л.О. запропонована методика оцінки впливу ВДВ туризму на ВДВ регіону в цілому [127]. Джерелами інформації для проведення розрахунків слугують дані статистичної звітності суб'єктів туристичної діяльності „№ 1 – Тур” і форма № 2 бухгалтерської звітності „Звіт про фінансові результати”. Розрахунок валової доданої вартості туризму у фактичних цінах виробничим методом Василькевичем Л.О. пропонується здійснювати за наступною схемою:

1. Визначається загальний випуск туризму (ВТ), що є вартістю товарів і послуг, які є результатами діяльності господарюючих одиниць – резидентів у звітному періоді.

2. Визначається проміжне туристичне споживання (ПСТ) як сума вартості товарів і послуг, використаних у процесі виробництва.

3. Розраховується валова додана вартість туризму (ВДВТ) як різниця між випуском і проміжним споживанням:

$$ВДВ_T = ВТ - ПСТ \quad (3.3)$$

4. Розраховується питома вага валової доданої вартості туризму у валової доданої вартості регіону:

$$dT = \frac{ВДВ_T}{ВДВ} \times 100\% \quad (3.4)$$

Наведена методика дозволяє оцінити частку ВДВ туризму у ВДВ регіону, однак не враховує мультиплікативного впливу на приріст ВДВ регіону розвитку туристичної індустрії, тобто не дозволяє оцінити вторинних доходів від туризму на наступних етапах кругообігу капіталу.

Розглядаючи мультиплікативність як управляючі дії або стихійні процеси, спрямовані на збільшення ефективності системи [128], спробуємо розробити модель розрахунку мультиплікативного ефекту для регіону від розвитку медичного туризму. Мультиплікативний ефект РРМТ можна оцінити за двома підходами: з позиції витрат, понесених туристами на території регіону, та з позиції доходів, акумульованих підприємствами туристичної, медичної індустрії та суміжних сфер економічної діяльності (транспорт, зв'язок, торгівлю, ін.).

За першим підходом, ефект від медичного туризму визначається сумою понесених туристами витрат на придбання турів та супутніх витрат туриста.

Мультиплікативний ефект для регіону у даному випадку може розраховуватись за формулою:

$$M = W_T \times k_e \times N_T + W_{\text{доп}} \times N_T, \quad (3.5)$$

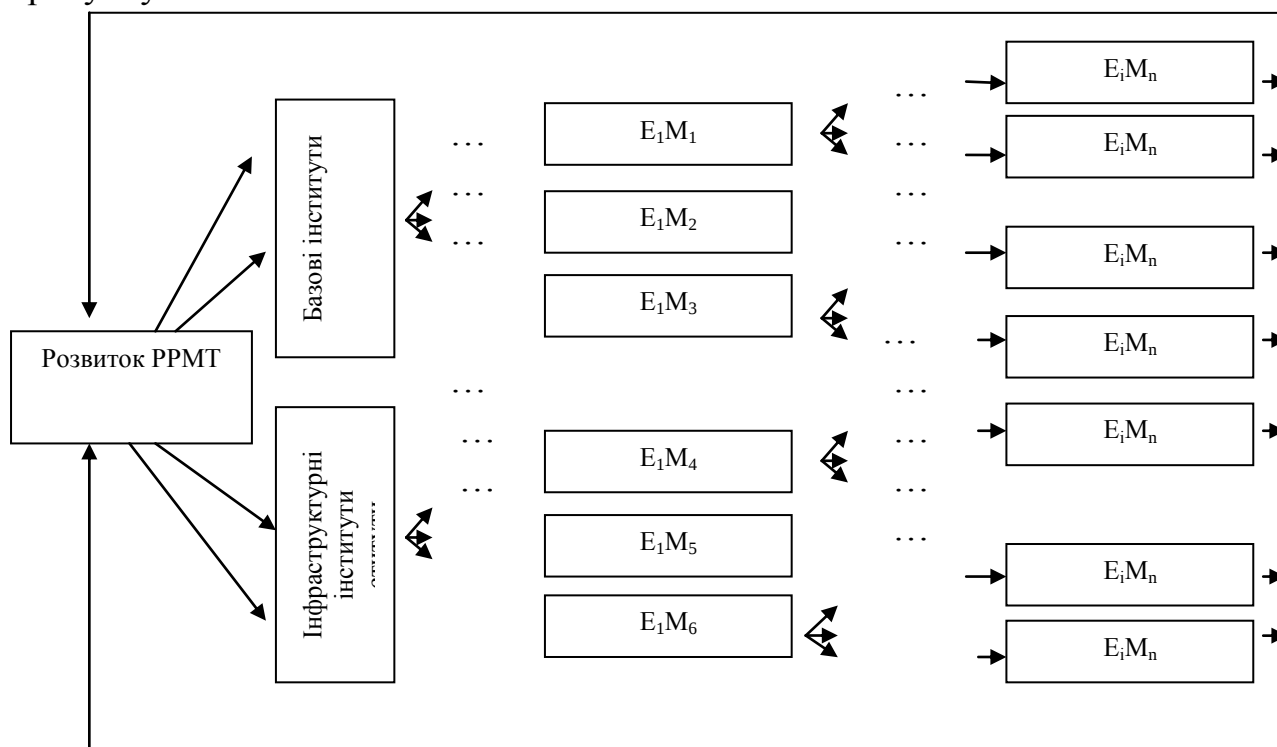
де W_T – середні витрати та придбання туристичного медичного продукту одним туристом (вартість туру), грн;

k_e – коефіцієнт регіональної ендогенності вартості медичного туру (визначається відношенням середньої величини витрат, що припадають на відшкодування вартості товарів і послуг, наданих інститутами РРМТ даного регіону, до загальної вартості медичного туру);

N_T – кількість медичних туристів регіону за певний проміжок часу, осіб;

$W_{\text{доп}}$ – середня величина додаткових витрат, понесених одним туристом у регіоні, грн.

Загальна схема мультиплікативного ефекту розвитку РРМТ подана на рисунку 3.1.



Умовні позначення:

E_i – сукупний дохід суб'єкта господарювання i – того рівня (базових, інфраструктурних тощо) регіону;

M_n – мультиплікативний важіль медичного туризму n -го порядку, який будемо розглядати як множник, що визначає характер зміни доходів суб'єктів господарювання регіону в залежності від зміни на регіональному ринку медичного туризму.

Рис. 3.1. Схема генерації мультиплікативного ефекту для регіону від розвитку медичного туризму

Рівень додаткових витрат, понесених туристом у регіоні можна дослідити шляхом використання методів соціологічних досліджень. Відповідно, чим більша кількість медичних туристів та більшу суму фінансових ресурсів вони спроможні витратити під час перебування у регіоні, тим більшим буде ефект для регіону від розвитку медичного туризму.

При розрахунку мультиплікативного ефекту від розвитку РРМТ слід до уваги брати не лише первинні доходи, отримані базовими та інфраструктурними інститутами такого ринку, а й вторинні доходи, отримані від витрачання ними первинних доходів. Тобто, підприємства медичної туристичної індустрії, отримавши доходи від реалізації турпослуг, оплачують придбані в інших підприємств та понесені на утримання та лікування туристів витрати (купівля місцевих товарів і послуг, оплата праці, сплата податків тощо), що у свою чергу генерує додатковий ефект для цих підприємств у вигляді доходу. Частина витрат базовими та інфраструктурними інститутами спрямовується за межі регіону (у разі придбання товарів і послуг за межами території), тому їх слід виключати з мультиплікативного ефекту регіону, а слід включати при розрахунку такого ефекту для країни в цілому. Тобто, на кожному з етапів кругообігу капіталу, величина додаткового ефекту зменшується. Мультиплікативний ефект при цьому залежить від рівня ендогенності витрачання отриманих у регіоні доходів.

Запропонована формула (3.5) обліковує лише первинні витрати туристів, однак не передбачає подальшого руху отриманих базовими та інфраструктурними інститутами коштів та вторинне і наступне їх витрачання. У зв'язку з цим, формулу (3.5) слід удосконалити наступним чином:

$$M = (W_T \times k_e \times N_T + W_{ood} \times N_T) + (II^p \times P_k - W_n), \quad (3.6)$$

де II^p – прибуток, спрямований на реінвестування інститутами РРМТ;

P_k – коефіцієнт рентабельності реінвестованого капіталу інститутів РРМТ;

W_n – витрати, що завершують свій оборот в економіці регіону (наприклад, спрямовуються за межі регіону, накопичуються базовими та інфраструктурними інститутами РРМТ поза межами регіону).

За другим підходом, величина мультиплікативного ефекту від розвитку РРМТ залежатиме від величини прямих та опосередкованих економічних доходів і прямих та опосередкованих соціальних благ, отриманих регіоном в результаті розвитку такого виду туризму. Соціальні аспекти у даному випадку є однопорядковими з економічними, адже медичний туризм за своєю суттю є соціальним.

Мультиплікативний ефект за другим підходом (за доходами, акумульованими підприємствами туристичної, медичної індустрії та суміжних сфер економічної діяльності) пропонуємо оцінювати за формулою:

$$M = M_{np}^e + M_{np}^c + M_{on}^e + M_{on}^c, \quad (3.7)$$

де M_{np}^e – мультиплікативний прямий економічний ефект регіону від розвитку РРМТ;

M_{np}^c – мультиплікативний прямий соціальний ефект регіону від розвитку РРМТ;

M_{on}^e – мультиплікативний опосередкований економічний ефект регіону від розвитку РРМТ;

M_{on}^c – мультиплікативний опосередкований соціальний ефект регіону від розвитку РРМТ.

При цьому, мультиплікативний прямий економічний ефект регіону від розвитку РРМТ будемо визначати за формулою:

$$M_{np}^e = ЧД_M + ЧД_T + Д_B + \sum_{i=0}^n \Pi_{i+1}^p \times P_{i+1}^k, \quad (3.8)$$

де $ЧД_M$ – чиста маржа медичних інститутів від розвитку РРМТ (визначається як різниця між чистим доходом медичних закладів від надання послуг медичного туризму і заробітною платою працівників медичних установ);

$ЧД_T$ – чиста маржа туристичних інститутів від розвитку РРМТ (визначається як різниця між чистим доходом туристичних закладів від надання послуг медичного туризму і заробітною платою працівників туристичних установ);

$Д_B$ – надходження у бюджет від базових інститутів РРМТ (ПДВ, податок на прибуток інститутів РРМТ, інші);

Π_{i+1}^p – прибуток інститутів (у даному випадку - медичних та туристичних), спрямований на реінвестування у i – тому циклі кругообігу;

P_{i+1}^k – рентабельність реінвестованого капіталу на i -тому циклі кругообігу.

Мультиплікативний прямий соціальний ефект регіону від розвитку РРМТ пропонуємо визначати за формулою:

$$M_{np}^c = ЗП_M + ЗП_T + Д_B, \quad (3.9)$$

де $ЗП_M$ – заробітна плата працівників медичних установ – інститутів РРМТ;

$ЗП_T$ – заробітна плата працівників туристичних підприємств – інститутів РРМТ;

$Д_B$ – додаткові винагороди працівникам медичних та туристичних підприємств-інститутів РРМТ.

Оскільки фонд оплати праці залежить від кількості зайнятих у тій чи іншій сфері, соціальний ефект враховує зростання рівня зайнятості від розвитку РРМТ.

Мультиплікативний опосередкований економічний ефект регіону від розвитку РРМТ пропонуємо визначати за формулою:

$$M^e_{on} = ЧД_{\Pi} + ЧД_{инфр} + Д_B + \sum_{i=0}^n \Pi^p_{i+1} \times P^k_{i+1}, \quad (3.10)$$

де $ЧД_{\Pi}$ – чиста маржа підприємств-партнерів інститутів РРМТ (визначається як різниця між чистим доходом підприємств-партнерів і фондом заробітної плати їх працівників). Такими підприємствами-партнерами є в першу чергу постачальники товарів і послуг базових інститутів РРМТ. Даний показник можна розрахувати за обсягами поставок товарів і послуг у базові інститути. При розрахунках доцільно брати до уваги лише ті поставки, які здійснені у межах даного регіону;

$ЧД_{инфр}$ – чиста маржа інфраструктурних інститутів РРМТ (визначається як різниця між чистим доходом інфраструктурних інститутів і фондом заробітної плати їх працівників);

$Д_B$ – надходження у бюджет від інфраструктурних інститутів РРМТ;

Π^p_{i+1} – прибуток інститутів (у даному випадку – підприємств-партнерів і інфраструктурних), спрямований на реінвестування у i – тому циклі кругообігу;

P^k_{i+1} – рентабельність реінвестованого капіталу на i -тому циклі кругообігу.

У свою чергу, мультиплікативний опосередкований соціальний ефект регіону від розвитку РРМТ пропонуємо визначати за формулою:

$$M^c_{on} = ЗП_{\Pi} + ЗП_{инфр} + Д_B, \quad (3.11)$$

де $ЗП_{\Pi}$ – заробітна плата працівників підприємств-партнерів інститутів РРМТ;

$ЗП_{инфр}$ – заробітна плата працівників інфраструктурних інститутів РРМТ;

$Д_B$ – додаткові винагороди працівникам підприємств-партнерів та інфраструктурних інститутів РРМТ.

Таким чином, запропонована модель оцінки мультиплікативного ефекту від розвитку РРМТ на соціально-економічний розвиток регіону передбачає два напрямки такої оцінки: з позиції понесення основних та додаткових витрат медичних туристів на території регіону та з позиції генерації прямих та опосередкованих соціально-економічних ефектів від розвитку РРМТ. Запропонована модель розрахунку мультиплікативного ефекту від розвитку РРМТ потребує значного обсягу статистичної інформації.

Всесвітньою туристичною організацією уже протягом багатьох років широкого розповсюдження отримали показники оцінки економічної діяльності у сфері туризму на основі застосування сателітних рахунків туризму, які є додатковими до національних рахунків. Вони надають можливість оцінити не

лише сукупний дохід від туризму, а й внесок кожної сфери економіки у туризм і вплив туризму на розвиток цих галузей [129].

Основними показниками, що розглядаються в СРТ є випуск; проміжне споживання; валова додана вартість; витрати на кінцеве споживання; ВВП, обумовлений туризмом. Додатково при дослідженнях використовуються такі показники, як зайнятість в індустрії туризму; наявність та рух основного капіталу; експорт та імпорт товарів, пов'язаних з туризмом; вплив показників на платіжний баланс [130].

Програмою інтеграції України до Європейського Союзу (Програму схвалено Указом Президента N 1072/2000 (1072/2000) від 14.09.2000 р.) передбачено розробку сателітного рахунку з туризму відповідно до рекомендацій ООН та Всесвітньої організації туризму.

Стратегією розвитку туризму і курортів (схваленої розпорядженням КабМіну України 6 серпня 2008 р. № 1088 – р.) також передбачено впровадження сателітних рахунків для визначення впливу сфери туризму і курортів на формування макроекономічних показників країни та регіонів.

Міністерством курортів і туризму планується спільно з експертами Всесвітньої організації туризму ООН удосконалити методику економічної ефективності рекреаційної галузі, яка на сьогодні оцінюється лише за кількістю туристів. Разом з тим, на сьогодні Класифікатором видів економічної діяльності (КВЕД), туристичну діяльність визнано окремим видом економіки, що, на думку туроператорів-членів Асоціації лідерів турбізнесу України (АЛТУ), є першим кроком у напрямку до комплексної оцінки внеску туризму в економіку країни [128].

Апробацію запропонованої моделі здійснимо з позиції впливу розвитку медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ на валовий регіональний продукт, як визначальний індикатор розвитку регіону. Попередній аналіз вхідної інформації дає можливість зробити висновок про наявність лінійної форми зв'язку між обраними показниками:

$$y = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + a_3x_3 + a_4x_4 + a_5x_5 + \dots + a_nx_n, \quad (3.12)$$

Для виявлення залежності між обсягом валового регіонального продукту на душу населення (y) та частковими показниками сформованості РРМТ України, за 27 територіально-адміністративними одиницями, було побудовано кореляційні моделі, зокрема, за факторами (x_n), поданими у додатку В.2.

При побудові обраних моделей проведемо розрахунок коефіцієнта парної кореляції: для медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ. Коефіцієнти парної кореляції використовуються для вимірювання сили лінійних зв'язків різних пар змінних (ознак) із заданої множини. При цьому враховується,

що зв'язок кожної пари ознак знаходиться під впливом зв'язків всіх інших ознак між собою та ознаками із даної пари.

Показники тісноти зв'язку між ознаками, включеними у рівняння для медичної підсистеми РРМТ, представлені у додатку В.3; для туристичної підсистеми – у додатку В.4; для медичної – у додатку В.5.

Коефіцієнт парної кореляції набуває значення від -1 до $+1$.

Зауважимо, що якщо $|r| < 0,30$, то зв'язок між ознаками слабкий;

$0,30 \leq |r| \leq 0,70$ – помірний зв'язок;

$|r| > 0,70$ – сильний або щільний зв'язок.

Коли $|r| = 1$ – зв'язок функціональний.

Якщо $|r| \approx 0$, то лінійний зв'язок між X та Y відсутній.

З таблиці В.3 очевидно, що обсяг ВРП перебуває в сильному зв'язку з такими елементами медичної підсистеми РРМТ як забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, осіб в розрахунку на 10 тис. населення регіону (x_6); імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{13}); кількість операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{24}).

Помірною силою впливу на обсяг ВРП характеризуються кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_2); кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (стоматологи) (x_4); індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я (x_{11}); обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. населення регіону (x_{14}); кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (хірургічні спеціалісти) (x_{15}); кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (акушери і гінекологи) (x_{16}); кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (педіатри) (x_{17}); кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (психіатри) (x_{18}); кількість операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{19}); кількість операцій кістково-м'язової системи в стаціонарах регіону в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{20}).

Результати представлені у табл. В.4 дають можливість говорити про те, що ВРП перебуває в сильному зв'язку з такими елементами туристичної підсистеми РРМТ як кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_6); доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{11}); середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{15}).

Помірний зв'язок притаманний факторам кількість туристів, обслугованих

суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_1); доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{12}); продуктивність праці в туристичній сфері регіону (обсяг послуг/чисельність працівників) (x_{17}); кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{18}); кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{19}); рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{20}); кількість об'єктів природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{21}). Обсяг ВРП, відповідно до табл. В.5, перебуває в сильному зв'язку з такими елементами інфраструктурної підсистеми РРТМ як кількість приїжджих осіб, яким були надані послуги готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_2); кількість інтернет-користувачів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_6); інвестиції в основний капітал в діяльність підприємств транспорту та зв'язку регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_8); роздрібний товарооборот підприємств ресторанного господарства регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{11}); кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорту та зв'язку в розрахунку на 10 тис. нас. регіону (x_{13}). Помірний зв'язок властивий для таких факторів як кількість інтернет-провайдерів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_5) інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_9).

В результаті обробки інформації, було одержано такі кореляційні залежності рівня ВРП на душу населення від включених до рівняння регресії факторів. Параметри і критерії кореляції та регресії подані у таблиці 3.2.

Розраховані коефіцієнти показують, на скільки в середньому змінюється рівень ВРП на душу населення у разі зміни кожного з досліджуваних факторів на одиницю при фіксованих значеннях інших факторів, що були включені у модель.

Досліджуючи вплив медичної підсистеми РРТМ на ВРП на душу населення зауважимо, що збільшення: кількості лікарняних ліжок на 1 ліжко-місце (або на 1 %) в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону спричинить зростання рівня ВРП на душу населення на 31,3 грн (або на 0,143 %); кількості стоматологів одного лікаря (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону на призведе до зростання рівня ВРП на душу населення на 56,7 грн (або на 0,122 %); імпорту послуг у сфері охорони здоров'я регіону на 1 у.о. (або на 1 %) в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону зумовить зростання ВРП на душу населення на 1415,9 грн (або на 0,068 %); кількості хірургів на одного спеціаліста (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону принесе для

Таблиця 3.2

Параметри та критерії кореляції і регресії моделі

Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ												
	Кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_2	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (стоматологи), x_4	Забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, осіб в розрахунку на 10 тис. нас. регіону, x_6	Індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я, x_{11}	Імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{13}	Обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. нас. регіону, x_{14}	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (хірургічні спеціалісти), x_{15}	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (акушери і гінекологи), x_{16}	Кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (педіатри), x_{17}	Кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (психіатри), x_{18}	Кількість операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб насел-ня регіону, x_{19}	Кількість операцій кістково-м'язової системи в стаціонарах регіону в розрахунку на 100 тис. осіб насел-ня регіону, x_{20}	Кількість операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб насел-ня регіону, x_{24}
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Рівняння множинної лінійної регресії	$y = 6828,6 + 31,3x_2 + 56,7x_4 - 66,5x_6 - 138,3x_{11} + 1415,9x_{13} - 0,5x_{14} + 6,4x_{15} + 390,4x_{16} + 140,5x_{17} - 563,6x_{18} + 3,8x_{19} + 1,6x_{20} + 15,9x_{24}$												
Коефіцієнт еластичності	0,143	0,122	-0,144	-0,713	0,068	-0,031	0,348	0,489	0,175	-0,222	0,132	0,045	0,254
Коефіцієнт детермінації	0,878013239												
Коефіцієнт множинної кореляції	0,937023606												

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ												
	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_1	Кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_6	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{11}	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон, x_{12}	Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{15}	Продуктивність праці в туристичній сфері регіону (обсяг послуг/чисельність працівників), x_{17}	Кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{18}	Кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{19}	Рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{20}	Кількість об'єктів природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{21}			
Рівняння множинної лінійної регресії	$y = 21081,1 - 14,1 x_1 + 161,4 x_6 + 6,8 x_{11} + 1809,2 x_{12} - 2405,6 x_{15} - 26,4 x_{17} + 1132,1 x_{18} + 2347,0 x_{19} - 3347,9 x_{20} - 1011,8 x_{21}$												
Коефіцієнт еластичності	-0,338	0,414	0,319	0,093	-0,132	-0,188	0,054	0,005	-0,156	-0,105			
Коефіцієнт детермінації	0,904802014												
Коефіцієнт множинної кореляції	0,951210815												

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	ІНФРАСТРУКТУРНА ПІДСИСТЕМА РРМТ													
	Відвідуваність готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_2	Кількість інтернет-провайдерів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_5		Кількість інтернет-користувачів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону, x_6		Інвестиції в основний капітал в діяльність п-в транспорту та зв'язку регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону, x_8		Інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону, x_9		Роздрібний товарооборот підпр-в ресторанного господарства регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону, x_{11}		Кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорту та зв'язку в розрахунку на 10 тис. нас. регіону, x_{13}		
Рівняння множинної лінійної регресії	$y = 4980,8 + 2,0x_2 + 1745,7x_5 + 597,7x_6 + 0,3x_8 + -24,4x_9 + 1,8x_{11} - 404,3x_{13}$													
Коефіцієнт еластичності	0,082		0,022		0,717		0,072		-0,070		0,101		-0,168	
Коефіцієнт детермінації	0,9057399													
Коефіцієнт множинної кореляції	0,9517037													

економіки території зростання ВРП на душу населення на 6,4 грн (або на 0,348 %); кількості акушерів і гінекологів на одного спеціаліста (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону призведе до зростання рівня ВРП на душу населення на 390,4 грн (або на 0,489 %); кількості педіатрів на одного спеціаліста (або на 1 %) в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону призведе до зростання рівня ВРП на душу населення на 140,5 грн (або на 0,175 %); кількості операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами на одну операцію (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону зумовить зростання ВРП на душу населення на 3,8 грн (або на 0,132 %); кількості операцій кістково-м'язової системи в стаціонарах регіону на одну операцію (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону спричинить зростання рівня ВРП на душу населення на 1,6 грн (або на 0,045 %); кількості операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами на одну операцію (або на 1 %) в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону призведе до зростання ВРП на душу населення на 15,9 грн (або на 0,254 %).

Однак зростання забезпеченості населення лікарями усіх спеціальностей на 1 особу в розрахунку на 10 тис. населення регіону, індексу споживчих цін на послуги з охорони здоров'я на 1 в.п., обсягу реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини на 1 грн в розрахунку на 10 тис. населення регіону, спричинить зменшення рівня ВРП на душу населення на 66,5 грн, 138,3 грн, 0,5 грн, 563,6 грн відповідно. Вказані фактори чинять негативний вплив на обсяги ВРП на душу населення оскільки медицина у цілому, яка в Україні є безкоштовною, фінансується з державного бюджету, а частка приватної медицини не настільки суттєва, щоб чинити позитивний вплив.

Основним показником тісноти кореляційного зв'язку між результативним показником y та всіма незалежними змінними $x_j (j = \overline{1, m})$, а також ступеня близькості вибраного виду математичної залежності до вибірових даних є коефіцієнт множинної кореляції та детермінації. Одним із основних показників тісноти кореляційного зв'язку результативного показника y з факторами $x_j (j = \overline{1, m})$, а також мірою ступеня відповідності даних $\hat{y}_i (i = \overline{1, n})$ є коефіцієнт множинної кореляції.

Обранні чинники з медичної підсистеми РРМТ суттєво впливають на рівень ВРП, оскільки коефіцієнт множинної кореляції рівний 0,937, а це свідчить, що зв'язок між кількісними ознаками і результативним показником є сильним. Отже, можна з упевненістю стверджувати, що побудована нами регресійна модель є адекватна експериментальним даним.

Коефіцієнт множинної детермінації становить 0,878. Отже, 87,8 % загальної дисперсії пояснюється залежністю ВРП від включених у модель факторів. І лише

12,2 % загальної дисперсії не може бути пояснено отриманою нами залежністю. Таким чином, можна зробити висновок, що побудована нами модель є статистично значима. За рівнянням множинної регресії для туристичної підсистеми РРТМ, зробимо висновок про те, що найбільш ефективними резервами підвищення рівня ВРП на одну особу ($\uparrow$) є зростання кількості реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону ($\uparrow$ ВРП на 161,4 грн), доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону ($\uparrow$ ВРП на 6,8 грн), доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон ($\uparrow$ ВРП на 1809,2 грн), кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону ($\uparrow$ ВРП на 1132,1 грн), кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону ($\uparrow$ ВРП на 2347,0 грн).

Чинниками, які негативно впливають на обсяги ВРП є: кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону; продуктивність праці в туристичній сфері регіону (обсяг послуг/чисельність працівників); середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону; рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону; кількість об'єктів природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону. Тобто, динаміка наведених вище параметрів та їх кількісний вимір не сприяють соціально-економічному розвитку регіону.

Перших два чинника пов'язані з вибором українських туристів лікуватися не в Україні, а за її межами. Обрахований коефіцієнт множинної детермінації свідчить, що на 90,5 % загальної дисперсії пояснюється залежністю ВРП на душу населення від відібраних до моделі факторів. І тільки 9,5 % загальної дисперсії не може бути пояснено отриманою нами залежністю. Таким чином, можна зробити висновок, що побудована нами модель є статистично значима.

У процесі діагностики отримано досить високе значення коефіцієнта множинної кореляції ($|0,951| \geq 0,7$). Це свідчить про те, що зв'язок між залежною та незалежними змінними тісний.

Отримана економетрична модель для інфраструктурної підсистеми РРТМ дозволяє зробити ряд таких висновків: зростання відвідуваності готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 1 особу в розрахунку 10 тис. осіб населення регіону спричиняє ріст рівня ВРП на одну особу на 2 грн; зростання кількості інтернет-провайдерів в регіоні на 1 провайдера в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону зумовлює ріст ВРП на одну особу на 1745,7 грн; зростання кількості інтернет-користувачів в регіоні на 1 користувача в розрахунку

на 10 тис. осіб населення регіону викликає ріст ВРП на одну особу на 597,5 грн; зростання інвестицій в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону на 1 грн в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону викликає скорочення обсягу ВРП на 0,070 грн (що говорить про неефективність використання інвестиційних ресурсів); зростання роздрібного товарообороту підприємств ресторанного господарства регіону на 1 грн в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону спонукає до росту ВРП на душу населення на 1,8 грн.; зростання кількості суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорту та зв'язку на 1 такий суб'єкт в розрахунку на 10 тис. нас. регіону викликає зменшення розміру ВРП на 404,3 грн. (ситуація має місце через те, що переважна частина таких підприємств є збитковою).

В цілому в Україні медико-туристична інфраструктура є недостатньо розвиненою, що в поєднанні з низькою якістю сервісу зумовлює її низьку привабливість, і відповідно, прибутковість на фоні аналогічних показників по інших країнах Європи. Оскільки коефіцієнт множинної детермінації для обраних факторів інфраструктурної підсистеми становить 0,906, то 90,6% загальної дисперсії пояснюється залежністю ВРП від включених у модель факторів. І лише 9,4 % загальної дисперсії не може бути пояснено отриманою нами залежністю.

Обрані чинники з інфраструктурної підсистеми РРМТ суттєво впливають на рівень ВРП, оскільки коефіцієнт множинної кореляції рівний 0,952, а це свідчить, що зв'язок між кількісними ознаками і результативним показником є сильним. Отже, можна з упевненістю стверджувати, що побудована нами регресійна модель є адекватна експериментальним даним.

Сценарії розвитку регіонального ринку медичного туризму в Україні представлені у таблиці 3.3. Запропоновано три сценарії розвитку, для яких передбачено можливий ріст на 5%, 10% та 15% включених до моделі факторів медичної, туристичної, інфраструктурної підсистем РРМТ, які спричиняють позитивний вплив на ВРП.

Результати показали, що у більшості регіонів України економічно доцільним є формування РРМТ, що зумовить зростання ВРП при кількісному збільшенні факторів медичної, туристичної та інфраструктурної підсистем. Тенденції зменшення рівня ВРП у деяких регіонах за певними підсистемами РРМТ зумовлені значним їх відставанням порівняно з іншими регіонами України, тому інвестиції у ці сфери не дозволять отримати швидкого соціально-економічного результату. Тому, на нашу думку, пріоритетними регіональними ринками для розвитку РРМТ в Україні повинні бути обрані ті з них, за якими фактори розвитку і медичної, і туристичної, і інфраструктурної підсистем зумовлюють зростання валового регіонального продукту.

Таблиця 3.3

Сценарії розвитку регіонального ринку медичного туризму в Україні

Регіони	Медична підсистема PRMT						Туристична підсистема PRMT						Інфраструктурна підсистема PRMT					
	↑ на 5 %		↑ на 10 %		↑ на 15 %		↑ на 5 %		↑ на 10 %		↑ на 15 %		↑ на 5 %		↑ на 10 %		↑ на 15 %	
	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази	ВРП, грн	відносно бази
АР Крим	18225,7	1,104↑	20089,8	1,217↑	21953,9	1,330↑	18518,7	1,122↑	19634,8	1,189↑	21136,2	1,280↑	16718,8	1,013↑	17924,7	1,086↑	19130,7	1,159↑
Вінницька	20758,8	1,448↑	22469,0	1,568↑	24179,1	1,687↑	21080,4	1,471↑	21408,2	1,494↑	21792,8	1,521↑	15736,1	1,098↑	16347,0	1,141↑	16958,0	1,183↑
Волинська	17635,9	1,267↑	19195,9	1,379↑	20755,9	1,492↑	11432,9	0,822↓	11636,9	0,836↓	11943,7	0,858↓	14975,8	1,076↑	15558,0	1,118↑	16140,1	1,160↑
Дніпропетровська	29767,3	0,858↓	31978,2	0,921↓	34189,0	0,985↓	32705,8	0,942↓	33499,0	0,965↓	34420,3	0,992↓	27493,5	0,792↓	28744,5	0,828↓	29995,5	0,864↓
Донецька	35079,9	1,210↑	37561,0	1,296↑	40042,1	1,381↑	26767,6	0,923↓	27352,8	0,944↓	28166,5	0,972↓	21740,8	0,750↓	22696,3	0,783↓	23651,8	0,816↓
Житомирська	17695,7	1,211↑	19253,6	1,317↑	20811,5	1,424↑	20913,7	1,431↑	21224,9	1,452↑	21599,0	1,478↑	15830,4	1,083↑	16439,1	1,125↑	17047,7	1,166↑
Закарпатська	11248,0	1,116↑	12448,3	1,214↑	13648,7	1,112↑	14620,3	1,191↑	14798,6	1,205↑	15096,8	1,230↑	12503,7	1,018↑	12991,8	1,058↑	13479,9	1,098↑
Запорізька	23062,5	0,975↓	24957,6	1,055↑	26852,7	1,135↑	22398,4	0,947↓	22968,4	0,971↓	23627,8	0,999↓	23387,5	0,989↓	24449,1	1,033↑	25510,8	1,078↑
Івано-Франківська	20530,8	1,386↑	22195,7	1,498↑	23860,5	1,611↑	18174,6	1,227↑	18976,2	1,281↑	20163,2	1,361↑	15090,3	1,019↑	15709,1	1,060↑	16327,9	1,102↑
Київська	20690,0	0,792↓	22312,4	0,854↓	23934,8	0,916↓	20613,8	0,789↓	20839,8	0,797↓	21217,5	0,812↓	29521,5	1,129↑	30915,5	1,183↑	32309,4	1,236↑
Кіровоградська	17604,2	1,133↑	19117,2	1,231↑	20630,3	1,328↑	15705,7	1,011↑	15855,4	1,021↑	16093,6	1,036↑	14953,6	0,963↓	15535,3	1,000↑	16116,9	1,038↑
Луганська	23637,1	1,195↑	25558,8	1,292↑	27480,4	1,389↑	21269,9	1,075↑	21449,8	1,084↑	21769,9	1,100↑	20260,2	1,024↑	21096,4	1,066↑	21932,6	1,108↑
Львівська	24786,7	1,516↑	26830,2	1,641↑	28873,7	1,766↑	18310,3	1,120↑	18853,7	1,153↑	19552,9	1,196↑	24768,2	1,515↑	25946,2	1,587↑	27124,3	1,659↑
Миколаївська	17649,7	0,870↓	19171,1	0,946↓	20692,6	1,021↑	20406,8	1,006↑	20783,2	1,025↑	21318,3	1,051↑	20131,5	0,993↓	21107,4	1,041↑	22083,3	1,089↑
Одеська	21174,1	1,339↑	22960,9	1,418↑	24747,7	1,598↑	21644,5	1,260↑	22085,3	1,380↑	22715,2	1,408↑	26299,2	1,167↑	27886,8	1,237↑	29474,5	1,307↑
Полтавська	19638,9	0,662↓	21320,7	0,719↓	23002,4	0,776↓	20481,4	0,691↓	20868,5	0,704↓	21328,8	0,719↓	23983,6	0,809↓	25020,4	0,844↓	26057,2	0,879↓
Рівненська	19059,6	1,383↑	20648,1	1,498↑	22236,7	1,613↑	15337,3	1,113↑	15536,1	1,127↑	15824,3	1,148↑	14999,8	1,088↑	15576,0	1,130↑	16152,1	1,172↑
Сумська	17756,7	1,130↑	19338,0	1,231↑	20919,4	1,332↑	16608,5	1,057↑	16857,9	1,073↑	17170,8	1,093↑	17818,8	1,134↑	18523,9	1,179↑	19229,1	1,224↑
Тернопільська	15585,3	1,331↑	17061,6	1,457↑	18538,0	1,583↑	13871,0	1,184↑	14107,3	1,204↑	14418,0	1,231↑	13906,9	1,187↑	14427,5	1,232↑	14948,1	1,276↑
Харківська	26246,8	1,110↑	28272,9	1,196↑	30299,0	1,282↑	29578,3	1,251↑	30344,2	1,284↑	31240,7	1,322↑	31781,2	1,344↑	33224,5	1,405↑	34667,8	1,467↑
Херсонська	20043,6	1,397↑	21653,2	1,509↑	23262,8	1,622↑	18144,4	1,265↑	18611,3	1,297↑	19270,0	1,343↑	18830,0	1,313↑	19643,9	1,369↑	20457,7	1,426↑
Хмельницька	16462,2	1,210↑	17910,3	1,317↑	19358,5	1,423↑	17062,7	1,254↑	17645,4	1,297↑	18289,2	1,345↑	16488,8	1,212↑	17145,3	1,260↑	17801,8	1,309↑
Черкаська	19330,7	1,116↑	20946,7	1,209↑	22562,8	1,302↑	19280,6	1,113↑	19535,4	1,128↑	19899,2	1,149↑	16953,9	0,979↓	17632,5	1,018↑	18311,1	1,057↑
Чернівецька	14180,8	1,296↑	15537,4	1,420↑	16894,0	1,544↑	13574,3	1,241↑	13928,0	1,273↑	14397,8	1,316↑	14560,4	1,331↑	15184,1	1,388↑	15807,7	1,445↑
Чернігівська	18231,4	1,183↑	19848,1	1,288↑	21464,9	1,393↑	9768,4	0,634↓	9995,2	0,649↓	10262,4	0,666↓	14619,9	0,949↓	15184,0	0,986↓	15748,1	1,022↑
м. Київ	74946,9	1,064↑	79608,2	1,130↑	84269,5	1,197↑	77610,5	1,102↑	83868,1	1,191↑	90650,5	1,287↑	74613,6	1,059↑	78910,8	1,121↑	83208,1	1,182↑
м. Севастополь	19395,6	0,948↓	21158,8	1,034↑	22922,0	1,121↑	24210,9	1,184↑	27646,4	1,352↑	31378,2	1,534↑	20880,8	1,021↑	22431,9	1,097↑	23982,9	1,172↑

Нині проблеми, які існують у сфері медичного туризму в Україні, є достатньо гострими, що і доводить проведений аналіз. Україна виступає класичним прикладом тих країн, які, маючи багатий природно-рекреаційний потенціал, відстають в розвитку сфери туризму та його медично-оздоровчого напрямку. Це обумовлюється гіршою соціально-економічною та екологічною ситуацією в країні, а також невідрегульованістю загального механізму стимулювання медично-туристської індустрії, неефективністю та нерациональністю використання природно-рекреаційних ресурсів та природно-кліматичного потенціалу, незадовільним рівнем медичного обслуговування та незадовільним рівнем інноваційної активності у сфері медицини.

Перейдемо до розгляду алгоритму дослідження якості побудованої моделі через встановлення стандартних помилок та оцінок параметрів моделі.

Відтак, дисперсії оцінок параметрів заданої функції регресії та її стандартні помилки приймуть вигляд (додаток В.6). Відносний показник розсіювання (δ_{aj}), потрібний для того щоб порівняти кожен стандартну помилку (S_{aj}) з відповідним числовим значенням оцінки параметра.

Отже, стандартні помилки оцінок параметрів відносно рівня оцінки параметрів моделі для медичної, туристичної, інфраструктурної підсистем вказують на зміщеність оцінок, що певним чином знижує цінність результатів.

Перевірка гіпотези про значущість побудованих моделей здійснимо за допомогою використання F-критерію Фішера. Для цього висуваємо нульову гіпотезу $H_0 : a_1 = a_2 = \dots = a_n = 0$.

Оскільки, $F_{розр} > F_{табл}$ ($36,1 > 2,60$ (при рівні значимості $P=0,95$) – для медичної підсистеми РРМТ; $76,3 > 2,54$ – для туристичної підсистеми; $137,4 > 2,63$ – для інфраструктурної підсистеми), то гіпотеза H_0 про відсутність зв'язку між результативною та факторними ознаками відкидається та приймається альтернативна їй гіпотеза H_1 про наявність зв'язку. Це в першу чергу свідчить про адекватність побудованих моделей і про наявність істотного зв'язку між їх залежними та незалежними змінними.

Для оцінки значущості множинного коефіцієнта детермінації, як і у попередньому випадку, використаємо статистику F-критерію Фішера.

Знову ж таки, можна говорити про те, що гіпотеза H_0 , яка говорить про відсутність суттєвого впливу жодної із пояснюючих змінних, включених у модель, на залежну змінну, не має реального підґрунтя, оскільки $F_{розр} > F_{табл}$ ($7,80 > 2,60$). Відтак прийняття гіпотези H_1 означає, що хоча б одна із пояснюючих змінних, включених до моделі, яка характеризує вплив медичної підсистеми РРМТ на ВРП, виявляє суттєвий вплив на результуючий показник

(у). Аналогічні результати отримаємо для моделей, які ідентифікують вплив туристичної та інфраструктурної підсистем РРМТ на ВРП.

Коефіцієнт множинної кореляції, як уже раніше зазначалося, є вибірковою характеристикою, тому при перевірці якості побудованої моделі доцільно провести оцінку його значущості. Дана оцінка ґрунтується на t – статистиці Стюдента.

Оскільки розрахунки показують, що $|t_{\text{розрах}}| > t_{\text{табл}}$, то можна говорити про відхилення гіпотези H_0 і прийняття гіпотези H_1 . Результати проведеного дослідження доводять значущість коефіцієнта множинної кореляції між залежною та незалежними змінними вище згаданих моделей.

Перевірку гіпотези про значущість параметрів економетричної моделі здійснимо за допомогою критерію Стюдента. Для розгляду значущості оцінок параметрів багатфакторної моделі встановимо наступні умови: $H_0 : a_j = b_j$, що вказує на відсутність суттєвої різниці між оцінкою параметра регресії, отриманої за результатами вибірки, і дійсним значенням b_j параметра регресії генеральної сукупності; $H_0 : a_j \neq b_j$, що вказує на наявність суттєвої різниці між оцінкою параметра регресії та відповідним параметром генеральної сукупності.

Альтернативна гіпотеза може бути сформульованою таким чином: $H_1 : a_j > b_j$ або $a_j < b_j$, тобто оцінка параметра суттєво більша або менша від параметра генеральної сукупності.

На практиці буває дуже складно вказати завчасно числове значення параметра регресії b_j генеральної сукупності, тому часом приходить висувати інше припущення: $H_0 : a_j = 0$, тобто пояснююча змінна x_j не виявляє суттєвого впливу на залежну змінну y ; $H_1 : a_j \neq 0$, тобто змінна x_j , виявляє суттєвий вплив на y .

Тобто, оцінка параметрів: $a_0, a_2, a_4, a_{13}, a_{15}, a_{16}, a_{17}, a_{19}, a_{20}, a_{24}$ в розробленій моделі для медичної підсистеми є достовірною; $a_0, a_1, a_6, a_{11}, a_{12}, a_{18}, a_{19}$ в розробленій моделі для туристичної підсистеми є достовірною; $a_0, a_2, a_5, a_6, a_8, a_{11}$ в розробленій моделі для інфраструктурної підсистеми є достовірною.

3.2. Інноваційні технології у забезпеченні конкурентоспроможності регіонального ринку медичного туризму

Однією з основних вимог становлення та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні є забезпечення їх конкурентоспроможності. Світові тенденції розвитку туристичного ринку засвідчують посилення конкурентної боротьби між провідними туристичними мережами за залучення

туристичних потоків. Перемога у такій конкурентній боротьбі у глобалізаційній економіці належить компаніям, які акцентують увагу у своїй діяльності не лише на обов'язкових атрибутах безпеки, сервісу, комфорту, інтересу, а й застосуванні інноваційних технологій при наданні турпослуг, що дозволяє зайняти конкурентну позицію у ринковому туристичному просторі.

У зв'язку з цим, на даному етапі становлення регіональних туристичних ринків, в тому числі РРМТ, актуальним є запровадження інноваційних технологій для забезпечення становлення та розвитку РРМТ в Україні. Більше того, саме на РРМТ застосування інноваційних процесів є обов'язковою передумовою його становлення та обов'язковою умовою розвитку. Це зумовлено специфікою ринку, адже забезпечення вхідних туристичних потоків, метою яких є отримання конкурентоспроможних медичних послуг, вимагає від надавачів таких послуг в першу чергу використання інноваційних технологій для ефективного вирішення медичних проблем туристів, що і слугуватиме причиною відвідання ними того чи іншого регіону.

Тому ведення діяльності на основі використання інновацій у сфері медицини є базовою вимогою формування регіональних ринків медичного туризму в Україні як таких.

Проблеми застосування інноваційних технологій у різних сферах економічної діяльності для забезпечення їх конкурентоспроможності є базовими в економічних теоріях провідних науковців і практиків світу, зокрема Дж.Гобсона, С.Фрімана, П.Друккера, Д.Кларка, Р.Портера, Й.Шумпетера, М.Туган-Барановського та інших, праці яких на сьогоднішній день доповнюються новими ідеями, гіпотезами та практичною реалізацією.

Англійський економіст Джин Гобсон до традиційних факторів виробництва – земля, праця, капітал додав особливий четвертий фактор – прогресивний талант, маючи на увазі сферу прогресивної економіки, що базується на нових ідеях, знаннях і т.д. Однак, у світовій науці основоположником теорії інновацій вважається австрійський вчений Й.Шумпетер, який розкриваючи зміст інновації, розумів її як суттєву форму зміни функцій товару, що виготовляється з використанням нових матеріалів і компонентів, впровадженні нових процесів, відкритті нових ринків, впровадженні нових організаційних форм [131, с. 53]. За словами відомого американського вченого Б.Твісса, нововведення – це процес, у якому винахід або ідея набуває економічного змісту [132]. Тобто основоположники теорії інновацій акцентують увагу на комерційній складовій нової ідеї, яка здатна стимулювати попит.

У Законі України „Про інноваційну діяльність” інновації тлумачаться як новостворені (застосовані) і /або вдосконалені конкурентоспроможні

технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва і/або соціальної сфери” [133].

Численні підходи до тлумачення цієї категорії, аналіз існуючих статистичних матеріалів, що відображають інноваційну діяльність у регіонах України, дозволяють зробити висновок, що, в основному, увага сучасних досліджень зосереджується на необхідності застосування інноваційних технологій у сфері матеріального виробництва, тоді як сфери послуг, і зокрема, туризму, розробки стосуються опосередковано. Нечисленні дослідження цієї наукової проблематики зумовили значне відставання розвитку туристичної індустрії України у порівнянні зі світовими тенденціями. Тому виникає важливе наукове завдання аналізу проблем та пошуку механізмів активізації використання інноваційних технологій у сфері туризму та, зокрема, при формуванні регіональних ринків медичного туризму в Україні.

Питання активізації інноваційної діяльності у регіонах України покладається не лише на підприємницькі структури, а й у значній мірі на органи регіональної влади та місцевого самоврядування, що визначається Конституцією України, Законом України „Про місцеве самоврядування в Україні”, Законом України „Про інноваційну діяльність в Україні”, ін.

Так, Законом України „Про інноваційну діяльність в Україні” встановлюється перелік повноважень представницьких та виконавчих органів місцевого самоврядування, зокрема щодо [133]: 1) розроблення, затвердження та виконання місцевих інноваційних програм; 2) визначення з місцевих бюджетів коштів для фінансування цих програм; 3) створення комунальних інноваційних фінансово-кредитних установ для фінансової підтримки місцевих інноваційних програм за кошти місцевих бюджетів, затвердження їх статутів чи положень про них, визначення їх підпорядкування; 4) фінансування місцевих інноваційних програм за рахунок коштів місцевого бюджету через державні інноваційні фінансово-кредитні установи або через комунальні інноваційні фінансово-кредитні установи; 5) затвердження порядку формування і використання коштів комунальних інноваційних фінансово-кредитних установ; 6) контролю фінансування місцевих інноваційних програм за кошти місцевого бюджету через державні інноваційні фінансово-кредитні установи; 7) контролю за діяльністю комунальних інноваційних фінансово-кредитних установ тощо.

Тобто, фактично функції органів регіональної влади зводяться до розробки та послідовної реалізації програм інноваційного розвитку, що зачасти містять науково-технічні розробки, які не розв’язують низки проблем, пов’язаних з підвищенням економічного розвитку регіону у довгостроковій

перспективі.

Причинами такої ситуації є: недофінансування регіональних та місцевих програм інноваційного розвитку; включення у програми проектів не інноваційного спрямування; зосередження уваги на проектах, які не мають стратегічного значення для регіону; не сформований ринок фінансово-кредитних установ для фінансування інноваційних проектів; бюрократичні перепони стосовно включення інноваційних проектів у програми інноваційного розвитку регіону; недосконалість міжбюджетних відносин, які через брак коштів блокують можливості органам влади на місцях встановлювати податкові пільги для стимулювання підприємницьких структур до інноваційної активності; низька інвестиційна привабливість регіонів, міст, населених пунктів, що перешкоджає фінансуванню локальних інноваційних проектів; низький рівень співпраці між приватними структурами та представниками органів влади при реалізації регіональної інноваційної політики; відсутність інноваційної інфраструктури у регіонах України, як передумови активізації інноваційних процесів, ін.

Перешкоди до запровадження інновацій у туристичній сфері посилюються: невідповідністю стану туристичної інфраструктури міжнародним стандартам; недостатнім рівнем фінансування туристичної сфери; недостатнім розвитком транспортної інфраструктури; застарілою матеріально-технічною базою туристичної сфери; недостатньо розвиненою мережею закладів проживання, харчування, індустрії розваг; нестачею висококваліфікованих фахівців із запровадження інноваційних форм туризму; орієнтування туристичних фірм на виїзний туризм, ін. До інновацій в туризмі Кіндрик Т. О., Головінов О. М. відносять перш за все ті нововведення, які супроводжуються: відновленням і розвитком духовних та фізичних сил туристів; якісно новими змінами турпродукту; підвищенням ефективності функціонування інфраструктури туризму; підвищенням ефективності процесів формування, позиціонування та споживання туристичних послуг; прогресивними змінами факторів виробництва (наприклад, скорочення терміну транспортування за рахунок впровадження нових швидкісних видів транспорту, поліпшення умов праці працівників туріндустрії, впровадження нових прогресивних методів (механізмів) перетворення факторів виробництва в послуги) [134]. У доповнення до вищенаведених, інновації на регіональному ринку медичного туризму, на нашу думку, повинні спрямовуватись на застосування прогресивних інноваційних медичних технологій з діагностики та лікування різноманітних хвороб. З врахуванням наведеного, інновації на РРМТ слід розглядати за різними ознаками, основними з яких є: зміст інновації, час (причина) виходу на ринок, суб'єкт розробки, що дозволяє здійснити їх типологію та виокремити основні напрямки запровадження (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Типологія інновацій на регіональному ринку медичного туризму

Ознака типології	Типи інновацій	Зміст інновації	Деталізація за стадіями надання послуг			
			На стадії залучення туристів	На стадії обслуговування туристів (трансфер, проживання, харчування)	На стадії надання медичних послуг	На стадії надання додаткових туристичних послуг
1	2	3	4	5	6	7
За змістом	Продуктові	Створення нових послуг медичного туризму	Освоєння нових сегментів туристичного ринку	Створення нових туристичних продуктів	Освоєння нових медичних послуг	Освоєння нових туристично-рекреаційних територій
	Технологічні	Спрямовані на створення та освоєння нових технологій, на модернізацію обладнання, реконструкцію споруд, реалізацію заходів зі збереження довкілля	Впровадження Інтернет-технологій, створення інтерактивної багатомовної версії веб-сайту туристичного потенціалу регіону	Модернізація, переобладнання закладів проживання та харчування туристів, інновації в системі транспортного обслуговування, що будуть спрямовані на підвищення комфортності та скорочення часу трансферу	Запровадження нових медичних технологій з діагностики та лікування туристів, модернізація обладнання, реконструкція медичних закладів, ін.	Просування туристичного потенціалу регіону в мережі Інтернет, залучення до туристичного сегменту нових видів ресурсів
	Економічні	Спрямовані на зміну методів і способів планування всіх видів виробничо-господарської діяльності, зниження виробничих витрат, вдосконалення стимулювання, раціоналізацію системи обліку	Приєднання до відомих світових інформаційно-пошукових систем, систем бронювання і резервування (наприклад, Worldhotel, ABC Travel Center, Voyage Office Pro, ін.),	Застосування логістичних підходів при формування трансфертних маршрутів, оптимізація раціону харчування туристів (напр., запровадження/ відмова від шведського столу), ін.	Оптимізація розміру запасів товарно-матеріальних цінностей, оптимізація кількості туристів	Розробка нових маршрутів, формування нових умов у договірних відносинах з надавачами туристичних послуг
	Комерційні	Використання нових методів цінової політики, нових форм взаємовідносин з постачальниками і замовниками, надання чи одержання фінансових ресурсів у формі кредитів, ін	Розробка та запровадження нових підходів до надання дисконтних знижок для постійних клієнтів, при передоплаті тощо	Розробка та запровадження нових підходів до надання цінових знижок за багатоденне перебування туриста, знижки на харчування ін.	Розробка та запровадження нових підходів до надання системи знижок при отриманні туристом широкого спектру медичних послуг	Включення вартості додаткових туристичних послуг, сувенірів у вартість туру, ін.

1	2	3	4	5	6	7
	Управлінські	Спрямовані на вдосконалення організаційної структури, стилю і методів прийняття рішень	Нові методи реалізації маркетингового циклу в туризмі, нові засоби обробки інформації та документації	Формування кластеру РРМТ, запровадження приватно-державного партнерства при організації медичного туризму у регіоні	Ведення електронного обліку туристів, застосування кластерного підходу до формування РРМТ	Нові методи і форми управління суб'єктами туристично-рекреаційної діяльності
За часом виходу на ринок	Інновації-лідери (стратегічні інновації)	Інновацій, впровадження яких має випереджальний характер з метою здобуття вирішальних конкурентних переваг у перспективі	Розробка нової системи залучення туристів	Запровадження нових підходів до обслуговування туристів	Запровадження нових засобів лікування	Надання кардинально нових видів туристичних послуг
	Інновації послідовники (реактивні інновації)	Інновації, що забезпечують виживання і конкурентоспроможність на ринку, з'являючись як реакція на нові перетворення, що здійснюються основними конкурентами	Вдосконалення існуючих на ринку методів залучення туристів	Вдосконалення існуючих на ринку методів обслуговування туристів	Вдосконалення існуючих на ринку методів лікування туристів	Вдосконалення існуючих на ринку методів надання додаткових туристичних послуг
За суб'єктом розробки	Ендогенні	Розроблені власними силами	Розробка нової інформаційної системи залучення туристів власними силами	Власна розробка нових підходів до організації сервісного обслуговування туристів, впровадження національної моделі сервісного обслуговування	Розробка нових методів діагностики та лікування безпосередньо працівниками медичних закладів	Розробка нових підходів до надання туристичних послуг безпосередньо турфірмами
	Екзогенні	Розроблені на замовлення	Придбання нової інформаційної системи залучення туристів у замовників	Запозичення нових методів організації сервісного обслуговування туристів у замовників	Придбання нових методів діагностики та лікування	Запозичення нових підходів до надання туристичних послуг

Узагальнюючи наведену типологію інновацій, можна виокремити основні напрямки інноваційної діяльності на РРМТ, які базуються на дослідженнях Й.Шумпетера: запровадження нових послуг медичного туризму з новими характеристиками; використання нової технології у наданні послуг медичного туризму; нові форми організації надання послуг медичного туризму; використання нових туристичних ресурсів, що раніше не використовувались; виявлення і залучення нових ринків збуту послуг медичного туризму. Впровадження інновацій на РРМТ повинне бути системним, адже застосування інноваційних технологій лише на одному із сегментів ринку, не дозволить забезпечити конкурентоспроможність ринку в цілому. Разом з тим, на етапі формування такого ринку слід виокремлювати пріоритети запровадження інноваційних технологій, які можуть змінюватись на різних етапах розвитку РРМТ.

Так, на початковому етапі, тобто етапі становлення ринку, з метою забезпечення припливу туристів, інноваційні технології повинні спрямовуватись на забезпечення високої якості медичних послуг за умови їх незначної вартості. Оскільки такий ринок є новим для регіонів України, які ще не є гравцями на світовому ринку медичного туризму, пріоритетами мають слугувати інновації у медичній сфері. Саме вони дозволять забезпечити вхідні туристичні потоки у регіони зосередження ринку. На рисунку 3.2 подано схематичне зображення пріоритетності генерування інновацій на РРМТ, яка дозволить забезпечити його становлення та розвиток у регіонах України.

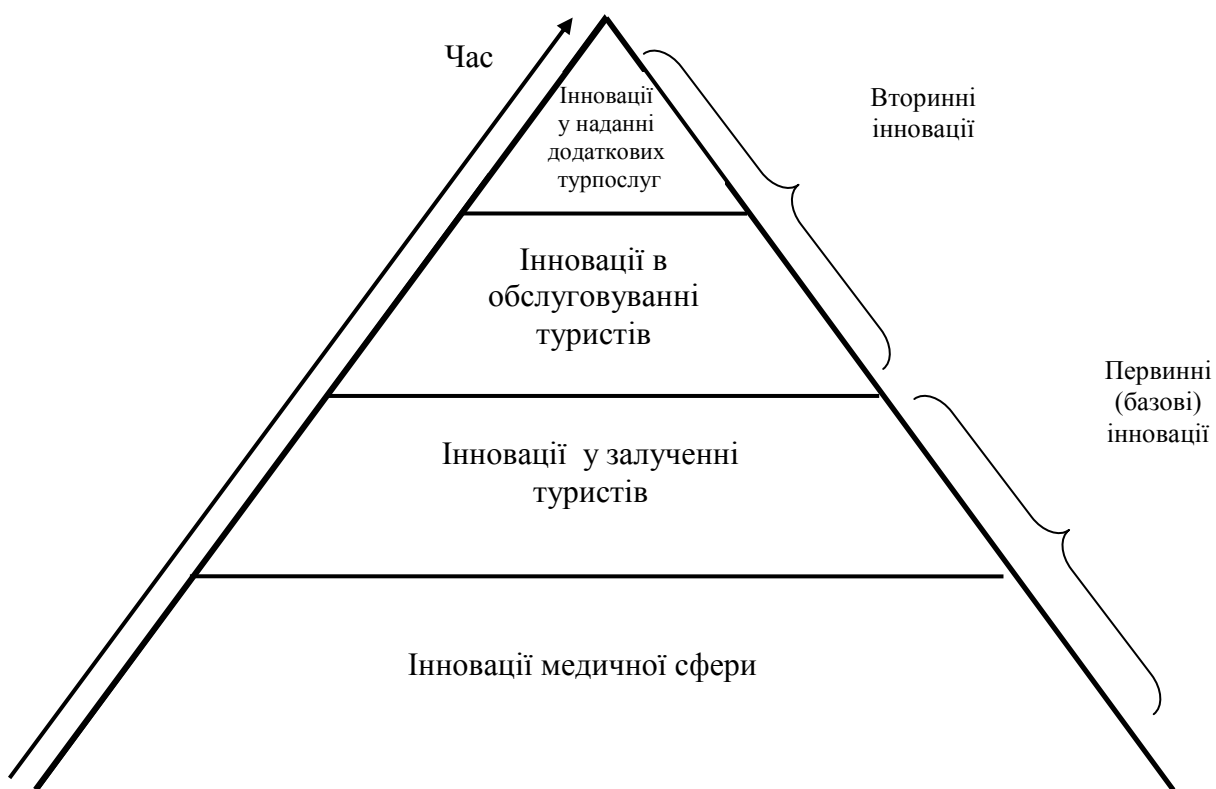


Рис. 3.2. Пріоритети запровадження інновацій на РРМТ

Інновації медичної сфери є базовими для становлення такого ринку, адже причиною відвідання регіону для медичного туриста є перш за все покращення здоров'я. Наступними за значимістю є інновації у процес залучення туристів, адже навіть висока якість наданих медичних послуг на початкових етапах становлення ринку не гарантує нарощення туристичного потоку без відповідних рекламних засобів, активної агітації потенційних клієнтів та інших прогресивних технологій залучення туристів.

Інновації медичної сфери та інновації у процесі залучення туристів слід розглядати як первинні для РРМТ, тоді як інновації в обслуговуванні туристів та наданні додаткових туристичних послуг – як вторинні. Вторинні інновації не є обов'язковими для становлення РРМТ, адже висока якість послуг з проживання, харчування, транспортування медичних туристів не обов'язково вимагає інноваційних підходів до її забезпечення. Однак, на наступних етапах розвитку РРМТ вторинні інновації відіграють більш важливу роль, забезпечуючи позитивний імідж РРМТ. Процес створення інновації на РРМТ охоплює декілька етапів, на кожному з яких до розробки долучаються ті чи інші учасники ринку.

Інновації медичної сфери та інновації у процесі залучення туристів слід розглядати як первинні для РРМТ, тоді як інновації в обслуговуванні туристів та наданні додаткових туристичних послуг – як вторинні. Вторинні інновації не є обов'язковими для становлення РРМТ, адже висока якість послуг з проживання, харчування, транспортування медичних туристів не обов'язково вимагає інноваційних підходів до її забезпечення. Однак, на наступних етапах розвитку РРМТ вторинні інновації відіграють більш важливу роль, забезпечуючи позитивний імідж РРМТ. Процес створення інновації на РРМТ охоплює декілька етапів, на кожному з яких до розробки долучаються ті чи інші учасники ринку.

Оскільки на етапі становлення РРМТ в Україні основний акцент повинен робитись на інноваціях у розвиток медичної індустрії, у додатку В.7, сформованого за даними [135, с. 261; 136, с. 684] подано схематичне зображення процесу створення та комерціалізації інновацій медичної сфери на РРМТ з виокремленням етапів та учасників даного процесу, які формують систему забезпечення генерації інновацій.

Процес створення інновацій на РРМТ проходить чотири етапи, які можна поділити на два цикли: науково-дослідний цикл та виробничо-комерційний цикли. Науково-дослідний цикл включає два етапи: підготовчий та зростання. Підготовчий етап спрямований на виконання науково-дослідних та дослідно-конструкторських робіт, результатом чого є освоєння процесу надання медичних послуг на РРМТ. Цей етап є найбільш капіталомістким, на якому медичні бізнес-структури не отримують фінансових надходжень від інновації. Фактично, це етап створення нововведення, на якому здійснюється лише спроба введення розробленої послуги на ринок.

На графіку В.7 додатку В.7 збитковість діяльності медичних структур в результаті розробки інновацій показано кривою лінією, яка знаходиться нижче нульової точки відліку, та виокремлено зону збитковості, що закінчується на етапі зростання науково-дослідного циклу. Етап зростання як складова науково-дослідного циклу характеризується поступовим виходом інновації на ринок. На цьому етапі медичні структури переходять із зони збитків у зону прибутків, нарощуючи обсяги реалізації інноваційних медичних послуг. Цей етап можна назвати етапом дифузії інновацій, що свідчить про зростання обсягів їх реалізації.

Виробничо-комерційний цикл створення інновацій містить у собі два етапи генерації інновацій: зрілості та спаду. Етап зрілості характеризується максимальним ефектом для медичних структур регіону від запровадження інновацій, що відображатиметься на обсягах та прибутках від реалізації інноваційних послуг. Тривалість цього етапу залежить від інноваційної цінності послуги та діяльності конкурентів. Для забезпечення максимальної тривалості даного етапу слід забезпечити на науково-дослідному етапі інтелектуальний захист інноваційної розробки.

На графіку зображено, що з метою недопущення повторення зони збитку у найближчій перспективі, медичний заклад на даному етапі повинен зосередити зусилля на оновленні запропонованих послуг, тобто запровадження нових інноваційних пропозицій. У такому випадку на наступному етапі попередні інновації потраплять у стадію спаду обсягів реалізації, що передбачає втрату прибутку медичного закладу, а нові розробки дозволяють забезпечити його беззбитковість.

Таким чином, з метою забезпечення прибутковості медичного закладу як базового інституту РРМТ, продукування інновацій повинне бути безперервним процесом, що дозволить забезпечити конкурентоспроможність медичних послуг та наростити вхідні туристичні потоки у регіон.

Реалізація даного процесу вимагає залучення та ефективного використання інтелектуальних, фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів, що у сукупності становлять систему забезпечення інноваційного розвитку РРМТ (додаток В.8).

Науково-дослідний цикл генерування інновацій потребує в першу чергу, залучення висококваліфікованих спеціалістів, які становитимуть інтелектуальне підґрунтя продукування інновацій. Така підсистема може бути представлена спеціалізованими НДІ, медичними закладами, медичними вищими навчальними закладами, індивідуальними новаторами та розробниками, міжнародними науковими організаціями. Ці ж структури надають, в основному, інформаційне забезпечення системи генерування інновацій.

Розрізняють три стратегічні моделі інноваційної політики, які можуть

слугувати альтернативами при генерації інновацій на РРМТ [137, с. 115; 138, с. 196]:

- модель „перенесення”, яка передбачає використання на РРМТ існуючого закордонного науково-технічного потенціалу через закупівлю ліцензій на високоефективні технології, які доцільно використовувати при наданні медичних послуг на РРМТ;

- модель „запозичення”, яка передбачає освоєння процедури надання інноваційних послуг на РРМТ, які уже певний час використовуються більш розвинутими країнами. Реалізація такої моделі на РРМТ можлива шляхом закупівлі за кордоном медичного обладнання, що буде застосовуватись для обслуговування медичних туристів в регіонах України;

- модель „нарощування”, яка передбачає використання власного науково-технічного потенціалу, залучення закордонних вчених, об'єднання результатів фундаментальної та прикладної науки. Це є найкращою альтернативою для розвитку РРМТ, однак потребує значних інвестицій, що може слугувати перепорою на шляху її запровадження.

В залежності від вибору моделі запровадження інновацій на РРМТ, різним буде і результат для учасників ринку та регіону його розміщення загалом.

За оцінками Європейського інноваційного табло (ЄІТ), Україна знаходиться в останній за рівнем інноваційності четвертій групі – «країни, що рухаються навздогін» зі значенням індексу 0,23. Цю групу складають: Угорщина – 0,24, Росія – 0,23, Україна – 0,23, Латвія – 0,22, Польща – 0,21, Хорватія, Греція – 0,20, Болгарія – 0,19, Румунія – 0,16, Турція – 0,08. У порівнянні з іншими країнами ЄС відставання України становить: від «країн-лідерів» – приблизно у 3 рази (Швеція – 0,68), від «країн-послідовників» – 2 рази (Великобританія – 0,48), від країн «помірні інноватори» - 1,6 рази (Норвегія – 0,35) [139]. Такі результати свідчать про низький інноваційний потенціал України та її регіонів, що стає на перепоні запровадження РРМТ. Систематизація факторів, що перешкоджають інноваційному розвитку регіонів України та запропоновані напрямки нейтралізації їх негативного впливу подано у Додатку В.9.

Виробничо-технічне забезпечення створення та просування інновацій забезпечують, в основному, медичні бізнес-структури, які є базовими інститутами РРМТ. На ці ж структури покладається і організаційне та фінансове забезпечення процесу створення та просування на ринку медичного туризму інноваційних послуг. Фінансове забезпечення процесу генерації інновацій на РРМТ забезпечується медичними бізнес-структурами, фінансово-кредитними установами та органами державної та регіональної влади.

Статистичні дані свідчать, що протягом останніх десятиліть фінансування інноваційної діяльності здійснюється, в основному, підприємствами та організаціями самостійно, частка державного фінансування становить до 1,5 % загального

обсягу. Як правило, фінансування інновацій за кошти державного та місцевих бюджетів здійснюється за цільовим спрямуванням, а потреба у коштах повинна бути закладена у наперед сформованих загальнодержавних та регіональних програмах інноваційного розвитку, доступ до обмежених коштів яких наштовхується на ряд перепон адміністративного, політичного та бюрократичного характеру.

Законом України „Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні” у стратегічні пріоритетні напрями до 2013 року включено оздоровлення людини, що свідчить про можливості отримання коштів державного та місцевого бюджетів на розробку інновацій у сфері медицини. Разом з тим, низький бюджетний потенціал країни та її регіонів свідчить про те, що основним джерелом фінансування процесу генерації інновацій на РРМТ слід розглядати кошти медичних бізнес-структур. За нестачі власних коштів таких структур, джерелом інвестицій для інноваційної діяльності можуть слугувати фінансово-кредитні установи, а саме залучений ними позиковий капітал.

Нормативно-правове забезпечення процесу продукування інновацій на РРМТ покладається на органи державної та регіональної влади, зокрема при формуванні системи захисту прав інтелектуальної власності. На сьогодні важливим завданням для вдосконалення нормативно-правового забезпечення інноваційної діяльності в Україні є просування регіонів України в світовий інноваційний простір. І хоча Україна є учасником багатьох міжнародних конвенцій та угод із захисту прав інтелектуальної власності, разом з тим слід вказати на значні прогалини українського законодавства у питаннях розробки дієвих засобів стимулювання інноваційної активності української економіки. У зв'язку з цим, пропонується система інструментів стимулювання інноваційної діяльності з позиції активізації інновацій на РРМТ (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Інструменти стимулювання інноваційної активності на РРМТ

Інструменти стимулювання	Особливості застосування	Кількісний вираз
Фіскальні	Запровадження податкових канікул для медичних закладів – учасників РРМТ при проведенні ними НДДКР	Терміном до 2 років
	Пільговий податок для нових компаній – учасників РРМТ протягом перших 2 років існування	До 25 % прибутку
	Зменшення податку на прибуток медичних закладів – учасників РРМТ	До 50% обсягу інвестицій у НДДКР
	Запровадження прискореної амортизації інноваційних технологій та обладнання для учасників РРМТ	До 70 % у перші роки

1	2	3
	Запровадження митних пільг для медичних закладів – учасників РРМТ, що закуповують наукові прилади та експериментальне обладнання за кордоном	До 25 % митних платежів
	Списання витрат на НДДКР на собівартість наданих послуг	У повній вартості
	Запровадження державних пільгових кредитів на приріст витрат на НДДКР для медичних закладів – учасників РРМТ, які вкладають кошти у модернізацію підприємства, освоєння нових технологій, послуг	На величину приросту витрат на НДДКР порівняно з минулим роком
Розподільчі	Запровадження на конкурсній основі відбору інноваційних проектів РРМТ для включення у регіональні та загальнодержавні програми розвитку, що фінансуються за кошти відповідних бюджетів	-
	Відновлення діяльності Державного інноваційного фонду та спрямування частини коштів на відшкодування витрат на нововведення у сфері медицини	-
	Запровадження дотацій на підвищення кваліфікації науково-дослідного персоналу учасників РРМТ (стажування у вузах, наукових інститутах, інших державних або приватних науково-дослідних організаціях)	До 50 % від потреби
	Запровадження дотацій малим і середнім фірмам РРМТ на наукові дослідження або розробку нової технології для надання ними послуг	У перші 2 роки діяльності
	Дотації наукомістким підприємствам РРМТ	З приростом обсягу інвестування в НДДКР не менше 10 % у рік
	Запровадження дотацій органам регіональної влади, учбовим, НД установам, торговельно-промисловим палатам на створення технологічних центрів, парків	До 50 % від потреби
Організаційні	Включення у перелік пріоритетів інноваційної діяльності інновації у сферу медицини	-
	Ранжування науково-технологічних пріоритетів з чіткими критеріями: термінів їх реалізації, механізмів державної підтримки та відповідальності за їх реалізацію	-
	Запровадження дієвої системи моніторингу науково-технологічної та інноваційної діяльності	-
	Удосконалення превентивних заходів з недопущення правопорушень у сфері інтелектуальної власності	-
	Запровадження система державного страхування кредитів на НДДКР учасникам РРМТ	-

Таким чином, запровадження запропонованих інструментів дозволить забезпечити стимулюючий механізм формування РРМТ в Україні на засадах інноваційності, як безальтернативного напрямку створення такого типу ринку.

Подальший розвиток РРМТ у глобалізаційній економіці залежить від спроможності зайняти гідне місце у ринковому середовищі, запропонувати більш конкурентоспроможні послуги туристам, що можливе за умови нарощення інноваційної активності учасниками ринку.

3.3. Використання кластерного підходу до формування регіонального ринку медичного туризму (на прикладі стоматології)

Кластерний підхід протягом останніх років набуває посиленого інтересу як з боку науковців, так і практиків як перспективна форма організації економічних відносин, що сприяє підвищенню конкурентоспроможності територіальних суспільних систем. У найзагальнішому розумінні, кластер – це галузеве, територіальне та добровільне об'єднання підприємницьких структур, органів влади та науково-дослідних установ з метою підвищення конкуренто-спроможності власної продукції і сприяння розвитку території розміщення.

Глобалізаційні процеси, які охоплюють усі сфери життєдіяльності людства, чи не у найбільшій мірі стосуються туристичної галузі, що проявляється в інтегрованості діяльності туристичних компаній з різних країн світу. На цьому наголошує і М.Гудзь, розглядаючи доцільність формування мережі туристичних кластерів україно-російського Приазов'я [140, с. 332].

За М.Портером, кластер розглядається як сконцентровані за географічною ознакою групи взаємозв'язаних компаній, що конкурують, але разом з тим, ведуть спільну роботу [141].

Вирізняє кластерні утворення від партнерських відносин між підприємствами спрямування учасників кластеру на вирішення спільного завдання. Тобто кластер слід розглядати як соціально-економічну систему, яка об'єднує спільною метою взаємопов'язані та взаємозалежні суб'єкти господарювання в єдину організаційну структуру, не загрожуючи їх самостійності.

Таке об'єднання дозволяє зменшити трансакційні витрати його учасникам та отримати додаткові переваги, зокрема: покращення координації діяльності учасників та між учасниками кластеру; доступ до інформаційного простору; налагодження безпечної системи постачання; зменшення собівартості продукції (послуг); вихід на нові ринки збуту; стимулювання до ефективної діяльності та її розширення; сприяння розвитку інноваційних технологій; підвищення якості продукції; обмеження впливу недобросовісної конкуренції у сферу діяльності кластеру; зменшення фінансових та операційних ризиків діяльності учасників кластеру; притік інвестиційних ресурсів у сферу економічної діяльності та регіон розміщення кластеру; формування позитивного іміджу регіону через концентрацію на його території певних видів економічної діяльності; використання продукції

(послуг) однієї сфери регіону для потреб іншої; підвищення конкурентоспроможності регіону розміщення кластеру, забезпечення зайнятості населення; розширення інвестиційної спроможності учасників кластеру через спільну участь в грантових програмах; розширення можливостей виходу на міжнародні ринки, ін.

За словами Дишлового І.М., для України, яка прагне до європейської інтеграції, проблему конкурентоспроможності туризму на світовому ринку можна розв'язати за допомогою об'єднання зусиль окремих споріднених галузей та інституцій. Саме кластерна модель організації діяльності підприємств може бути інтегруючим елементом для таких галузей та інституцій, які об'єднують свої зусилля для того, щоб отримати синергетичний ефект від співпраці [142, с. 75].

Наведене вище дозволяє кластерні угруповання розглядати як форму об'єднання суб'єктів господарювання, які тісно співпрацюють з органами місцевої влади, науковими установами, громадськими організаціями, що посилює їх конкурентні переваги та сприяє розвитку економічної діяльності в регіоні.

Тому застосування даного виду організації є важливою умовою формування та розвитку регіонального ринку медичного туризму зважаючи на значний синергетичний потенціал, що генерує у собі такий тип ринку.

Особливо актуальним є дане питання ще й тому, що розвиток регіонального ринку медичного туризму безпосередньо залежить від впровадження інновацій в сферу обслуговування, спрямованих на підвищення якості надання медичних послуг.

При цьому саме кластерні угруповання дозволяють пришвидшити інноваційні зрушення завдяки розширенню інвестиційних та технологічних можливостей його учасників.

Зупинимось на обґрунтуванні алгоритму формування кластерної структури для розвитку регіонального ринку медичного туризму на прикладі стоматології, що зумовлено значним конкурентним потенціалом, що генерує даний вид послуг у регіонах нашої країни.

Конкурентними перевагами стоматологічних послуг, які надаються у регіонах нашої країни, є безперечно, значно нижча їх вартість, ніж в економічно розвинутих країнах за умови високого рівня якості надання стоматпослуг. Тому даний вид кластеру буде зорієнтований на закордонних туристів, зокрема туристів з ЄС.

Особливостями формування стоматологічного кластеру як елемента системи регіонального ринку медичного туризму є:

- метою формування такого кластера є збільшення вхідних фінансових потоків у регіон за рахунок припливу туристів та підвищення рівня розвитку регіону на основі досягнення мультиплікативного ефекту від їх перебування;
- кластер повинен об'єднувати базові та інфраструктурні інститути для реалізації мети формування, а саме: стоматологічні клініки, туристичні

підприємства, готельні, транспортні, ресторанні, фінансово-кредитні, страхові компанії тощо;

- ядром такого кластера повинні бути базові інститути PRMT, зокрема сучасна стоматологічна клініка, яка спроможна надавати широкий спектр гарантованих високоякісних стоматологічних послуг, що забезпечується відповідним рівнем кадрового, технологічного, матеріально-технічного, організаційного та інформаційного наповнення, та туристичне підприємство, спроможне налагодити діяльність з надання стоматологічного туризму на певній території.

Мета кластеру медичного туризму у сфері стоматології реалізується у цілях та завданнях його функціонування, що потребує розробки дерева цілей його діяльності. Дерево цілей функціонування регіонального кластеру медичного туризму у сфері стоматології подане у додатку В.10. Як уже зазначалось, метою функціонування кластера є збільшення вхідних фінансових потоків у регіон за рахунок припливу туристів. Ця мета досягається по-перше, збільшенням туристичних потоків у регіон. У свою чергу, на збільшення туристів у регіон впливає якість туристичних та стоматологічних послуг, зростання їх конкурентоспроможності, вихід на нові ринки, у тому числі міжнародні, ефективні рекламні заходи. Збільшенню вхідних фінансових потоків у регіон сприяє також розвиток суміжних до туризму та стоматології галузей та сфер діяльності регіону. Це зумовлено розширеними потребами медичних туристів, які окрім отримання профільних послуг, бажають отримати і додаткові, що зумовлює нарощення мультиплікативного ефекту від їх перебування у регіоні. Розвиток суміжних галузей забезпечується підвищенням інвестиційної привабливості суміжних сфер регіону, активізацією підприємництва у регіоні, ефективним використанням інноваційного потенціалу регіону.

Збільшення вхідних туристичних потоків та розвиток суміжних галузей і сфер діяльності зумовлюють зростання вхідних фінансових потоків у регіон розміщення кластера. У свою чергу, збільшення вхідних фінансових потоків сприяє розвитку медичному туризму та суміжних сфер діяльності регіону, таких як громадський транспорт, зв'язок, побутове обслуговування, культурний відпочинок та інші. Тобто можна спостерігати взаємозалежність та взаємовплив мети та цілей розвитку регіонального кластеру медичного туризму у стоматології. Завдяки кластерній територіальній організації економіки регіону підприємницькі структури набудуть інвестиційної привабливості для вітчизняних та іноземних інвесторів.

Важливим при цьому є позитивне сприйняття та підтримка органами регіональної влади та місцевого самоврядування кластерних ініціатив. Отже, кластерний підхід є інноваційною формою організації економічної діяльності в регіоні, який об'єднує на добровільних засадах економічно самостійних суб'єктів економічної діяльності з метою досягнення додаткових економічних вигод від

взаємовигідної співпраці при реалізації спільної мети.

В залежності від виконуваних кожним учасником функцій, слід виокремити організаційну, продуктивну, інфраструктурну та матеріально-технічну підсистеми кластеру.

Схематично структуру стоматологічного кластеру медичного туризму регіону подано на рисунку 3.3. Організаційна підсистема кластеру повинна забезпечити вхідні потоки туристів для отримання стоматологічних послуг, що є базовою функцією функціонування кластеру. Така підсистема повинна бути представлена туристичними підприємствами. Продуктивна підсистема кластеру спрямована на надання стоматологічних послуг. Така підсистема представлена стоматологічними клініками.

Інфраструктурна підсистема кластеру повинна виконувати допоміжні функції, що забезпечують, по-перше, залучення туристів (через формування сприятливого іміджу регіону, здійснення рекламних заходів та надання страхових гарантій), по-друге, - комфортне та безпечне перебування туриста у регіоні (через забезпечення додаткових потреб туриста під час перебування на лікуванні), по-третє, інноваційну підтримку розвитку кластера (діяльність наукових та освітніх установ). За словами С.Кузика, кожен вид туризму потребує відповідного інфраструктурного забезпечення, здійснення організаційних заходів, спрямованих на його розвиток, що в кінцевому підсумку пов'язано із задоволенням потреб на такі послуги [143, с. 52].

Ця підсистема представлена інфраструктурними інститутами РРМТ. Матеріально-технічна підсистема кластеру формується з підприємств-партнерів базових інститутів РРМТ. Дозвільні та контролюючі органи виконують функцію дозволу та контролю за якістю наданих туристичних та медичних послуг усіма учасниками кластеру.

Включення цих органів в кластер окремою підсистемою носить суперечливий характер, адже є ризик, що договірні відносини знівелюють функцію контролю. Тому їх взаємовідносини не можна розглядати як кластерні. Поза кластерним угрупованням залишаються також опосередковані до надання послуг стоматологічного медичного туризму структури, зокрема правоохоронні органи, комунальні служби, торгівельні заклади, автостанції, з/д станції, АЗС, побутове обслуговування, інші структури, які здійснюють опосередкований вплив на розвиток РРМТ.

Разом з тим, крім виокремлення ядра кластера, важливим для забезпечення його функціонування є формування координаційного центру кластера, у функції якого входитиме створення кластеру, залучення нових учасників, координація діяльності учасників кластера, співпраця з органами влади, розробка стратегії розвитку кластера та програмних документів, створення та підтримка сайту кластера, ін.

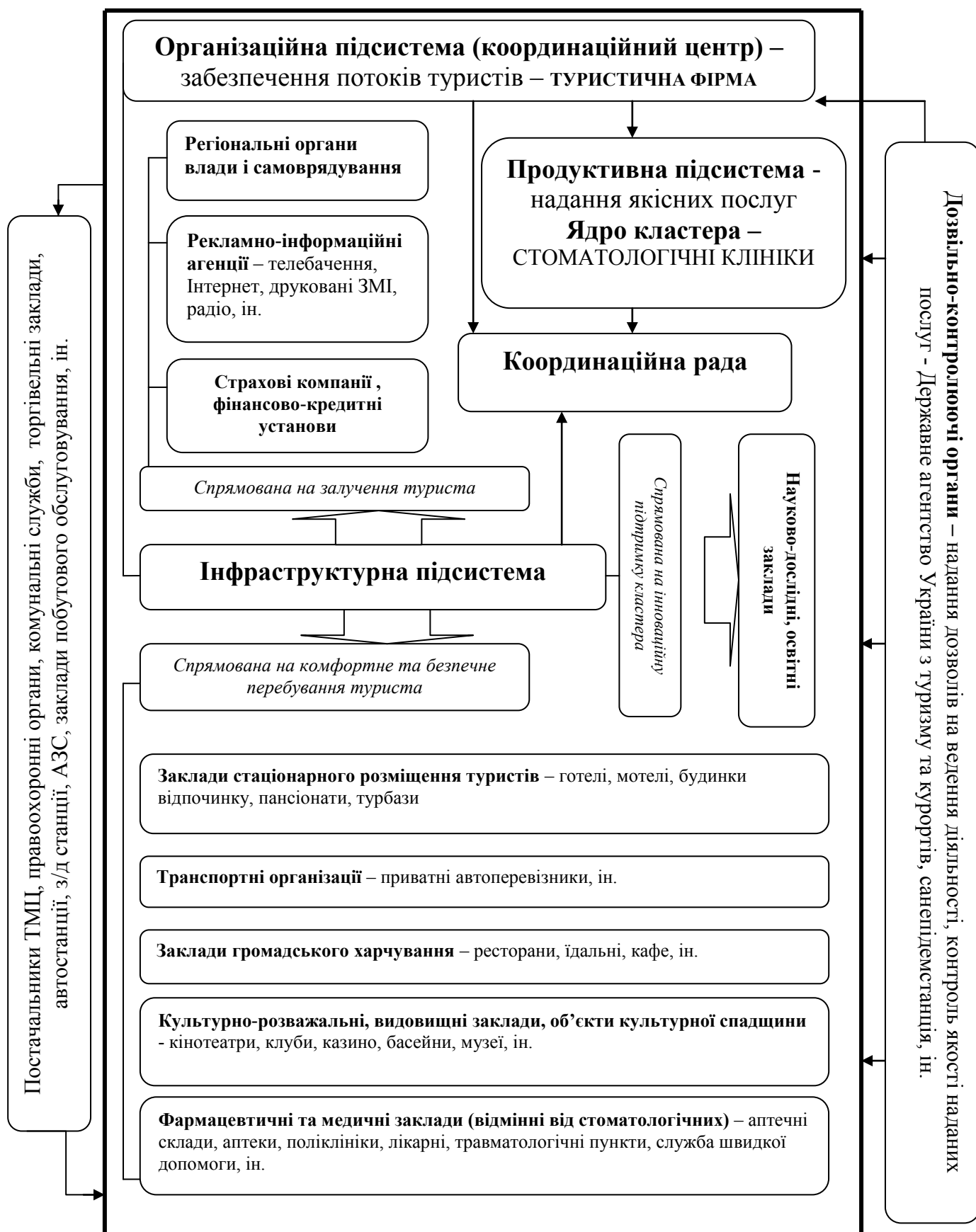


Рис. 3.3. Схема структури стоматологічного кластеру медичного туризму регіону

Оскільки метою туристичного стоматологічного кластера є нарощення вхідних фінансових потоків у регіон за рахунок припливу туристів, на нашу думку, координаційним центром кластера повинна бути туристична компанія, яка візьме на себе вищенаведені функції.

Важливим завданням координаційного центру є також узгодження інтересів учасників кластера у питаннях розподілу доходів і прибутків медичного туризму. Тому для формування та забезпечення ефективності функціонування стоматологічного кластеру РРМТ координаційному центру необхідно вирішити такі завдання:

- оцінити потенційний туристичний потік;
- сформувати програму туристичних пропозицій для потенційних туристів;
- визначити суб'єктів туристичного сервісу, які безпосередньо та опосередковано прийматимуть участь в обслуговуванні туристів;
- розробити угоду залучення потенційних учасників кластеру у його структуру, визначитись з механізмами співпраці, провести переговори, підписати угоди;
- здійснити рекламні заходи щодо залучення потенційних туристів, відвідування ними обраних туристичних об'єктів;
- розробка стандарту сервісу у всіх ланках обслуговування туристів;
- розробка заходів із забезпечення безпечного перебування туристів;
- орієнтація туристичної діяльності на позитивне ставлення до регіону та України;
- розробка механізмів ефективної реалізації нового туристичного продукту.

Таким чином, можна запропонувати декілька варіантів організації створення стоматологічного туристичного кластеру (табл. 3.5).

З метою узгодження спірних моментів, які виникають у процесі функціонування кластера, крім координаційного центру учасники кластеру утворюють координаційну раду з представників кожної структури.

Засідання координаційної ради повинне відбуватись з певною періодичністю, де заслуховуватиметься звіт координаційного центру, висуватимуться учасниками пропозиції щодо покращення діяльності, активізації процесів тощо. Основними функціями координаційної ради повинні бути:

- формування та затвердження стратегії розвитку кластера;
- затвердження звіту координаційного центру про роботу кластера;
- узгодження інтересів учасників;
- реагування на зміни у зовнішньому середовищі;
- затвердження інноваційних пропозицій щодо подальшого розвитку кластера, ін.

Ефективне функціонування кластеру вимагає належного рівня конкурентоспроможності туристичних послуг на кожному етапі перебування туриста. У свою чергу, конкурентоспроможність послуг визначається двома основними

факторами: рівнем якості та вартістю послуг.

Таблиця 3.5

Варіанти організації регіонального кластеру медичного туризму у стоматології

<i>Параметри</i>	<i>Варіанти створення регіонального кластеру медичного туризму у стоматології</i>		
Координаційний центр	На базі туристичної фірми	Окремий суб'єкт господарювання	На базі стоматологічної клініки
Учасники кластеру	Туристична фірма та стоматологічна клініка	Додатково залучаються учасники, які забезпечують залученню та комфортному перебуванню туриста	Додатково залучаються постачальники МТР, обладнання, науково-дослідні організації, ін.
Організація поселення туристів	У готелях, інших спеціалізованих закладах		Створення на базі стоматологічної клініки кімнат для проживання туристів
Організація харчування туристів	У місцях проживання туристів	У спеціалізованих місцях громадського харчування	На базі стоматологічної клініки
Організація культурно-розважальних заходів	Включено у вартість турпослуги		Підбір заходів здійснюється туристом самостійно, оплачується додатково

Якість туристичних послуг на регіональному ринку стоматологічного туризму слід розглядати як відповідність отриманого результату з попередніми очікуваннями туриста.

На якість послуг медичного туризму впливає низка факторів, які можна згрупувати на такі основні групи: кадрові, матеріально-технічні, організаційні, ін. Якість наданих послуг усіма учасниками кластеру повинна бути найвищою, що базується на запровадженні нових технологій, застосуванні нових матеріалів і обладнання, удосконалення системи управління, організації клієнтського сервісу тощо.

З цією метою учасникам слід запровадити у діяльність систему якості ISO 9000, яка прийнята у більш як 190 країн світу в якості національних систем якості менеджменту будь-яким підприємством, незалежно від розміру, форми власності і сфери діяльності.

При формуванні вартості послуг стоматологічного кластеру слід базуватись на виокремленні сегментів потенційних туристів.

При встановленні такої вартості слід виходити з таких співвідношень (табл. 3.6).

Принципи встановлення вартості послуг туристичного стоматологічного кластера

Сегменти туристичного ринку	Принцип ціноутворення
Туристи-резиденти	Встановлення вартості послуг повинне базуватись на принципі економічної доцільності та врахуванні рівня платоспроможності населення, цін конкурентів, рівня понесених витрат (залежно від класу обладнання, зовнішнього оформлення, кваліфікації персоналу і формується цінова політика)
Туристи-нерезиденти	Встановлення вартості послуг повинне базуватись на принципі економічної доцільності та врахуванні цін на аналогічні послуги у країнах постійного проживання туристів

Поєднання якості та вартості наданих послуг учасниками стоматологічного кластеру дозволить забезпечити його функціонування на регіональному ринку медичного туризму. Разом з тим, розвиток такого ринку забезпечується застосуванням заходів зі стимулювання попиту та пропозиції на такому ринку.

Стимулюванню попиту послуг стоматологічного кластеру на регіональному ринку медичного туризму можуть сприяти такі заходи: реклама; пропаганда; стимулювання збуту.

Реклама як засіб стимулювання попиту на послуги стоматологічного туристичного кластеру є формою неособистої комунікації з потенційними туристами через платні засоби поширення інформації (газети, журнали, сайти, прямі поштові відправлення, телебачення, радіо, зовнішня реклама).

Рекламна кампанія туристичного стоматологічного кластеру повинна бути спрямована на:

- привернення уваги потенційних туристів;
- зацікавлення споживачів у турпослузі;
- бажання споживачів купити дану послугу;
- стимулювання туристів до реальних дій.

Для забезпечення ефективної рекламної кампанії, вона повинна бути спрямована на певні сегменти ринку туристичних стоматологічних послуг, що дозволить зекономити кошти кластеру. Відповідно до потреб послуг стоматологічного кластеру, слід виокремити такі типи потенційних споживачів:

- 1) потенційні туристи, які відчують потребу у послугах кластеру та здійснюють пошук відповідної інформації;
- 2) потенційні туристи, які байдужі або невизначені у відношенні до послуг

кластеру;

3) потенційні туристи, які відчують потребу у послугах кластеру, однак негативно до них відносяться. Завданням реклами при цьому є перетворення потенційних туристів усіх наведених вище типів із потенційних у реальні.

Для першого типу потенційних туристів завданням реклами є інформування про послуги кластеру, для другого – переконання потенційних туристів у наявності у них потреби у послугах кластеру, для третього – зацікавлення потенційних туристів у послугах кластеру.

У процесі стимулювання попиту на послуги кластеру можуть використовуватись різні засоби реклами, кожен з яких має свої переваги та недоліки. Зупинимось на обґрунтуванні основних з них та охарактеризуємо з позиції доцільності застосування для просування послуг кластеру (додаток В.11).

Характеристика різних засобів реклами дозволила виокремити основні з них, які слід застосовувати для стимулювання попиту на послуги стоматологічного кластеру як елементу РРМТ. Так, на стадії залучення потенційних туристів основними засобами реклами є: журнали, он-лайн реклама, радіо, телебачення, зовнішня реклама та виставки. Додатковими засобами на стадії залучення туристів є: газети, буклети, каталоги, прямі поштові відправлення.

На стадії обслуговування туриста (тобто його безпосередньому перебуванні і користуванні основними послугами кластеру) для стимулювання попиту на додаткові послуги кластеру (туристичні, екскурсійні тощо) основними засобами реклами є: буклети та каталоги, які безпосередньо будуть доступні туристу у готелі, під час отримання основних послуг; зовнішня реклама, яка стимулюватиме до отримання додаткових послуг, які надають учасники кластеру.

Як додатковий засіб реклами слід використовувати також журнали, які також будуть доступні туристу під час отримання послуг. Раціональним вважається обсяг витрат на рекламу, що не перевищує 10 % обороту.

Важливе значення для розвитку стоматологічного кластеру на РРМТ належить і такому виду реклами, як позитивні відзиви клієнтів.

Позитивну думку клієнтів формують якість наданих послуг, кваліфікація спеціалістів, рівень наданого сервісу, спектр наданих послуг, гостинність, привітність, комфорт та цінова політика.

Задоволений клієнт рекомендуватиме скористатись послугами кластеру своїм друзям і знайомим, що слугуватиме найефективнішим засобом реклами послуг кластеру.

Позитивні відзиви туристів формують громадську думку про діяльність кластеру. Формування громадської думки (public relations) передбачає кілька завдань, зокрема: забезпечення популярності кластеру; формування уявлень про діяльність кластеру як про структуру з високою соціальною відповідальністю;

проти дія поширенню несприятливої інформації про діяльність кластеру. При організації кластеру слід враховувати, що лише справді якісна діяльність дозволить досягти поставлених цілей.

Таким чином, підвищення конкурентоспроможності регіонів України на основі розвитку регіонального ринку медичного туризму можна забезпечити шляхом застосування кластерного підходу до об'єднання зусиль окремих організацій споріднених сфер діяльності з отриманням синергетичного ефекту від їх співпраці для вирішення спільного завдання.

ВИСНОВКИ

У монографії наведено теоретичне узагальнення та подано нове вирішення наукової задачі – розробки механізмів формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні. У процесі дослідження зроблено такі висновки:

1. У дисертації проаналізовано основні світові тенденції розвитку туризму, відповідно до чого доведено, що одним з наслідків диверсифікації ринку туристичних послуг стало виокремлення медичного туризму, який набирає значного поширення у туристичній індустрії. На основі виокремлення медичного туризму серед інших видів туризму, обґрунтовано його розгляд як форми оздоровчо-лікувального туризму, для якого характерною є організація стаціонарного/амбулаторного розміщення туристів з метою поєднання послуг з лікування певного захворювання (на основі надання медичних маніпуляцій) та відпочинку (на основі пропозиції додаткових туристичних послуг). Потреба виокремлення медичного туризму в окрему форму оздоровчо-лікувального туризму обґрунтована його специфічною ознакою – забезпеченням результату лікування.

2. Дослідження теорій абсолютних та порівняльних переваг, теорії конкурентоспроможності, теорії співвідношення факторів, інституціональної теорії стало передумовою визначення суті регіонального ринку медичного туризму, обґрунтування факторів його розвитку, визначення їх взаємозв'язку, виокремлення приватного сектора перспективним напрямком розвитку регіональних ринків медичного туризму та обґрунтування системи чинників формування мотивів відвідання медичних турів.

3. Доведено, що недосконалість інституціонального середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму спричиняє зростання трансакційних витрат. Інституціональне середовище регіонального ринку медичного туризму розглядається з позиції: дослідження норм, правил та обмежень розвитку РРМТ, тобто дослідження формальних та неформальних інституцій такого ринку; дослідження комерційних та некомерційних організацій, що пов'язані з його формуванням; дослідження інфраструктурних інститутів розвитку РРМТ, діяльність яких пов'язана з наданням трансакційних послуг на такому ринку, відповідно до чого виокремлено базові, інфраструктурні та регулюючі інститути РРМТ.

4. Дослідження розвитку ринку медичного туризму в найбільш розвинених країнах світу та їх регіонах дозволило: визначити конкурентну перевагу України за ціновими параметрами для формування РРМТ та низький конкурентний рейтинг за якісними параметрами, що відображається на кількості акредитованих медичних закладів; довести доцільність розвитку РРМТ в Україні на основі дослідження структури видатків на послуги медичного туризму іноземними громадянами; виокремити країни-лідери на ринку медичного туризму та його регіони-осередки, а

також специфіку інфраструктури глобального ринку медичного туризму; систематизувати фактори, що в перспективі зумовлюватимуть зростання потоків медичних туристів; визначити інструменти, що використовуються для підтримки розвитку ринків медичного туризму за кордоном.

5. Розроблено методичні підходи до оцінки передумов формування та розвитку регіональних ринків медичного туризму за медичною, туристичною та інфраструктурною підсистемами, внаслідок чого здійснено позиціонування регіонів України в розрізі п'яти груп за рівнем сформованості РРМТ та виявлено потенційні регіональні осередки медичного туризму з визначенням спеціалізованих видів лікування у кожному з них.

6. Доведено, що розвиток медичного туризму генерує значний мультиплікативний ефект для регіональної економіки, відповідно до чого, систематизовано ефекти від розвитку РРМТ за об'єктами, що дозволило виокремити пряму і опосередковану форми його впливу на соціально-економічний розвиток регіону. Запропонована модель визначення мультиплікативного ефекту від розвитку РРМТ передбачає два напрямки такої оцінки: з позиції понесення основних та додаткових витрат медичних туристів на території регіону та з позиції генерації прямих та опосередкованих соціально-економічних ефектів від розвитку РРМТ.

7. У роботі доведено, що однією з основних вимог становлення та розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні є забезпечення їх конкурентоспроможності, що передбачає застосування інноваційних технологій при наданні туристичних послуг. У зв'язку з цим обґрунтовано типологію інновацій на РРМТ; визначено пріоритети їх генерування з обґрунтуванням інновацій медичної сфери як базових для становлення такого ринку; розроблено схематичне зображення процесу створення та комерціалізації інновацій медичної сфери на РРМТ, що обґрунтувало безперервність їх продукування; систематизовано фактори, що перешкоджають інноваційному розвитку регіонів України, запропоновані напрямки нейтралізації їх негативного впливу та очікувані результати, що стало передумовою формування інструментів стимулювання інноваційної діяльності на РРМТ.

8. Доведена доцільність застосування кластерного підходу при формуванні та розвитку регіонального ринку медичного туризму, зважаючи на значний синергетичний потенціал, що генерує у собі такий тип ринку. Апробовано формування кластерних угруповань для розвитку РРМТ на прикладі стоматологічних послуг. В залежності від виконуваних кожним учасником функцій, виокремлено організаційну, продуктивну, інфраструктурну та матеріально-технічну підсистеми кластеру, запропоновано декілька варіантів організації створення туристичного кластеру на РРМТ, обґрунтовано функції координаційної ради кластеру та заходи стимулювання попиту на його послуги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Максаковский В. Развитие и география международного туризма / В.Максаковский // Краєзнавство. Географія. Туризм. – 2001. – № 21. – С.17–21.
2. Ткаченко Т. І. Сталий розвиток туризму: теорія, методологія, реалії бізнесу: [монографія] / Т.І. Ткаченко. – 2-ге вид., випр. та доповн. – К.: Київ. нац. торг.- екон. ун-т, 2009. – 463 с.
3. Туризм як національний пріоритет : [монографія] / За ред. І. М. Писаревського. – Х.: ХНАМГ, 2010. – 284 с.
4. Мальська М. П. Основи туристичного бізнесу : [навчальний посібник] / М. П. Мальська, В. В.Худо, В. І.Цибух – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 272 с.
5. Деркач С. Закарпаття має шанси стати лідером у розвитку медичного туризму [Електронний ресурс] / С. Деркач // Інтернет-видання UA-Reporter.com. – Режим доступу: <http://ua-reporter.com/novosti/111322>.
6. Продуктивні сили економічних районів України / [Данилишин Б. М., Чернюк Л. Г., Горська О. В., Фащевський М. І., Антоньєва Л. С., Щедрова І. М., Нікітюк М. П., Клиновий Д. В.]. – К.: ЗАТ «Нічлава», 2000. – 520 с.
7. Герасимчук З. В. Регіональна політика розвитку ринків медичних послуг: мета, напрямки формування та інструменти реалізації / З. В. Герасимчук, І. Б. Шевчук // Зб. наук. пр. «Економічні науки». – Серія «Регіональна економіка». – Вип. 5 (17). – Ч. 3. – Луцьк, 2008. – С. 7–23.
8. Федоров В. К. Предпосылки возникновения новых форм лечебно-оздоровительного туризма / В. К. Федоров // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. – Серия «Экономика и управление». – Т. 24 (63). – 2011. – № 2. – С. 171–179.
9. Свелеба Н. А. Актуальні проблеми туристичного бізнесу в умовах динамічних змін ринкового середовища / Н. А. Свелеба, М. М. Бігус // Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. – Вип. 19 (8). – С.122–126.
10. Управление развитием туризма в регионе. Опыт реализации Стратегии Республики Карелии / Институт экономики КарНЦ РАН ; под общ. ред. Ю. В. Савельева, О. В. Толстогузова. – Петрозаводск: Изд-во Карельского научного центра РАН, 2008. – 141 с.
11. Фурманек М. Нові форми оздоровчого туризму / М. Фурманек // Вісник Львів. ун-ту. – Серія «Міжнародні відносини». – 2008. – Вип. 24. – С. 359–366.
12. Джангиров А. П. Сервис – экономический потенциал рынка оздоровительного туризма: автореф. дис. на соискание ученой степени доктора экон. наук: спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами – сфера услуг; рекреация и туризм)» / А.П. Джангиров. – Кисловодск. – 2011. – 46 с.

13. Бабкин А. В. Специальные виды туризма / А. В. Бабкин. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 252 с.
14. Забелина Н. М. Национальный парк. – М.: Мысль, 1987. – 174 с.
15. Про туризм : Закон України від 15.09.1995 № 324/95-ВР (зі змінами і доповненнями) [Електронний ресурс] // Сайт Верховної Ради України. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80>
16. Боголюбов В. С. Организация специальных видов туризма : [конспект лекций]. – СПб. – 2010. – 116 с.
17. Гром О. Г. Медичний туризм: основні напрями, фактори, проблеми [Електронний ресурс] / О. Г. Громов // Дніпропетровський НУ ім. Олеся Гончара. – Режим доступу: http://www.ggf-dnu.org.ua/publ/sbornik_konferencii_2006/medichnij_turizm_osnovni_naprjami_faktori_problemi/11-1-0-549.
18. Бікулов Д. Т. Державна політика України щодо розвитку української медицини [Електронний ресурс] / Д. Т. Бікулов // Запоріжжя. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Ptdu/2010_1/files/PD110_18.pdf.
19. Пустовойт О. В. Ринок: економічна сутність, типова і видова різноманітність // Економічна теорія. – 2008. – № 4. – С.44–55.
20. Макконелл К. Экономикс: Принципы, проблемы и политика / К. Макконелл, С. Брю ; пер. с 14-го англ. изд. – М. : ИНФРА-М, 2003. – XXXVI, 972 с.
21. Уильямсон О. И. Экономические институты капитализма: фирмы, рынки, «отношенческая контрактация» / О. И. Уильямсон // Научное редактирование и вступительная статья к. э. н. В.С. Каткало; пер. с англ. – СПб.: Лениздат; SEV Press, 1996. – 702 с.
22. Гергишан А. К. Формирование стратегии безопасности развития дестинации оздоровительного туризма: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. экон. наук: спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством: (экономическая безопасность; рекреация и туризм)» / А. К. Гергишан. – Санкт-Петербург, 2011. – 20 с.
23. Клименко О. М. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування / О. М. Клименко // Чернігівський науковий часопис. – Серія «Економіка і управління». – № 1 (1). – 2011. – С.104.
24. Євдокименко В. К. Регіональні фактори розвитку туризму. Туристично-краєзнавчі дослідження / В. К. Євдокименко // Туризм в Україні: економіка та культура : зб. тез допов. III Всеукраїнської науково-практичної конференції, 9–10 вересня 1998 р. – К. : КМ-Трейдінг, 1998. – Вип. 1. – С. 92–94.
25. Шмагина В. В. Рекреация и туризм в системе современных приоритетов социально-экономического развития / В. В. Шмагина, С. К. Харичков. – Одесса: Институт проблем рынка и экономико-экологических исследований НАН Украины, 2000. – 70 с.

26. Герасименко В. Г. Основы туристического бизнеса : [учеб. пособ.] / В. Г. Герасименко. – Одесса: Изд-во «Черноморье», 1997. – 160 с.
27. Биркович В. І. Удосконалення державного регулювання розвитку туризму на регіональному рівні [Електронний ресурс] / В. І. Биркович // Стратегічні пріоритети. – 2007. – №4 (5) – С. 157–163. – Режим доступу: http://www.niss.gov.ua/book/StrPryor/St_pr5/21_Birkovich.pdf)16.
28. Тропина Е. А. Особенности управления негативными факторами современного туризма [Электронный ресурс] / Е.А. Тропина. – Режим доступа: http://tourlib.net/statti_tourism/tropina2.htm.
29. Квартальнов В. А. Туризм : [учебник]. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 320 с.
30. Пуцентейло П. Р. Економіка і організація туристично-готельного підприємництва : [навч. пос.]. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – 344 с.
31. Дудкіна О. П. Регіональні особливості розвитку рекреаційних зон (методичні та організаційно-економічні основи) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.10.01 «Розміщення продуктивних сил і регіональна економіка» / О. П. Дудкіна. – Тернопіль, 2004. – 19 с.
32. Волошин В. І. Формування інституціонального середовища забезпечення економічної безпеки регіону [Електронний ресурс] / В. І. Волошин, А. М. Гуменюк. – Режим доступу: <http://www.niss.lviv.ua/analytics/74.htm>.
33. Фролов Д. Институциональная эволюция постсоветского институционализма / Д. Фролов // Вопросы экономики. – 2008. – № 4. – С. 130–140.
34. Бистрякова Ю. І. Економіко-інституціональне забезпечення еколого-орієнтованого розвитку регіонів: автореф. дис. ... канд. екон. наук. 08.00.06 / Ю. І. Бистрякова. НАН України, Рада по вивченню продуктивних сил України. – К., 2008. – 21 с.
35. Бортницький В. А. Економічне зростання в контексті розвитку регіональних інноваційних систем та капіталу здоров'я: концептуальний підхід / В. А. Бортницький // Економічна теорія. – 2011. – № 1. – С. 63–78.
36. Петруня Ю. Інституційні чинники економічного розвитку / Ю. Петруня, О. Івашин // Економічна теорія. – 2010. – № 4. – С. 24–31.
37. Пріоритети підвищення ефективності транскордонного співробітництва та зміцнення конкурентоспроможності підприємництва західних регіонів України / Васильців Т. Г., Борщевський В. В., Флейчук М. І. та ін.; за ред. Т.Г. Васильціва. – Львів: ЛФ НІСД, 2010. – 168 с.
38. Ходжсон Дж. Экономическая теория и институты: Манифест современной институциональной экономической теории / Дж. Ходжсон. – М.: Дело, 2003. – 464 с.
39. Рибак С. О. Інституційні реформи фінансової сфери й економічна модернізація: економетрична ілюстрація / С. О. Рибак, Л. Л. Лазебник // Економічна

теорія. – 2011. – № 1. – С. 37–51.

40. Славкова О. П. Інституціональне забезпечення сталого розвитку сільських територій / О. П. Славкова // Вісник Сумського національного аграрного університету. – Серія «Фінанси і кредит». – 2010. – № 2. – С. 36–45.

41. Веблен Т. Теория праздного класса / Т. Верлен ; пер. с англ. С.Г.Сорокиной. – М.: Прогресс, 1984. – 367 с

42. Кифяк В. Ф. Стратегія розвитку територіальних рекреаційних систем: теорія, методологія, практика : [монографія] / В. Ф. Кифяк. – Чернівці : Книги - XXI, 2010. – 432 с.

43. Довгань Л. Є. Інституціональне середовище в процесі змін [Електронний ресурс] / Л. Є. Довгань, І. П. Малик. – Режим доступу: <http://www.rusnauka.com/TIP/All/Economica/31.html>.

44. Ткач А. А. Інституціональна економіка. Нова інституціональна економічна теорія : [навч. посіб.] / А. А. Ткач. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 304 с.

45. Іншаков О. В. Інституція – ключ до розуміння економічних інститутів / О. В. Іншаков, Д. П. Фролов // Економічна теорія. – 2011. – № 1. – С. 52–62.

46. Уільямсон О., Остром Е. [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2009/ecoadv09.pdf.

47. Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики. – М., 1997. – С. 18–19.

48. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 72 с.

49. Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003.–С. 129–130.

50. Про внесення змін та доповнень до Основ законодавства України про охорону здоров'я : Законопроект № 3270 від 21.09.2004 р. [Електронний ресурс] // Режим доступу: www.rada.gov.ua.

51. Відомості Верховної Ради України. – 2003.– № 39.

52. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ [Електронний ресурс] // Режим доступу: www.rada.gov.ua.

53. Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 20.05.2011 № 301 [Електронний ресурс] // Режим доступу: www.rada.gov.ua.

54. Матолич Т. Б. Об'єктивна потреба зменшення трансакційних витрат малого і середнього підприємництва в умовах ринкової трансформації економіки / Т. Б. Матолич // Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип. 20 (14). – С. 218–224.

55. The Travel & Tourism Competitiveness Report 2011. – World Economic Forum Geneva. – Switzerland, 2011. – 531 p.
56. Самарцев Е. Индекс конкурентоспособности в туризме 2011: слово главного редактора журнала «Гостиничный и ресторанный бизнес» [Электронный ресурс] / Е. Самарцев. – Режим доступа: <http://prohotelia.com.ua/2011/03/tourism-competitiveness-index/>.
57. Мельниченко С. В. Інформаційні технології в туризмі: теорія, методологія, практика : монографія / С. В. Мельниченко. – К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2008. – 494 с.
58. Основные социальные детерминанты здоровья населения Украины (по результатам международного исследовательского проекта HITT-CIS) [Электронный ресурс] / Даниленко И., Кизилова К., Кузина И. и др. – Режим доступа: http://www.hitt-cis.net/wp-content/uploads/2010/11/HITT_Ukraine_Kharkiv_2010.pdf.
59. Tanner M. The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World / M. Tanner. – Policy Analysis. – March 18, 2008. – № 613. – 48 p.
60. Федоров В. К. Передумови виникнення нових форм лікувально-оздоровчого туризму / В. К. Федоров // Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І Вернадського. Серія «Економіка і управління». – 2011. – Т. 24 (63). – № 2. – С. 171–179.
61. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review / Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall and Russell Mannion / Directorate for Employment, Labour and Social Affairs OECD. – 2011. – 55 p.
62. Стоимость услуг медицинского туризма в странах мира [Электронный ресурс]. – Международный каталог по медицинскому туризму. – Режим доступа: <http://www.intmedtourism.com/ru/treatment-rates/>.
63. Hulsman S. Medical Tourism — Profit from Global Health Care [Electronic resource] // Medical Tourism Magazine. – July 2010. – Mode of access: www.medicaltourismmag.com/article/medical.html.
64. Джангиров А.П. Оздоровительный туризм как доминирующий тип рекреационной активности [Электронный ресурс] / А. П. Джангиров // Управление экономическими системами. – 2011. – № 11. – Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs-35-352011/item/758-2011-11-07-06-48-21>.
65. Джангиров А. П. Экономический эффект оздоровительного туризма [Электронный ресурс] / А. П. Джангиров // Управление экономическими системами. – 2011. – № 11. – Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs-35-352011/item/759-2011-11-07-06-51-11>.
66. Международная аккредитация медучреждений [Электронный ресурс] /

Международный каталог по медицинскому туризму. – Режим доступа: <http://www.intmedtourism.com/ru/accreditation-and-certification/>.

67. Офіційний сайт організації Joint Commission International [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>

68. Лечение в Сингапуре – мировое лидерство [Электронный ресурс] / Официальный сайт КМТ «Верналь». – Режим доступа: http://vernal-travel.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=354:2011-10-31-14-44-58&catid=42:novosti&Itemid=101.

69. Тогунов И.А. Типология систем здравоохранения и организационно-правовое поле медицинских услуг / И.А. Тогунов // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. – 2000. – Вып. 5. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ. – С. 44–47.

70. Stackpole I. What does healthcare reform mean to the US medical tourism market? [Electronic resource] / I.Stackpole. – Mode of access: <http://www.imtj.com/articles/2011/healthcare-reform-and-the-us-market-30119/>.

71. Special Report: The Downturn Shopper: Buckled in for a Wild and Crazy Ride [Electronic resource] / October 2011. – Chicago, Symphony IRI Group. – Mode of access: <http://www.foodinstitute.com.iri/T&Toct2011.pdf>

72. Stephano R.-M., Edelheit J. Medical Tourism. An International Healthcare Guide For Insurers, Employers and Governments / R.-M. Stephano, J.Edelheit. – Global Health Insurance Publications, 2010. – 183 p.

73. Лукьянчук Е. Пациенты без границ [Электронный ресурс] / Е. Лукьянчук. – Аптека. – 2011. – № 818 (47). – Режим доступа // <http://www.apтека.ua/article/magazine/818>.

74. Crochet A.-L. Healthcare Reform: Think Medical Tourism [Electronic resource] / A.-L. Crochet. – Dec 7, 2010. – Mode of access: <http://www.medicaltourismmag.com/article/healthcare-reform-think-medical-tourism.html>.

75. Medical tourism: Update and Implications [Electronic resource] / Paul H. Keckley, Howard R. Underwood // Deloitte Center for Health Solutions. –Washington, 2009. – 16 p. – Mode of access: http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourism_111209_web.pdf

76. New AMA Guidelines On Medical Tourism [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/31/medicaltourism.pdf>

77. Барометр международного туризма ЮНВТО [Электронный ресурс] / Сайт Всемирной туристической организации ООН. – Январь 2012. – Мадрид. – Режим доступа: <http://media.unwto.org/ru/press-release/2011-11-28/rost-evropeiskogo-turizma-prevzoshel-ozhidaniya>.

78. Consultation on the European Commission's proposals for a Directive on the

application of patients' rights in cross-border healthcare [Electronic resource] / Prepared by Keith Pollard. – Dec. 1, 2008. – Mode of access: <http://www.treatmentabroad.com>.

79. Youngman I. Delivering destinations. While some governments are very active in the process of attracting medical travellers, the majority are not fulfilling their true potential [Electronic resource] / I. Youngman. – Mode of access: <http://www.imtj.com/articles/2008/delivering-destinations/?locale=en>.

80. Романів О. Географія медичного туризму Європи [Електронний ресурс] / О. Романів // Часопис соціально-економічної географії: Міжрегіональний збірник наукових праць. – 2008. – № 8. – С. 79–85. – Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Chseg/2010_8/Romaniv.pdf.

81. Pollard K. Turkey: the Medical Tourism Destination that is Bucking the Trend [Electronic resource] / K. Pollard. – Mode of access: <http://www.imtj.com/articles/2011/turkey-bucking-the-medical-tourism-trend-30116/>.

82. Дымченко А. С. Маркетинг и логистика в системе государственного управления санаторно-курортной сферой / А. С. Дымченко, Л. В. Криворучко, А. П. Скрыпкин. – Сочи: Из-во СГУТиКД, 2000. – 112 с.

83. Криворучко В. И. Совершенствование инструментов государственного регулирования туризма [Электронный ресурс] / В. И. Криворучко // Управление экономическими системами. – 2011. – № 11 (36). – Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs-36-122011>.

84. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире – 2008. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index.html>

85. A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser / Pew global health survey [Electronic resource]. – Kaiser Family Foundation, 2007. – Mode of access: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>.

86. Gerl R. European Competence Centres for Health and Medical Tourism 2010 [Electronic resource] / R. Gerl., L. Boscher, T. Mainil // Medical Tourism Magazine. – Oct 1, 2009. – Mode of access: <http://www.medicaltourismmag.com/issue=13>.

87. Flanigan Brian E. Medical Tourism: Consumers in Search of Value [Electronic resource] / Brian E. Flanigan. – Chicago, 2009. – 11 p. – Mode of access: <http://www.tacci-midwest.org/docs/3 BrianEFlanigan.ppt.pdf>.

88. Arnst C. Lack of Insurance Drives Dental Tourism [Electronic resource] / C. Arnst. – Mode of access: http://www.businessweek.com/globalbiz/content/nov2008/gb2008119_541944.htm.

89. Pollard K. The outlook for medical tourism in 2010 [Electronic resource] / K. Pollard. – Mode of access: <http://www.treatmentabroad.blogspot.com/2010/01/outlook-for-medical-tourism-in-2010.html>.

90. Игнатьев А. В. Методы формирования и механизмы реализации инновационной стратегии управления туристическим бизнесом: автореф. дис. на соискание ученой степени доктора экон. наук: спец. 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (управление инновациями и инвестиционной деятельностью)» / А. В. Игнатьев. – Москва, 2010. – 53 с.

91. Управление развитием туризма в регионе. Опыт реализации Стратегии Республики Карелии / [Институт экономики КарНЦ РАН] ; под общей ред. Ю. В. Савельева, О. В. Толстогузова. – Петрозаводск: Изд-во Карельского научного центра РАН, 2008. – 141 с.

92. Литвак А. И. Интегральная оценка туристско-рекреационного потенциала региона (на примере Кемеровской области) : автореф. дис. на соиск. уч. степени канд. экон. наук : спец. 08.00.05 „Экономика и управление народным хозяйством: региональная экономика; рекреация и туризм” / А. И. Литвак. – Кемерово, 2010. – 26 с.

93. Столяров С. А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления / С. А. Столяров. – [3-е изд., испр. и дополн.] – Барнаул: Аз Бука, 2005. – 269 с.

94. Мокляк А. В. Туристські ресурси для потреб іноземного туризму в Україні (у контексті українсько-польських туристичних зв'язків) : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. геогр. наук : спец. 11.00.02 „Економічна та соціальна географія ” / А. В. Мокляк. – К., 2004. – 17 с.

95. Вахович І. М. Фінансова спроможність регіону: діагностика та механізми забезпечення : [навчальний посібник] / І. М. Вахович, І. М. Камінська. – Луцьк: Надстир'я, 2009. – 400 с.

96. Вахович І. М. Фінансова політика сталого розвитку регіону: методологія формування та механізми реалізації : [монографія] / І. М. Вахович. – Луцьк: Надстир'я, 2007. – 496 с.

97. Гавура В. О. Інструментарій оцінки конкурентоспроможності регіонів [Електронний ресурс] / В. О. Гавура // Економічний форум. – 2011. – № 4. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/Portal/soc_gum/ekfor/2011_4/11%D0%B1.pdf

98. Герасимчук З. В. Конкурентоспроможність регіону: теорія, методологія, практика: [монографія] / З. В. Герасимчук, Л. Л. Ковальська – Луцьк: Надстир'я, 2008. – 248 с.

99. Ушвицкий Л. И. Конкурентоспособность региона как новая реалья: сущность, методы оценки, современное состояние [Электронный ресурс] / Л. И. Ушвицкий, В. Н. Парахина // Сборник научных трудов СевКавГТУ. Серия „Экономика”. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2005. – № 1. – Режим доступа : <http://region.investportal.ru/cgi-bin/ready.cgi?doc=northkav>

100. Региональная экономика : [учебник] / Градов А. П., Кузин Б. И. и др. – Спб.: Питер, 2003. – 222 с.

101. Фатхутдинов Р. А. Стратегический маркетинг : [учеб. для вузов] / Р. А. Фатхутдинов. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 352 с.
102. Ромашкина Г. Ф. Коэффициент конкордации в анализе социологических данных [Электронный ресурс] / Г. Ф. Ромашкина, Г. Г. Татарова // Социология: 4М. – 2005. – № 20. – С. 131 – 157. – Режим доступа : <http://ecsocman.hse.ru/data/2012/04/10/1271933327/Romashkina,%20Tatarova.pdf>
103. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні – 2011 // Бюро міжнародної охорони здоров'я Агентство міжнародного розвитку США, 2011. – 155 с.
104. Здоров'я для всіх: Статистично-інформаційна база даних Міністерства охорони здоров'я України 2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_publinfoaccess
105. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні: 2010 рік / [за ред. Г. О. Слабкого]. – Київ, 2011. – 28 с.
106. Національні рахунки охорони здоров'я України за 2003 – 2004 рр.: Аналітичний звіт / [Гоцадзе Г., Чечулін Ю., Галайда В., Лехан В. та ін.] // Главный врач. – 2007. – № 11 (79). – С. 22 – 49.
107. Лехан В. Україна: Огляд системи охорони здоров'я 2010 рік. Системи охорони здоров'я в перехідному стані / [Лехан В., В. Рудий, Е. Річардсон]. – К., 2007. – 186 с.
108. Регіони України 2010. Статистичний збірник : у 2-х ч. Ч. I / [за ред Осауленка О. Г.] – К. : Держкомстат України, 2011. – 358 с.
109. Регіони України 2010. Статистичний збірник : у 2-х ч. Ч. II / [за ред Осауленка О. Г.] – К. : Держкомстат України, 2011. – 782 с.
110. Санаторно-курортне лікування, організований відпочинок та туризм в Україні: Стат. бюл. – К.: Держкомстат України, 2011. – 91 с.
111. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році : Стат. бюл. – К.: Держкомстат України, 2012. – 89 с.
112. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О.О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
113. Положення про Державне агентство України з туризму та курортів : Указ Президента України від 08 квітня 2011 р. № 444/2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.mtu.gov.ua/uk/show/polozennja_turizm.html
114. Кузьменко Г. В. „Євро – 2012”: туристське партнерство України та Польщі / Г. В. Кузьменко, О. О. Бейлик // Вісник ДІТБ. – 2011. – № 15. – С. 72 – 77.
115. Цибух В. І. Почти бесполезные показатели / В. І. Цибух // Компаньйон. – 2004. – № 43. – С. 36–41.
116. КВЕД 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://howtoregister.com.ua/kved_2009.html
117. Методологічні положення зі статистики туризму : Наказ Державного

комітету статистики України від 23.12.2011 № 372. – Київ, 2011. – 18 с.

118. Матвійчук Л. Ю. Раціоналізація використання та охорони туристичних ресурсів: діагностика та механізм забезпечення : [монографія] / Л. Ю. Матвійчук. – Луцьк, 2011. – 340 с.

119. Михайліченко Г. І. Інноваційний розвиток туристичних підприємств: напрями змін та фактори впливу [Електронний ресурс] / Г. І. Михайліченко // Економіка. Управління. Інновації [Електронне наукове фахове видання]. – 2012. – № 1. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/e-journals/eui/2012_1/PDF/12mgitfv.pdf

120. Туристична діяльність в Україні у 2011 році: Стат. бюл. – К.: Держкомстат України, 2012. – 76 с.

121. Готелі та інші місця для тимчасового проживання: Статист. зб. – К.: Держкомстат України, 2011. – 207 с.

122. Кравчук Г. О. Аналіз досліджень розвитку готельної індустрії України в контексті ЄВРО-2012 / Г. О. Кравчук // Інноваційна економіка. – 2012. – № 1. – С. 112–115.

123. Ведмідь Н. І. Перспективи розвитку санаторно-курортних і оздоровчих підприємств України [Електронний ресурс] / Н. І. Ведмідь // Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. – 2012. – № 7 (178). – С. 47–55. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/vsunu/2012_7/7%28178%292012.pdf

124. Гулич О. І. Проблеми інформаційного забезпечення розвитку туристично-рекреаційного бізнесу в регіоні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.tpp.lviv.net/zek/Numbers/7_8_2002/gulych.htm

125. Панчак І. Туристичний бізнес та інформаційні технології [Електронний ресурс] / І. Панчак // Інноваційні процеси та їх вплив на ефективність діяльності підприємств : зб. виступів 5 наук.-практ. конф. – К.: Укоопосвіта, 2008. – Ч. 1. – С. 110 – 117. – Режим доступу : http://tourlib.net/statti_ukr/panchak.htm.

126. Діяльність підприємств сфери послуг : Стат. бюл. – К.: Держкомстат України, 2012. – 153 с.

127. Василькевич Л.О. Оцінка соціально-економічного ефекту становлення туристичної сфери Рівненщини у господарському комплексі регіону [Електронне наукове фахове видання] / Л. О. Василькевич // Економіка. Управління. Інновації. – 2010. – №1 (3). – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/e-journals/eui/2010_2/10vlogkr.pdf].

128. Кізима В. Л. Теоретико-концептуальні засади ефекту мультиплікативності у роботі готелю [Електронний ресурс] / В. Л. Кізима. – Режим доступу: <http://intkonf.org/kizima-vl-teoretiko-kontseptualni-zasadi-efektu-multiplikativnosti-u-roboti-gotelyu/>.

129. АЛТУ: туризм визнано окремим видом економічної діяльності

[Електронний ресурс] / АЛТУ. – Режим доступу: <http://altu.com.ua/News/?id=5698>.

130. Валінкевич Н. В. Удосконалення економічного механізму оцінки стану розвитку туризму в регіоні [Електронне наукове фахове видання] / Н. В. Валінкевич, К. Є. Орлова // Економіка. Управління. Інновації. – 2010. – №1 (3). – Режим доступу: http://www.nbuuv.gov.ua/e-journals/eui/2010_1/10vnrtr.pdf.

131. Шумпетер Й. Теория экономического развития (Исследование предпринимательской прибыли, капитала, кредита, процента и цикла конъюнктуры) / [пер.с англ.] – М.: Прогресс, 1982. – 455 с.

132. Твисс Б. Управление научно-техническими нововведениями / Б. Твисс. – М.: Экономика, 1989. – 271 с.

133. Про інноваційну діяльність [Текст]: Закон України від 04.07.2002 р. № 40-IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2002. – № 36. – С. 266.

134. Кіндрик Т.О. Інноваційна діяльність в туристичному господарстві України [Електронний ресурс] / Т. О. Кіндрик, О. М. Головінов // Економічні науки. – № 15. – Режим доступу: http://www.rusnauka.com/11_EISN_2010/Economics/64053.doc.htm.

135. Тимощук М. П. Інформаційне забезпечення інноваційної діяльності / М. П. Тимощук, П. В. Тимощук // Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип. 20 (12). – С. 260–265.

136. Hicks, D., Breitzman, T., Olivastro, D., & Hamilton, K. (2001). The changing composition of innovative activity in the U.S.: A portrait based on patent analysis. – РР. 684–687.

137. Фридлянов В. Инновации как фактор экономического роста / В. Фридлянов, В. Некрасов, С. Остальук // Общество и экономика. – 1999. – № 7–8. – С. 115–116.

138. Інноваційний розвиток економіки: модель, система управління, державна політика / [за ред. д-ра екон. наук, проф. Л.І. Федулової]. – К.: Основа, 2005. – 552 с.

139. Європейське табло інноваційного розвитку [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://uk.wikipedia.org/wiki>.

140. Гудзь М. В. Формирование сети туристических кластеров украино-российского Приазовья / М. В. Гудзь, И. В. Гайворонская, Н. А. Чучко // Трансграничное украино-российское сотрудничество: формы, методы, перспективы : [монография] / [под общ. ред. В. И. Дубницкого, В. И. Ляшенко]. – Донецк: Юго-Восток, 2010. – С. 332–354.

141. Портер М. Конкуренция / М. Портер: [пер. с англ.]. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.

142. Дишловий І. М. Особливості функціонування регіонального рекреаційно-туристичного кластеру та його регулювання / І. М. Дишловий //

Економика и управление. – 2010. – № 6. – С. 69–75.

143. Кузик С. Теоретичні проблеми туризму : суспільно-географічний підхід : [монографія] / С. Кузик. – Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. – 254 с.

144. Фоменко Н. В. Рекреаційні ресурси та курортологія: навч. посібник / Н.В.Фоменко. – К.: Центр навчальної літератури, 2007 р. – 312 с.

145. Малімон В. В. Регіональні ринки медичного туризму: особливості формування та розвитку в Україні : [монографія] / В. В. Малімон, І. М. Вахович. – Луцьк: Друкарня «Волиньполіграф»[™], 2013. – 233 с.

146. Малімон В. В. Дослідження ефектів впливу медичного туризму на соціально-економічний розвиток регіону / В. В. Малімон // Економічні науки : зб. наук. праць. – Серія «Регіональна економіка». – Випуск № 9 (35). – Ч. 1. – Луцьк: ЛНТУ, 2012. – С. 63–74.

147. Малімон В. В. Оцінка мультиплікативного ефекту від розвитку медичного туризму в регіоні / І. М. Вахович, В. В. Малімон // Економічні науки: зб. наук. праць – Серія «Облік і фінанси». – Випуск № 9 (33). Ч.4 – Луцьк: ЛНТУ, 2012. – С. 85–96.

148. Малімон В. В. Підходи до формування інституційного середовища формування регіонального ринку медичного туризму / І. М. Вахович, В. В. Малімон // Економічний форум: Науковий журнал. – № 2. – Луцьк: ЛНТУ, 2012. – С. 179–189.

149. Малімон В. В. Медичний туризм як складова регіонального ринку туристичних послуг/ І. М. Вахович, В. В. Малімон // Економічний форум: Науковий журнал. – № 1. – Луцьк: ЛНТУ, 2012. – С. 108–114.

150. Малімон В. В. Фактори розвитку регіонального ринку медичного туризму в розвинених країнах світу / І. М. Вахович, В. В. Малімон // Фінансовий простір: Міжнародний науково-практичний журнал. – Випуск № 3 (7). – Черкаси. – 2012. – С. 38–46.

151. Малімон В. В. Методичні підходи до оцінки сформованості регіональних ринків медичного туризму // Запоріжжя

152. Малімон В.В. Перспективи організації регіонального кластеру медичного туризму у стоматології // Економічний простір

153. Малімон В. В. Перспективи розвитку регіональних ринків медичного туризму в Україні / В. В. Малімон // Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє : Міжнар. наук.-практ. конфер. : тези допов., 11–12 квітня 2012 р. – Харків, 2012. – С. 81–82.

154. Малімон В. В. Інструменти стимулювання розвитку регіонального ринку медичного туризму / В. В. Малімон // Фінансово-кредитне стимулювання розвитку територіальних суспільних систем : Міжнар. науково-практ. конфер. молодих вчених та студентів : тези допов., 23 березня 2012 р. – Луцьк, 2012. – С. 168–169.

155. Малімон В. В. Перспективи корпоративного медичного туризму / В. В. Малімон // Проблеми соціально-економічного розвитку підприємництва: міжнар. науково-практ. інтернет-конференція : тези допов., 8–9 листопада 2012 р. – Дніпропетровськ, 2012. – С. 120–123.

156. Малімон В. В. Базові інститути в інституціональному середовищі розвитку регіональних ринків медичного туризму / В. В. Малімон // Сучасні проблеми і перспективи розвитку обліку, аналізу та контролю в умовах глобалізації економіки: IV Міжнар.наук.-практ. конф. молодих науковців, аспірантів, здобувачів і студентів: тези допов., 7 грудня 2012 р., м. Луцьк. – ЛНТУ, 2012. – С.251–252.

157. Малімон В. В. Регіональні особливості медичного обслуговування в Україні / В.В. Малімон // Формування соціально-економічного розвитку регіонів України: Міжнар. наук.-практ. конф. : тези допов., 8-9 лютого 2013 р. / ГО "Центр економічних досліджень та розвитку". – О.: ЦЕДР, 2013. – С. 31–34.

Додаток А.1

Місце медичного туризму у туристичній індустрії

Ознаки класифікації	Види туризму	Характеристика	Обґрунтування віднесення медичного туризму до певного виду
1	2	3	4
За організаційною формою	Міжнародний	В'їзний туризм - подорожі в межах України осіб, які постійно не проживають на її території, та виїзний туризм - подорожі громадян України та осіб, які постійно проживають на території України, до іншої країни	В'їзний міжнародний туризм розглядається як пріоритетна форма медичного туризму
	Внутрішній	Подорожі в межах території України громадян України та осіб, які постійно проживають на її території	Розглядається як форма медичного туризму
Залежно від категорій осіб, які здійснюють туристичні подорожі (поїздки, відвідування), їх цілей, об'єктів, що використовуються або відвідуються	Культурно-пізнавальний	Метою є огляд цікавих, красивих чи унікальних природних і культурних об'єктів, отримання нової інформації про ці об'єкти	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Оздоровчий	Відпочинок від всього, без усяких навантажень	Розглядається як додаткова функція медичного туризму
	Спортивний	Метою є пригоди, подолання труднощів	Включає спортивно-оздоровчі тури, тому розглядається як додаткова функція медичного туризму
	Лікувальний	Мета - лікування або профілактика здоров'я. Це відпочинок у санаторіях або на курортах	Включає і медичний туризм
	Дачний	Мета – відвідування дачних ділянок. До цього виду туризму можна віднести «агроекотуризм» - вид туристської діяльності в сільській екологічно чистій місцевості, коли туристи живуть сільським життям на фермах та хуторах і споживають екологічно чисту продукцію	Поеднуються як два відокремлені види туризму
	Релігійний	Тимчасовий виїзд людини з місця постійного проживання до святих місць з метою ознайомлення з храмами, монастирями, здобуття знань про різні віровчення без заняття оплачуваною діяльністю	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Діловий	Поїздки на переговори, конференції, виставки, ярмарки, біржі тощо	Поеднуються як два відокремлені види туризму

1	2	3	4
	Хобі-тури	Поїздки для заняття улюбленою справою (відвідування спортивного змагання, з'їзди колекціонерів тощо)	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Навчальний	Поїздки з метою оволодіння новими навиками, знаннями, підвищення кваліфікації	Поєднуються як два відокремлені види туризму
	Ностальгічний	Поїздки до пам'ятних місць, індивідуальних для кожної людини (наприклад, на батьківщину, у місця навчання)	Не поєднується з медичним туризмом (за виключенням поєднання місця лікування з пам'ятним місцем для пацієнта)
За характером відпочинку та його організацією	Активний	Під час нього туристи майже завжди рухаються і ночують, в основному, завжди в іншому місці	Може розглядатись як функція спортивно-оздоровчого туризму
	Транспортно-екскурсійний	Можна вважати підвидом пізнавального туризму. Поїздки проводяться на громадському транспорті – теплоходах, поїздах, автобусах	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Стаціонарний	Відпочиваючі поживають більшу частину часу на одному місці – на турбазі, у санаторії, ін.	Є формою організації медичного туризму
За тривалістю відпочинку	Ододенні екскурсії	Не потребують турботи про ночівлю	Не поєднується з медичним туризмом
	Короткострокові (weekend)	Як правило, проводяться у кінці робочого тижня, тривалість 2-3 дні	Не поєднується з медичним туризмом
	Багатоденний	Будь-який тур, тривалістю більше 3 днів. Для транспортно-екскурсійного – це 7-15 днів, для стаціонарного – 2-3 тижні	Передбачено і для медичного туризму
За віддаленістю від місця постійного проживання	Приміський	У межах приміської зони	Можуть розглядатись як форма медичного туризму
	Місцевий	У межах регіону	
	Дальній	З виїздом за межі регіону проживання	
За чисельністю групи	Індивідуальний	Передбачений для 1-2 осіб	Передбачено і для медичного туризму
	Вузькогруповий	Передбачений для 3-15 осіб	Передбачено і для медичного туризму
	Груповий	Передбачений до 100 і більше осіб	Не поєднується з медичним туризмом
За місцем ночівлі	Ночівля неорганізована	Передбачено ночівлю у палатках	Не поєднується з медичним туризмом

1	2	3	4
	Ночівля організована без належних умов	Належні умови передбачають: опалення, водопровід, санітарний вузол (умивальник, душ, туалет), забезпечення харчуванням	Не поєднується з медичним туризмом
	Ночівля організована з частковими умовами	Туристичні бази, колишні піонерські табори	Може бути придатною для медичного туризму
	Ночівля організована з належними умовами	Пансіонати і готелі різних класів	Є формою медичного туризму
За екологічною спрямованістю	Екологічний (ecological tourism)	Туристська діяльність на території об'єктів природно-заповідного фонду (національних природних парків, біосферних заповідників), у межах якої є умови для відпочинку (тривалого або короткочасного), ознайомлення з рослинним і тваринним світом, екологічних екскурсій та освіти з питань охорони довкілля	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Зелений	Туристська діяльність на території природних ландшафтів (лісопарків, лугопарків, гідропарків, ботанічних садів) з елементами благоустрою, де існують певні умови для короткочасного відпочинку, збирання ягід і грибів	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму
	Природний (nature)	Туристична діяльність, об'єктом якої є будь-яка жива і нежива природа (печери, скелі, водоймища). До його складу входить біологічний туризм як один із тематичних напрямів	Розглядається як додаткова функція для медичного туризму

Сфери медицини розвитку медичного туризму

Сфера медицини	Обґрунтування доцільності	Категорії клієнтів
Стоматологія	Даний вид туризму розрахований, в основному, на іноземних громадян, яких стимулює помірність цін	Іноземні
Пластична хірургія	Це специфічна сфера медицини, яка передбачає стаціонарне перебування пацієнтів-туристів протягом тривалого періоду, що включає діагностичний період, медичні процедури та період реабілітації, які слід поєднувати з додатковими функціями медичного туризму	Внутрішні, іноземні
Онкологія	Зростання кількості онкохворих, пошук ними найбільш кваліфікованої допомоги за умови помірних цін та належних умов перебування є основними причинами появи даного виду туризму	Внутрішні, іноземні
Дерматовенерологія	Причиною появи даного виду туризму є бажання ізолюватись у період захворювання від знайомих	Внутрішні, іноземні
Наркологія	Проблема подолання наркозалежності є тривалим процесом, що потребує належних умов лікування, догляду та проживання, що слугує передумовою розвитку даного виду туризму	Внутрішні, іноземні
Неврологія	Лікуванню таких захворювань значно сприяє особливе місцезнаходження медичних центрів, що може стати передумовою розвитку такого виду туризму у регіоні	Внутрішні, іноземні
Реабілітація репродуктивної функції людини	Створення центрів медичного туризму такого профілю зумовлене комплексним підходом до діагностики та лікування, альтернативними варіантами вирішення проблеми, розробкою спеціалізованих програм	Внутрішні, іноземні



Рис. А.3. Система мотивів і стимулів відвідання медичних турів у внутрішніх та зовнішніх туристів

Взаємозв'язок чинників розвитку регіонального ринку медичного туризму

Ознаки класифікації чинників					
Ресурсний потенціал регіону	Джерела походження	Характер впливу	Гнучкість	Кон'юнктурна ознака	Суб'єктивістська ознака
Природно-ресурсні	Внутрішні	Стимулятори та дестимулятори	Квазіпостійні	Чинники пропозиції	Об'єктивні
Фінансово-економічні	Внутрішні та зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Змінні	Чинники попиту та пропозиції	Суб'єктивні та об'єктивні
Соціальні	Внутрішні та зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Змінні	Чинники попиту та пропозиції	Суб'єктивні
Екологічні	Внутрішні	Стимулятори та дестимулятори	Квазіпостійні	Чинники пропозиції	Об'єктивні
Інституціональні	Внутрішні та зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Змінні	Чинники пропозиції	Суб'єктивні
Політичні	Внутрішні та зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Змінні	Чинники пропозиції	Суб'єктивні
Геополітичні	Зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Квазіпостійні	Чинники пропозиції	Об'єктивні
Культурно-історичні	Внутрішні та зовнішні	Стимулятори та дестимулятори	Квазіпостійні	Чинники попиту та пропозиції	Суб'єктивні та об'єктивні

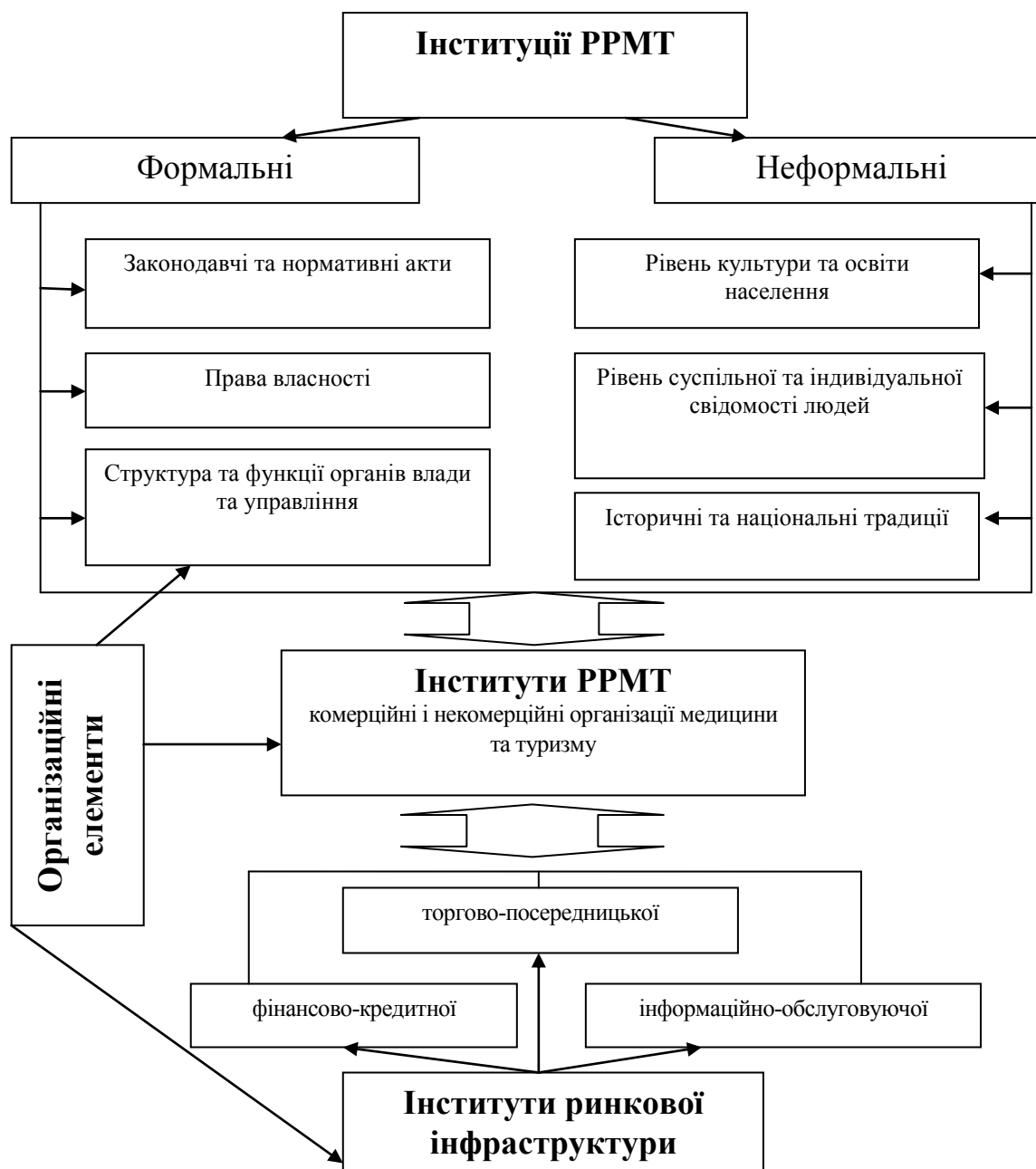


Рис. А.5. Елементи інституціонального середовища розвитку регіонального ринку медичного туризму*

*розроблено автором

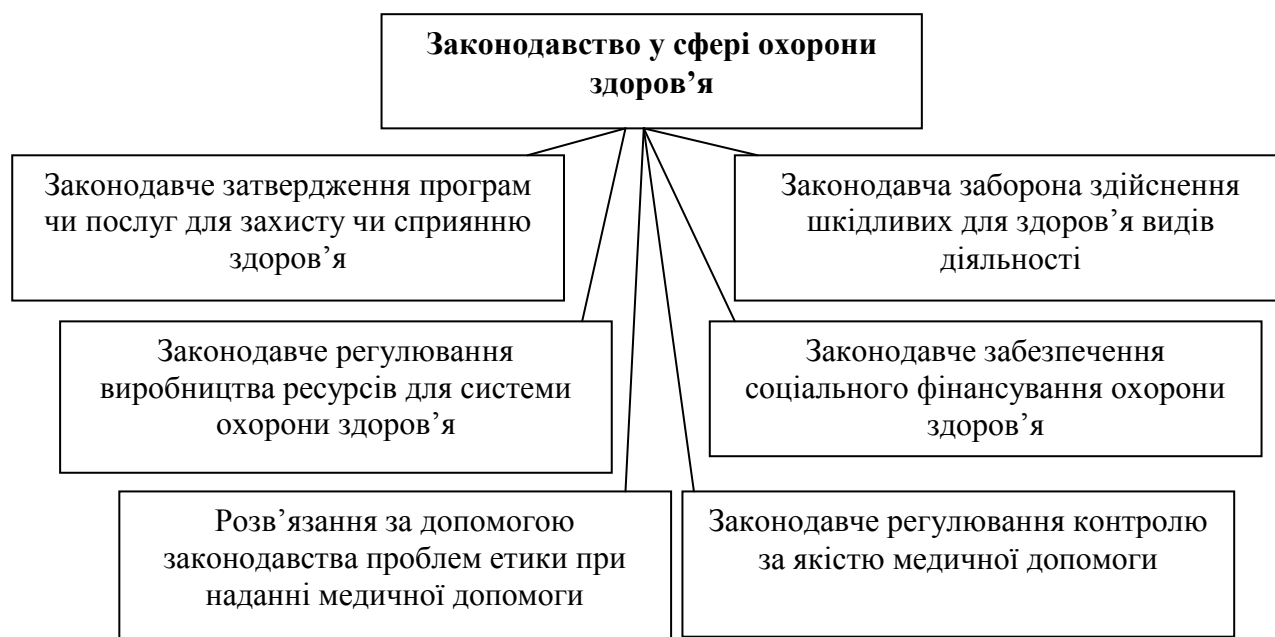


Рис. А.6. Групування законодавства у сфері охорони здоров'я за функціями

Розмежування функцій з регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

Органи влади	Функції, повноваження
1	2
Верховна Рада України	Формує державну політику у сфері охорони здоров'я шляхом прийняття законодавчих актів з охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямків, принципів і пріоритетів, встановлення обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм розвитку охорони здоров'я [50]
Президент України	1. Несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики в цілому і, зокрема, у сфері охорони здоров'я, основу якої формує Верховна Рада України. Ст. 14 ОЗОЗ передбачає його звітування про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я у щорічній доповіді Верховній Раді України. 2. Відповідно до ст. 14 ОЗОЗ виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я. 3. Від імені України укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються питань міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я Щоб такі договори набрали законної сили відповідно до ст. 85 Конституції, вони мають бути ратифіковані Верховною Радою України. 4. Здійснює загальне керівництво Радою національної безпеки й оборони України, яка, відповідно до ст. 107 Конституції України, є координаційним органом при Президентові України. Згідно із Законом України “Про основи національної безпеки України” до основних напрямків державної політики національної безпеки України у соціальній сфері належить “створення ефективної системи соціального захисту людини, охорони та відновлення її фізичного і духовного здоров'я, а як реально існуюча сьогодні загроза національній безпеці розглядається “падіння рівня здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони” [51]
Кабінет Міністрів України	Є вищим органом у системі органів виконавчої влади, організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я
МОЗ України, як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я населення	- реалізація державної політики охорони здоров'я населення, загальнодержавних та місцевих програм охорони здоров'я; - оперативне управління підпорядкованими органами та закладами охорони здоров'я державної форми власності - державне регулювання відносин у сфері охорони здоров'я; - державний контроль за якістю надання медичної допомоги і охорони здоров'я, ліків, наркотичних речовин та ін.
Рада Міністрів АР Крим, обласні державні адміністрації та органи місцевого самоврядування	видаються підзаконні нормативні акти, які містять вторинні (похідні) норми, що розкривають і конкретизують первинні норми, приймаються на їх підставі, спрямовані на їх виконання в межах відповідної території і тому є обмежено-загальними

Розмежування функцій з регулювання сфери туризму в Україні

Органи влади	Функції, повноваження
1	2
Кабінет Міністрів України	Координує роботу Державного агентства України з туризму та курортів
Міністерство інфраструктури України	- Погоджує і вносить в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції Державного агентства України з туризму та курортів з удосконалення законодавства у даній сфері; - затверджує перелік і форму подання відомостей, що включаються до Державного кадастру природних територій курортів; - затверджує перелік посад фахівців туристичного супроводу, кваліфікаційні вимоги до них; - затверджує інструкцію щодо порядку ведення Державного кадастру природних територій курортів, визначення складу його даних, порядку обміну інформацією й вирішення інших питань; - затверджує порядок видачі дозволів на право здійснення туристичного супроводу; - затверджує порядок оформлення ваучера на надання туристичних послуг та його використання; - розробляє та затверджує форму свідоцтва про встановлення категорії готелю; - затверджує правила користування готелями й аналогічними засобами розміщення та надання готельних послуг
Державне агентство України з туризму та курортів	Є центральним органом виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері туризму та курортів, зокрема: 1) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до його компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів; 2) бере участь у діяльності міжнародних організацій та забезпечує виконання зобов'язань; 3) бере участь у розробці міжнародних договорів; 4) здійснює організацію роботи та контроль за виконанням загальнодержавних програм, планів, заходів з питань запобігання корупційним, економічним та іншим правопорушенням; 5) забезпечує організаційну, методичну, експертно-аналітичну, інформаційну та іншу діяльність; 6) забезпечує зв'язок з органами державної влади, органами місцевого самоврядування, громадськістю та засобами масової інформації; інформаційне наповнення веб-сайту Держтуризмкурорту України; поширення серед засобів масової інформації офіційної інформації про діяльність Держтуризмкурорту України; 7) видає ліцензії на право здійснення туроператорської діяльності; 8) здійснює контроль за дотриманням ліцензійних умов провадження туроператорської діяльності; 9) видає свідоцтва про присвоєння об'єктам туристичної інфраструктури (готелям, іншим об'єктам, призначеним для надання послуг з розміщення, установам харчування, курортним установам

1	2
	тощо) відповідної категорії; 10) готує та поширює інформацію про Україну і її туристичні можливості на міжнародному туристичному ринку та всередині держави; 11) організовує створення загальнодержавної інформаційної мережі у туристичній і курортній сферах; 12) організовує ведення обліку туристичних ресурсів України, забезпечує їх раціональне використання та охорону; 13) забезпечує розвиток в'їзного та внутрішнього туризму та курортів; 14) бере участь у підготовці навчальних планів і програм навчання фахівців у галузі туризму та курортів, їх професійній підготовці, перепідготовці та підвищенні кваліфікації; 15) організовує та виконує роботи із стандартизації та сертифікації туристичних послуг; 16) вносить пропозиції щодо розробки стандартів, діяльності з метрології та сертифікації, у проведенні робіт з підтвердження відповідності в законодавчо регульованій сфері; 17) вносить пропозиції щодо розробки програм облаштування транспортних магістралей об'єктами туристичної інфраструктури, ін.
Управління культури і туризму облдержадміністрації, Міністерство курортів і туризму АР Крим	Реалізація державної політики у сфері культури і туризму, з питань охорони культурної спадщини, а також державної мовної політики; Здійснення відповідно до законодавства державного управління і контролю у сфері музейної та бібліотечної справи, кінематографії. Забезпечення реалізації прав громадян на свободу літературної і художньої творчості, вільного розвитку культурно-мистецьких процесів, доступності всіх видів культурних послуг і культурної діяльності для кожного громадянина. Сприяння: - відродженню та розвитку традицій і культури української нації, етнічної і культурної самобутності національних меншин; - захисту прав професійних творчих працівників та їх спілок, соціальному захисту працівників підприємств, установ та організацій у сфері культури, туризму та охорони культурної спадщини, а також споживачів культурного і туристичного продукту, встановленню контролю за його якістю на території області. - загальнонаціональній культурній консолідації суспільства, формування цілісного культурно-інформаційного простору, захисту та просування високоякісного різноманітного культурного продукту. - Участь у розробленні та виконанні державних і регіональних програм розвитку культури, туризму, охорони культурної спадщини, а також державної мовної політики. - Забезпечення раціонального використання та збереження туристичних ресурсів, історико – культурного середовища на території області.
Органи місцевого самоврядування	Забезпечують соціально – культурний розвиток відповідної території, заповідників, музеїв, бібліотечних, клубних закладів, збереження і відтворення традиційного характеру середовища та історичних ареалів населених місць, відродження осередків традиційної народної творчості, народних художніх промислів і ремесел



Рис. А.9. Елементи інституціонального середовища розвитку регіональних ринків медичного туризму

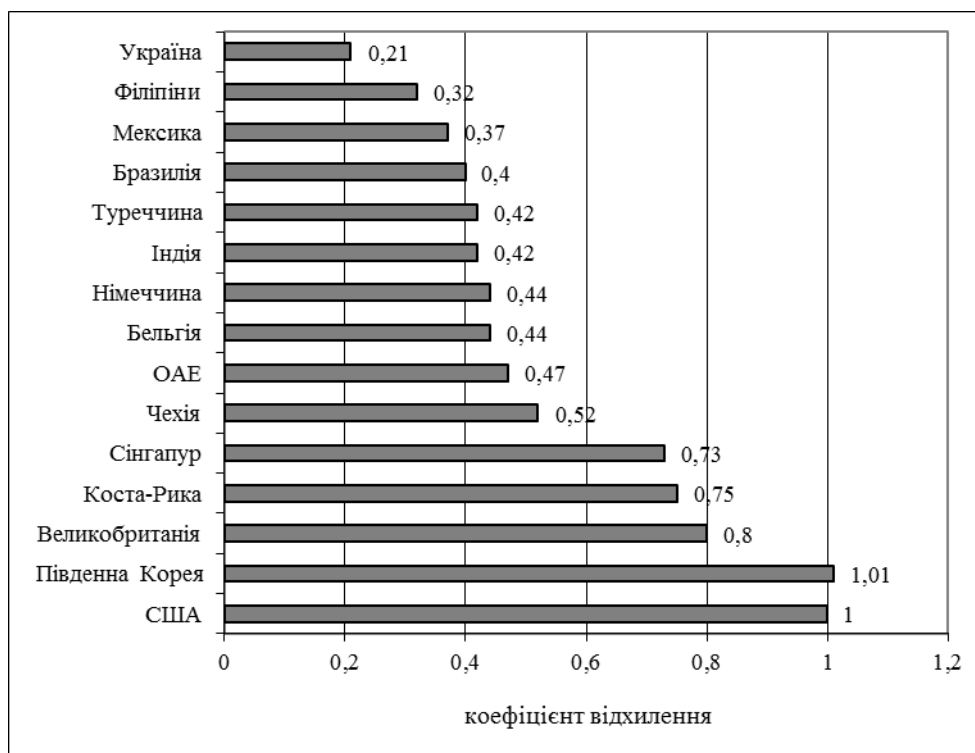


Рис. А.10. Коефіцієнт відхилення вартості надання медичних послуг в деяких країнах світу порівняно з США

Додаток А.11

Вартість найбільш поширених медичних послуг в окремих країнах (дол. США)*

Країна Процедура	США	Велика Британія	Німеччина	Сінгапур	Індія	Китай	Таїланд	Малайзія	Мексика	Туреччина	Куба	Ізраїль	ОАЕ	Угорщина	Польща	Білорусь	Україна
Heart bypass (CABG) Коронарне шунтування	93 000 - 144 500	27 000 - 30 000	17 500	13 500 - 33 000	9 000 - 10 000	20 490	9 000 - 10 000	12 000	21 100 - 31 500	14 100	7 500	30 000	40 900	13 100	6 150 – 8 850	5000 - 9000	3 750 - 12 600
Rhinoplasty Ринопластика	3 800 - 10 000	4 800 – 7 000	7 350	2 000 - 4 400	2 000 – 3 500	4 960	2 650 – 5 100	2 100 – 2 500	3 200 - 4 000	1 200 – 3 500	1 710	5 600	4 250	2 850 – 3 500	2 000 – 2 250	300-1500	2 000 – 3 600
Hip replacement Ендопротезування тазостегнового суглоба	21 000 - 101 000	44 000 - 50 000	11 700	10 800 - 16 500	5 000 – 7 000	14 125	10 000 - 18 000	12 500	12 000 - 13 800	7 200 - 13 400	10 000	17 200	40 000	8 500	5 250	5000 - 6000	7 000 - 11 000
Knee replacement Заміна колінного суглоба	22 000 - 66 000	40 000 - 45 000	11 800	10 000 - 18 800	7 833	12 400	8 500 - 14 100	8 000	10 500 - 11 500	7 200 - 12 800	8 600	13 000	40 200	9 300	8 350	1800 (реконс- трукція)	8 000 - 12 000
Angioplasty Ангіопластика, пластика судин	10 500 - 57 100	13 000 - 22 000	6 900	13 000 - 30 000	7 000 - 20 000	8 300	7 000 - 13 000	8 000 - 20 000	16 000 - 17 100	4 500 – 6 000	5 670	8 500	21 000	9 750	4 675	580-1900	7 000 - 12 500
Cyberknife Лікування раку (застосування кібер-ножа)	20 000 - 195 000	20 000 - 40 000	12 000 - 27 000	11 000	12 000 - 16 000	14 000	12 500	11 500 - 17 000	16 500	13 000 - 16 000	-	21 200	25 000	10 800	12 390	-	13 000 - 19 000
Cataract surgery Хірургічне лікування катаракти	10 000 - 20 000	4 000 – 4 500	4 100	1 500	1 600	950	1 100	1 000	2 300 – 7 000	1 650	2 470	4 150	500 – 1 000	1 100	1 750	700 - 1000	1 200 – 2 600
Gastric bypass surgery Шунтування шлунка	18 000 - 35 000	12 000 - 23 000	12 400	13 400	8 500 – 9 500	11 860	10 400	9 600	9 500 - 11 000	9 500 - 10 000	4 100	25 500	14 000	12 000	9 500	5500	1 700 – 7 000
Cystectomy Видалення жовчного міхура	3 000 - 30 000	6 300 - 10 800	5 880	800 – 1 100	2 600	6 950	7 370	700 – 1 000	5 600	3 500	2 380	7 000	7 300	5 050	1 400	1060	1 800
Renal transplantation Пересадка нирок	300 000 - 500 000	75 000 - 80 000	61 100	33 000 - 70 000	20 000	50 000 - 70 000	9 000 - 29 000	35 000	47 000	34 500	27 000	25 500	23 500	21 600	39 890	31000	-
Tooth stopping Зубні пломби	250	100 - 200	200	55	25 - 50	380	35	35	30	80 - 100	35	70	250	80	70 - 100	40-120	15 - 100
Crown Зубні коронки	2 000	600 – 1 500	590	450	50 - 500	270	180 - 450	200 - 250	400	200 - 850	100 - 300	340	500	270 - 600	250 - 500	200-500	70 - 300
Tooth whitening Відбілювання зубів	2 300	500 – 2 000	770	300	100	325	250 - 350	400	350	200	150	270	500	550 - 650	300	200-450	280
Dental implants Зубні імплантати	3 000 – 6 500	2 200 – 3 000	1 200	2 500 – 2 900	500 – 1 000	1 900	850 – 1 850	1 000 – 1 500	950 – 1 000	740	700	850	1 800 – 2 900	750 – 1 720	550 – 1 000	400-600	1 250

* до уваги взято витрати в медичних закладах без врахування витрат на авіапереліт та проживання

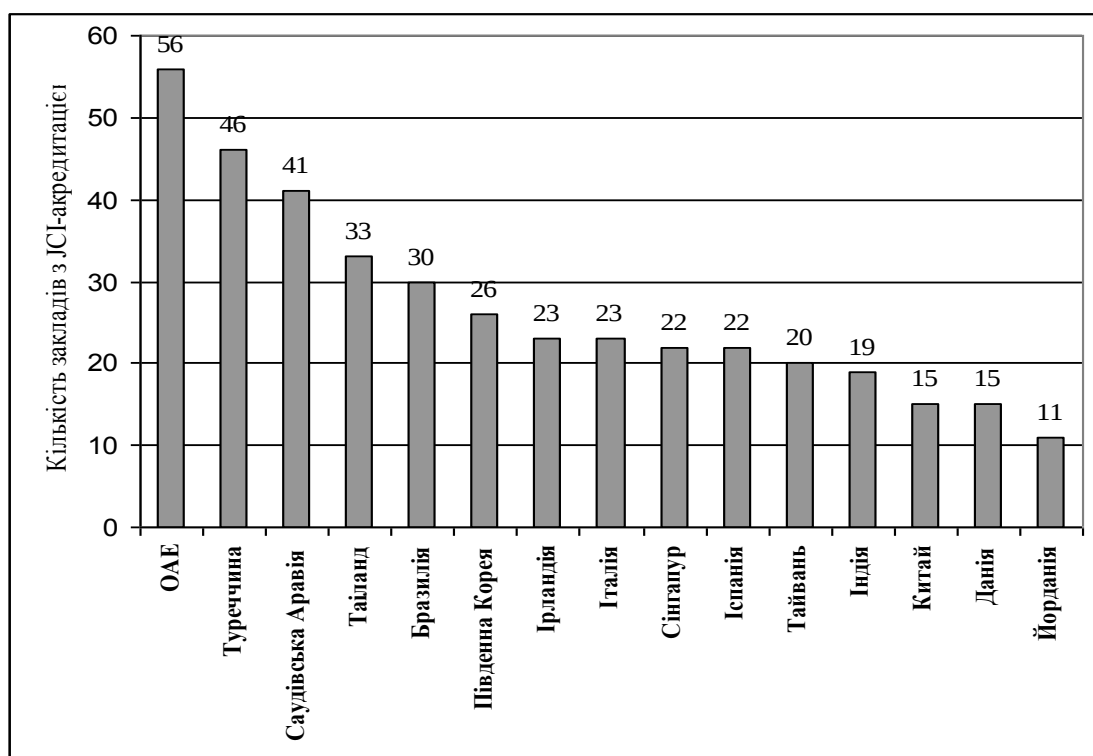


Рис. А.12. Рейтинг країн світу за кількістю акредитованих JCI медичних закладів (станом на 10.02.2012) [67]



Рис. А.13. Схема каналів оплати медичних послуг

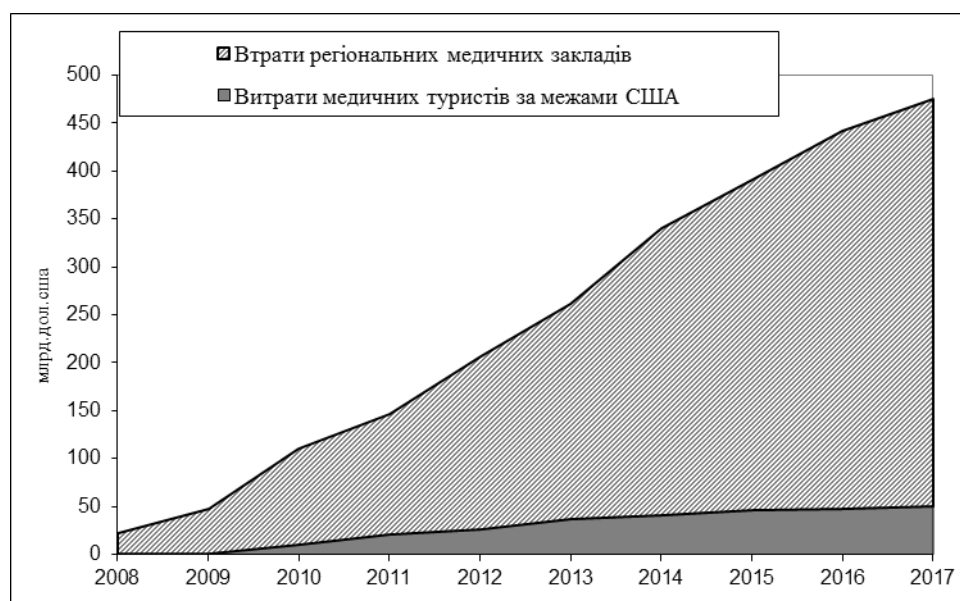


Рис. А.14. Видатки на послуги медичного туризму громадян США і зумовлені цим витрати регіональних медичних установ

Країни-лідери на ринку медичного туризму та його регіони-осередки

Країна	Спеціалізація медичного туризму	Регіони-осередки мед.туризму
1	2	3
Німеччина – лідер медичного туризму у Європі, близько 60 тис. медичних туристів зі 160 країн світу (в тому числі найбільше з Нідерландів 11,4%, Франції 10%, Австрії 8%, Польщі 8%). Національний туристичний офіс Німеччини займається просуванням медичного туризму на регіональних ринках і за кордоном	кардіологія, ортопедія, онкологія, неврологія, гінекологія, реабілітація	Баварія (Нюрнберг, Регенсбург, Аугсбург), кластери медичного туризму у Берліні, Гамбурзі, Бонні
Ізраїль – популярний напрям для медичних туристів із ЄС та СНД за цінами нижчими, ніж в Німеччині та традиційно високою якістю надання медичних послуг і розвинутою інфраструктурою ринку медичного туризму	репродуктивна медицина, ортопедія, онкологія, педіатрія, дерматологія, урологія, неврологія	Тель-Авів, Ейн-Бокек, Неве-Мідбар, Герцлія
Швейцарія – найдорожчий європейський напрям. Проте лікування відносно дороге, оскільки клініки націлені на досягнення максим. результату в <i>короткі</i> строки шляхом застосування найсучасніших технологій діагностики та лікування. Наприклад, стандартне лікування у відділенні маммології триває 5 днів, коштує близько 10 тис. ол.. США, а понад 90 % пацієнток повністю одужують.	Онкологія, маммологія, ортопедія, гінекологія, неврологія, пластична хірургія	Монтре, Лозанна, Фрібург
Угорщина – лідер медичного туризму ЄС у стоматології (40% ринку), найвища кількість стоматологів у розрахунку на 1000 осіб у ЄС, консультаційні центри у Ірландії та Великобританії, безкоштовний трансфер туристів з аеропорту Відня на таксі на відстань до 500 км.	Стоматологія, пластична хірургія	Будапешт і прикордонні угорсько-австрійські території (Дьер, Сомбатхей, Мошанмадьяровар, Хевіз та ол.)
Сінгапур – кращий напрям Східно-азійського регіону, близько 600 тис. Медичних туристів (країни Близького Сходу – 50%, Азії – 45%, Європи – 5%). Медичні заклади переймають практику прийому і розташування медичних туристів у готельних мережах	кардіологія, ортопедія, трансплантологія, неврологія, пластична та косметична хірургія, лікування з використанням стовбурових клітин	Медичні центри Raffles Hospital, Gleneagles Hospital, National University Hospital, Paragon Aesthetic Clinic

1	2	3
Індія – сучасні технології, англомовний високваліфікований персонал, спрощена візова політика сприяють залученню близько 450 тис. медичних туристів щороку (найбільше з Великобританії, США, Пд. Кореї) і досягненню обсягів ринку ол. ного туризму у 2012 р. 2 млрд дол. З щорічним приростом 20-25%.	Офтальмологія, кардіологія, пластична хірургія, ортопедія, стоматологія, трансплантологія і репродуктивна медицина	Нью-Делі, Ченнаї, Дакка, Бенгалуру, Бхубанешвар, Колкатат, Биласпур, Мумбай, Керала
ОАЕ – лікування досить дороге (порівняно, наприклад, з Сінгапуром), проте високий рівень обслуговування і економія часу дозволяють залучати медичних туристів з розвинених країн (Німеччина – 45% осіб, Великобританії – 27,8%, Сінгапура – 10,3%). Державне інвестування в будівництво і оснащення медичних закладів, інформ. портал Міністерства охорони здоров'я ОАЕ інформує про всі 280 медзакладів і їх фахівців	кардіологія, ендокринологія, ортопедія, дерматологія, пластична хірургія та косметичні процедури	Дубаї, Абу-Дабі, Шарджа
Туреччина – демонструє стійке зростання кількості медичних туристів (74 093 особи в 2008, 109 678 осіб в 2010, у 2011 прогноз зростання 15%) [81], 46 акредитованих JCI закладів, розвинена інформаційна і туристична інфраструктура. Основні потоки медичних туристів з Німеччини і Франції за рахунок емігрантів турецького походження.	кардіологія, ортопедія, репродуктивна медицина, пластична та косметична хірургія, нейрохірургія, трансплантологія	Стамбул, Анкара, Ізмір, Мугла, Айдін, Газіантеп
Філіппіни – залучають до 200 тис. медичних туристів, 40% яких з США та Канади, 20% - Японії та Кореї, наявна урядова підтримка	косметичні процедури, офтальмологія, стоматологія, онкологія	Маніла, Макаті, Давао, Себу
Мексика приймає до 50 тис. медичних туристів, 95% яких з США внаслідок територіальної близькості та відсутності візового режиму, без державного сприяння, проте завдяки 50-60% економії туристів. Бразилія аналогічно.	ортопедія, стоматологія, кардіологія, пластична хірургія та косметичні процедури	Штат Нуево Леон (Монтеррей), штат Сонора (Ермосильо), штат Тамауліпас (Рейноса), штат Коауїла (Торреон)
Коста-Рика – популярний напрям для близько 150 тис. американських медичних туристів, яких приваблює можливість високоякісного лікування та 25% економії.	стоматологія, пластична хірургія	Сан-Хосе, р-н Гуанакасте, півострів Нікоя, острів Кокос

Фактори, зумовлюючі зростання потоку медичних туристів в перспективі

ФАКТОРИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ
1	2
Накопичений та акумульований <i>досвід медичної практики</i> в ключових регіонах світу (Європа, Азія, Америка)	Виробники медичної техніки і фармацевтичні компанії в усьому світі створюють сприятливе середовище для широкого застосування інновацій. Для споживачів послуг медичного туризму створюються сприятливі умови за принципом „дім вдалі від дому”
Державна підтримка сфери медичного туризму, скорочення регламентуючих обмежень для діяльності суб’єктів ринку	В багатьох країнах медичний туризм розглядається на державному рівні як перспективна можливість для соціально-економічного зростання регіонів, а тому використовуються переважно податкові інструменти та важелі для стимулювання розвитку крупних медичних напрямів туризму, а також формуються національні бюро (центри, офіси тощо) і розробляються глобальні маркетингові промо-кампанії, які позиціонують окремі регіони-осередки медичного туризму (ОАЕ, Китай, Німеччина тощо). Крім того, законодавство країн ЄС передбачає переміщення через кордон медичних послуг, медпрацівників, взаємне визнання сертифікатів та кваліфікаційних стандартів, вільний вибір країни для лікування з правом на компенсацію витрат.
Переміщення потреби у здоровому стані до сфери <i>споживчих пріоритетів</i> населення	Сьогодні «системи охорони здоров’я є відображенням глобалізованої споживчої культури» [84, с.16]. Людей у всьому світі хвилює здоров’я як невід’ємна частина буття. Здоров’я назвали найважливішою особистою проблемою (після фінансових труднощів) 48% українців і поляків, 41% німців, 40% італійців, 35 % шведів [85, с. 25]
Зміни в <i>соціально-демографічній структурі</i> населення	2010-2020 роки – це період, коли представники найбільш чисельного покоління „бейбі-буму” 1946-1964 років перейдуть у старші вікові групи, які схильні до туристичних подорожей незалежно від туристичного сезону і зважаючи на свій вік є однією з цільових категорій для провайдерів саме медико-туристичних послуг.
Уніфікація <i>медичних стандартів</i> у різних країнах, в тому числі шляхом акредитації медичних закладів	Висновки і рекомендації кращих медичних результатів втілюються у так званій „формулярній системі”, яка ґрунтується на стандартах (протоколах) якості лікування поширених захворювань, яких повинні дотримуватися всі медичні заклади, що підвищує гарантії якості та безпеки надання медичних послуг за умов нерівнозначного вартісного вираження.
Комерціалізація <i>медичної сфери</i> як державної, так і приватної форм власності, а також регіональна диференціація цін	У Доповіді ВООЗ-2008 році зазначається, що „система охорони здоров’я світу рухається в сторону нерегульованої комерціалізації”, особливо в сфері стоматології. Водночас ціни на лікування в різних регіонах дуже відрізняються (див. додаток А.15)
Активізація діяльності <i>страхових компаній</i> в корпоративному та індивідуальному напрямі виконання страхових зобов’язань із надання медичних послуг за кордоном	Страхові компанії є стратегічними партнерами усіх суб’єктів на ринку медичних послуг, оскільки мають можливість інтегрувати інтереси та ресурси надавача та потенційного споживача (особи чи роботодавця) медичних послуг.

1	2
Здешевлення транспортного сполучення за основними туристичними напрямками, зокрема, авіаційного	Розширення доступу до авіаційних транспортних перевезень, насамперед, в США та ЄС як найбільших центрів з „імпорту” медичних туристів, сприятиме підвищенню потоку медичних туристів за усіма міжнародними напрямками.
Посилення міграційних процесів серед працездатного населення з метою працевлаштування за кордоном, глобалізація трудових ресурсів, зв'язки між колишніми метрополіями та колоніями	Глобалізаційні процеси сприятимуть руху трудових ресурсів як на короткострокові проміжки часу, так і в довгостроковому періоді, і часто передбачають можливості залишитися на постійне місце проживання в країні перебування. Проте перше-друге покоління емігрантів мають досить тісні зв'язки і часто одночасно планують медичне оздоровлення в рідних країнах, чому сприяють їх ментальні цінності, відсутність мовного бар'єру.
Розгортання інформаційно-комунікаційних процесів на ринку медичного туризму через мережу інтернет	Лише у ЄС інвестовано 23 млн. євро в електронні технології охорони здоров'я, щоб зробити можливим обмін у електронній формі між державами-членами ЄС інформацією про пацієнтів та отримане ними лікування [86]. Агентства медичного туризму і міжнародні відділи клінік прямо залежать від кількості іноземних пацієнтів, яких залучають в інтернет-просторі через он-лайн сервіси.
Зростання попиту на амбулаторні медичні послуги, в тому числі хірургічні, термін надання яких значно скорочується внаслідок удосконалення медичних технологій	Обсяги надання амбулаторних медичних послуг лише в США за останні 10 років потроїлись, складаючи близько 40 млн пацієнтів в сфері амбулаторної хірургії, сучасні медичні технології якої дозволяють в короткі терміни проводити до 75% всіх медичних процедур за кордоном за значно нижчими цінами (пластика носа в США коштує 5 тис. дол., в Сінгапурі з тижневим відпочинком – 3 тис. дол.).
Виражене зростання споживчого попиту на стоматологічні послуги і косметичну (пластичну) хірургію	Стоматологія, пластична хірургія, ортопедія і кардіо-лікування – медичні послуги, які традиційно користуються найвищим попитом серед медичних туристів [87, с.3] і перші з двох напрямів мають тенденцію до зростання в більшості розвинених країн світу (США, Сінгапур, Великобританія, Німеччина) і України в тому числі, оскільки стоматологічні послуги є найпопулярнішими [88] і в них має потребу 95-97% всього населення світу, а пластична хірургія – це вимога часу для заможних верств населення
Зростання конкуренції між регіонами та країнами за медичних туристів внаслідок підвищення вимог споживачів при виборі медико-туристичних послуг	Зростаюча обізнаність і вимогливість споживачів на ринку медичного туризму матимуть наслідком зростання конкуренції між основними гравцями даного ринку, що зумовить подальше зростання якісних показників при наданні медичних послуг і, в свою чергу, сприятиме новим туристичним потокам.
Наслідки світової фінансово-економічної кризи	Хоча „медичний туризм не має імунітету від рецесії” [89], проте світова фінансова криза заклала стимули для розвитку у перспективі. В умовах економічного спаду кожен уряд опинився перед необхідністю скорочення державних видатків, у тому числі і на медичне обслуговування, тому багато пацієнтів будуть розглядати лікування за кордоном як цілком реальний варіант.

СПИСОК ЕКСПЕРТІВ, ЩО ПРИЙМАЛИ УЧАСТЬ У ВИЗНАЧЕННІ ВАГОМОСТІ ПІДСИСТЕМ РЕГІОНАЛЬНОГО
РИНКУ МЕДИЧНОГО ТУРИЗМУ

1. Начальник управління охорони здоров'я Луцької міської ради
2. Провідний спеціаліст управління культури і туризму Волинської облдержадміністрації
3. Начальник головного управління промисловості та розвитку інфраструктури Волинської облдержадміністрації
4. Завідувач кафедри економіки та підприємництва Луцького НТУ, д.е.н, професор
5. Керівник громадської Організації "Інститут аналізу державної та регіональної політики"
6. Директор ТОВ „Протезист” (м.Луцьк)
7. Завідувач кафедри туризму та готельного господарства Східноєвропейського університету ім.Лесі Українки,
д.г.н., професор

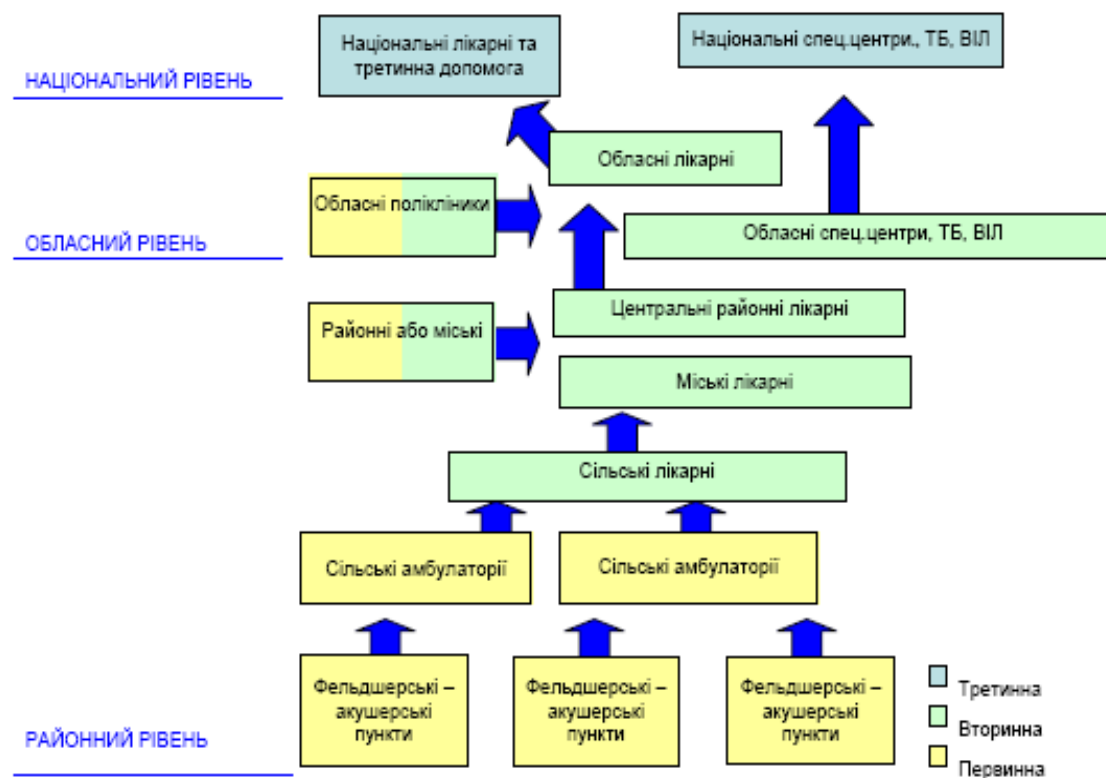


Рис. Б.2.1. Рівні медичної допомоги населенню [103, с.47]

Додаток Б.2.2
Таблиця Б.2.2

Основні показники діяльності закладів третинної медичної допомоги
у 2011 р. [103]

Лікарняні заклади	Кількість закладів	Кількість ліжок	Середньо-річні ліжка	Надійшло хворих	У т.ч. сільських жителів	Проведено усіма хворими ліжко-днів	Середнє перебування хворого на ліжку
Обласні лікарні	27	20860	20973,02	684566	261814	7268816	10,6
Дитячі обласні лікарні	29	11 777	11513,30	376926	148272	376377	10,0
Госпіталі для ІВВВ	32	7248	7261,11	143799	46501	2527 483	17,6
Спеціалізовані лікарні (всього), у т.ч:	126	17471	17533,90	329 739	67764	5214536	15,8
інфекційні для дорослих	24	3817	3836,40	116624	17534	948427	8,1
інфекційні для дітей	6	870	870,00	29734	6992	241898	7,2
туберкульозні для дорослих	39	5615	5648,00	17713	6845	1770202	99,9
туберкульозні для дітей	3	290	305,00	1022	223	85202	83,4
офтальмологічні	3	535	535,00	27631	5423	138982	5,0
відновного лікування	12	1293	1300,50	24047	7531	418772	17,4
центри боротьби зі СНІДом	8	274	280,00	3387	905	83600	24,7
інші спеціалізовані центри	31	4777	4759,00	109581	22311	1554453	14,2
Клініки НДІ	17	2545	2545	58507	8055	829881	14,2
Лепрозорії	1	100	100,00	0	0	5069	0
Диспансери(всього), у т.ч:	349	37770	38513,43	604965	192232	12985238	21,5
протитуберкульозні	109	15979	16065,00	61863	23369	5267156	85,1
онкологічні	40	10079	10103,00	273791	82804	3595621	13,1
Шкірно-венерологічні	73	3540	3841,43	73217	17717	1227415	16,8
психоневрологічні	27	1465	1557,00	24731	5726	542080	21,9
Лікарсько-фізкультурні	24	30	30,00	683	0	10023	14,7
Ендокринологічні	7	465	468,00	14024	6681	164408	11,7
наркологічні	40	3479	3596,50	75036	20851	1223288	16,3
кардіологічні	15	1873	2006,00	61767	28188	679956	32,6
радіаційного захисту населення	7	860	857,00	19853	6896	275291	9,8
Психіатричні лікарні	84	38874	30559,10	264491	82466	13373143	50,6
Наркологічні лікарні	5	438	456,00	11376	755	142420	12,5
Госпропорозрахункові лікарняні заклади	2	29	29,00	151	3	1339	8,9
Інші лікарняні заклади	3	150	209	6981	1068	68033	9,7
Всього	668	137262	-	2481501	808 930	-	-

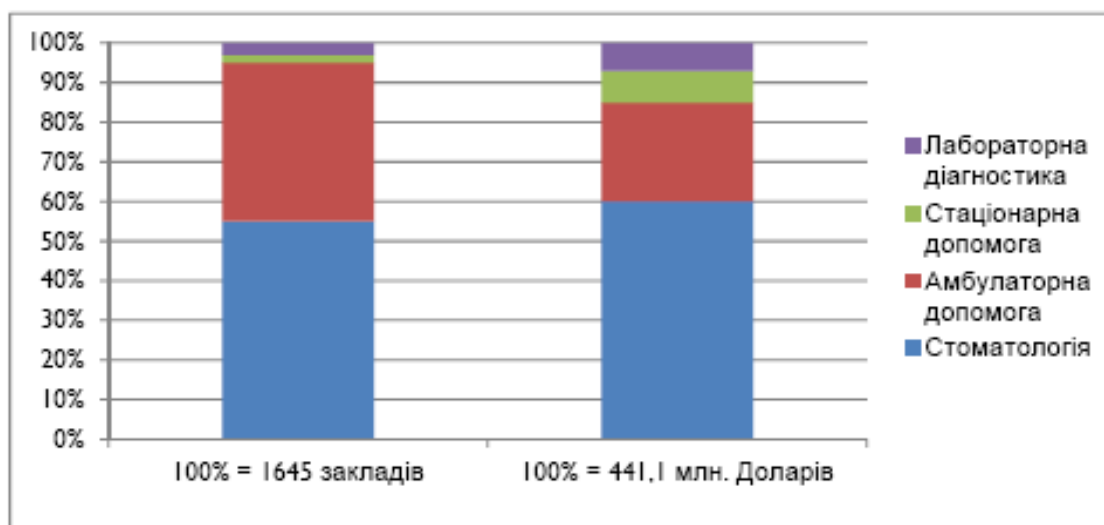


Рис. Б.3. Приватні постачальники медичних послуг та їх річні продажі у 2010 році [103, с. 51]

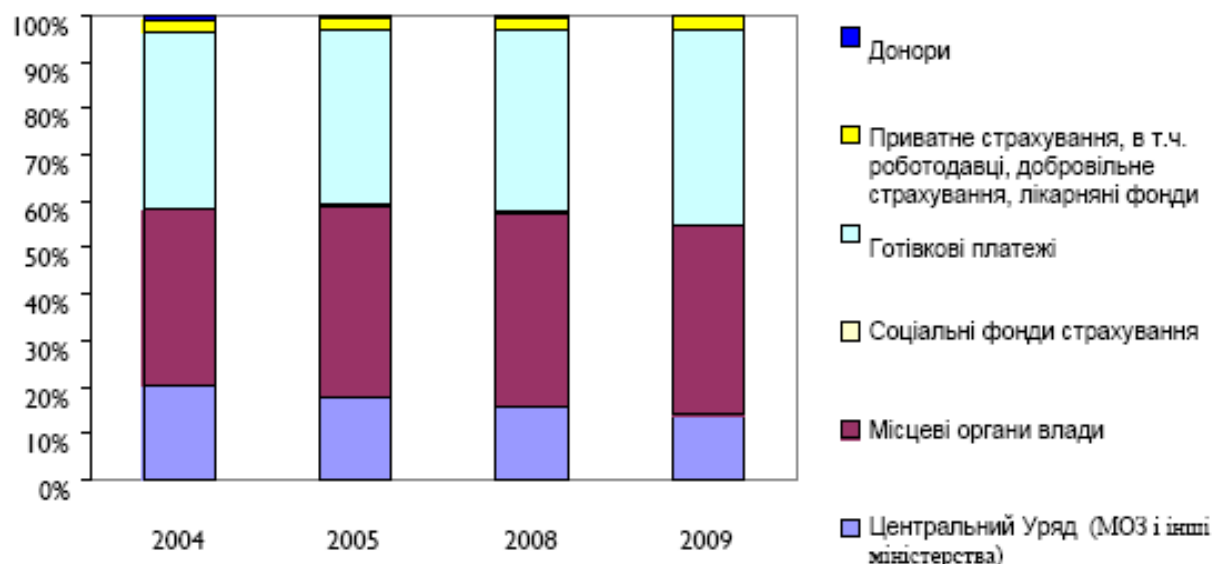


Рис. Б.4. Тенденції у джерелах фінансування охорони здоров'я в Україні [103, с. 34]

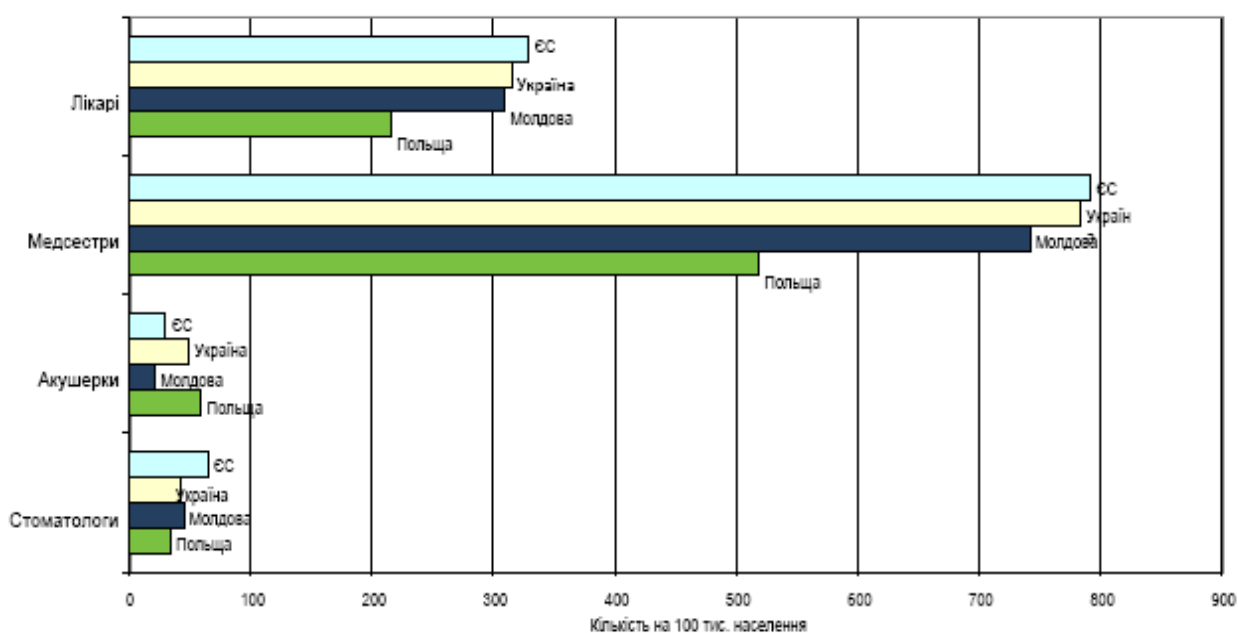


Рис. Б.5. Кількість лікарів, медсестер, акушерок, стоматологів на 100 тис. населення в Україні і окремих інших країнах [103, с. 64].

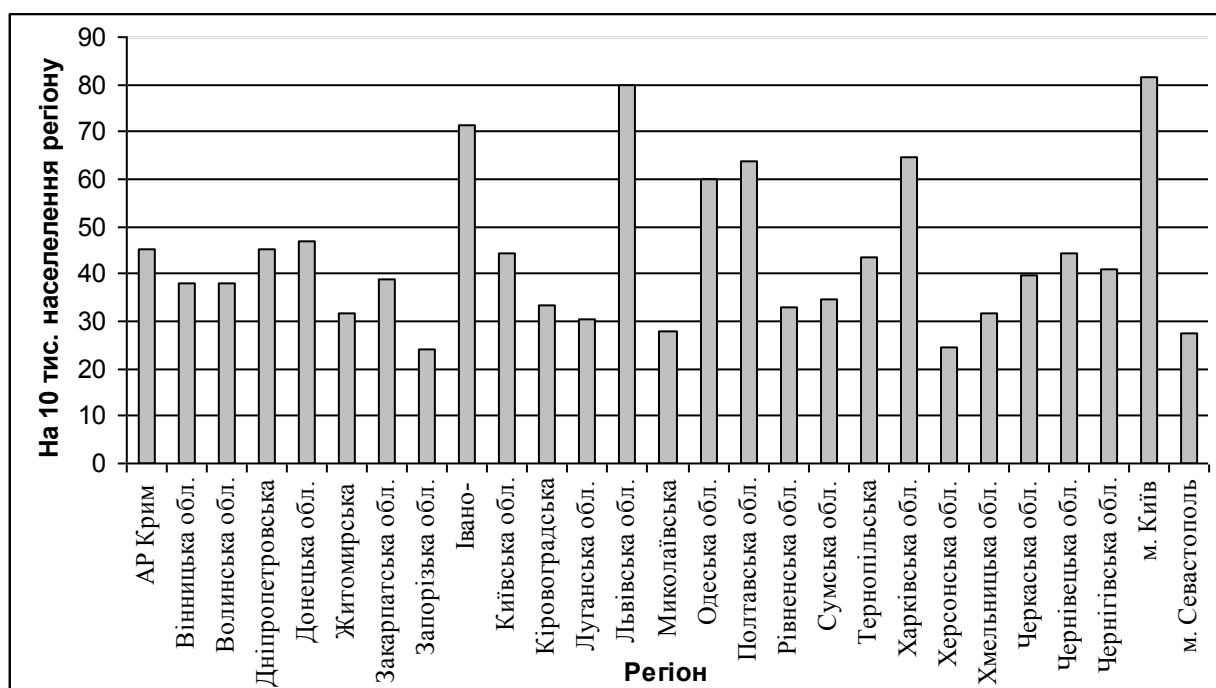


Рис. Б.6. Кількість стоматологів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону у 2011 р. [104]

Додаток Б.7

Кількість лікарів в розрахунку на 100 000 осіб населення (за даними [104])

Додаток Б.7.1

Таблиця Б.7.1

Кількість хірургів на 100 000 осіб населення регіону

Роки	А Р Крим	Вінницька обл.	Волинська обл.	Дніпро- петровська	Донецька обл.	Жито- мирська обл.	Закар- патська обл	Запорізька обл.	Івано-Фран- ківська	Київська обл.	Кірово- градська	Лугансь- ка обл.	Львівська обл.	Мико- лаївська обл.
1990	53,5	45	51,5	55,4	54	44,1	36,4	57,2	46,1	35,4	49,4	55,7	45,2	55,1
1991	56,9	48,1	53,9	63,5	60,3	49,3	39,7	70,1	51,2	40,3	51,8	60,3	48,8	60,4
1992	58,9	50,9	56,1	67,6	63,1	52,6	39,9	74,6	52,5	41,8	53,3	62,1	49,6	63,6
1993	61,1	53,4	58,3	71	64,9	53,1	40,9	78,7	53,7	42,7	53,8	64	50,9	64,6
1994	65	53,6	58,5	72,9	66,4	53,8	40	83,3	53,6	43,1	52,1	63,3	51,8	66
1995	66,8	53,9	59,1	72,9	66,5	54,7	40,4	86,3	54,6	43,8	53,3	63,7	52,6	63,6
1996	62,3	50,8	55,8	60	60,7	48,8	39,8	78,7	55	41,1	51,1	55,9	49,9	54,3
1997	60,5	49,2	55,3	56,2	58,7	49,3	38,9	74,8	52,1	50,9	48	55,3	51,3	51,8
1998	59	50,4	56,4	58	58,9	52,3	39,1	72,6	53,3	50,8	48,3	55,3	51,7	52,2
1999	60,9	51,9	57,6	59,2	57,5	53,6	38,9	77	55,2	50,5	50,2	55,4	52,5	53
2000	61,3	53,3	59,3	60	58,5	54,3	38,3	79,7	56	53,2	51,3	56,6	53,3	54,3
2001	62,13	54,44	59,59	60,91	58,2	55,04	37,66	78,05	57,56	54,98	52,36	57,51	53,66	55,51
2002	1292,7	972,25	638,25	2239,5	2843,7	781	492	1542	837,25	988,75	595	1502,7	1452	709
2003	1282	983,5	654,75	2287,75	2881,7	770	490	1577	858,25	1003	593,25	1500,7	1477,25	716
2004	1289,7	996,75	670,25	2296	2914,5	777,25	514,25	1554,75	875,5	1027,25	594,5	1480,5	1507,5	719
2005	1300,7	1001,25	677,25	2414,25	3010,2	778,75	510	1529	894,25	1032,75	617	1497	1532	709,5
2007	1311,7	1001	674,75	2438,75	3070	783,5	510	1430,25	924	1066,75	585	1474,2	1560,75	725
2008	1326	1027	679	2438	3078	783	523	1435	921	1085	598	1479	1614	749
2009	1314	1012,5	671,75	2433,25	3096	800,5	529,5	1443,75	940,25	1076	594	1470	1621,75	736,5
2010	1341,7	1006,5	678	2418	3064,7	785	532,25	1426	935	1076,5	583,25	1455,2	1642	732,5
2011	1343,5	984,75	674,75	2351,25	3036,7	774	536,5	1415,25	945,75	1099	582,5	1449,5	1657,5	734

Продовження таблиці Б.7.1

Одеська обл.	Полтавська обл.	Рівненська обл.	Сумська обл.	Тернопільська	Харківська обл.	Херсонська обл.	Хмельницька обл.	Черкаська обл.	Чернівецька обл.	Ченігівська обл.	м. Київ	м. Севас-тополь
48,9	44,4	47,9	46,7	48,6	48,1	46,3	45,3	43,6	48,1	41,7	92,6	63,8
52	49,4	53,7	48,8	52,6	53,3	53,1	49,4	46,3	51,8	44,1	97,4	67
53,2	50	57,1	50	52,3	56,8	55	51,1	48,4	52	45,9	98,7	72,5
53,3	52,1	55,7	50,6	56	58,8	55,4	51,3	50,4	50,9	46,6	85,5	75,9
52,4	53,1	56,2	50,7	55,9	60,2	57,2	50,2	50,5	51,2	46,8	89	79,2
52,8	54,3	58	51,2	55,5	61,1	58,3	50,5	50,8	53,6	46,5	96,2	75,1
48	53	54,7	48,7	52,7	54,4	52,1	43,1	45,9	52,8	45,4	81,2	69,2
47,4	49,9	53,1	48	54	53,7	49,5	45,1	46,1	52,8	45,8	71	68,2
49,1	50,2	56,3	47,5	53,7	56,2	49,1	46,3	47,3	53,3	45,8	76,6	67,1
49	49,9	56,6	46,4	56	56,2	49,3	48,9	48,8	54,4	48	79,9	69,5
49,5	50,4	58	47,3	56,5	53,8	49,3	47,3	49,6	55,4	49,8	79,5	68,2
49,54	50,34	58,76	47,79	56,95	54,73	48,31	48,19	50,16	58,58	50,22	80,72	69,35
1255,25	832,5	711,5	635,75	654,75	1595	583,75	702,5	707,75	553,75	639	2138,2	270,75
1264	827,25	712	647,5	648,5	1624,5	600	726	725,25	564,75	651	2201	278,25
1284,25	832,5	727,25	643	659,75	1626	598,75	732,75	730,5	577	648,25	2291,5	279
1315,25	815,75	729	650,25	669,25	1648,5	622,5	736,75	736,25	582,25	643,5	2306,7	277,5
1345,5	819,75	755,75	648,25	687	1661,5	624,5	759,25	749	584,5	647,75	2289,7	281,75
1391	837	763	656	690	1701	628	778	763	600	652	2424	283
1404,25	817,5	771,5	650,5	698	1714,5	643,75	788	760,25	597,75	636	2440,5	288,75
1405,5	812,25	759,5	653,75	701,5	1705,2	653	799,25	760	610,25	624,25	2419	287,75
1378,75	806	744,75	660,75	697,5	1691,7	644,5	800,5	764,75	620	631,5	2458,7	296,75

Додаток Б.7.2

Таблиця Б.7.2

Кількість акушерів і гінекологів на 100 000 осіб населення регіону

Роки	А Р Крим	Вінницька обл.	Волинська обл.	Дніпро- петровська	Донецька обл.	Жито- мирська обл.	Закар- патська обл	Запорізька обл.	Івано-Фран- ківська	Київська обл.	Кірово- градська	Лугансь- ка обл.	Львівська обл.	Мико- лаївська обл.
1990	27,4	23,3	21,3	26,4	26,6	19,8	17,5	26,5	22,1	21,1	23,3	26,8	20,9	22,5
1991	28	24,5	22,1	28,5	27,8	20,3	17,6	28,5	22,8	22,1	23,5	27,5	21,5	25,6
1992	28	24,7	22,4	28,4	28,5	20,9	17,4	31,1	24,2	22,8	24,2	27,9	22,2	25,4
1993	28,5	24,9	23	29,3	28,9	21,5	17,3	32,8	24,5	23,4	24,4	28	21,9	25,2
1994	28,7	25,2	23,4	29,1	29,2	20,7	17	32,1	23,8	23,1	24,1	28,1	21,8	25,9
1995	27,8	24,4	24,3	29,2	28,8	21,7	16,2	33	23,9	22,8	23,4	28,5	21,7	25,3
1996	26,9	23,3	23,2	25,2	26,8	20,7	16	31,3	24,2	21,2	23,4	25	20,8	22,9
1997	27,7	21,6	22,4	23,4	26,5	21	15,3	27,2	23,6	22,6	21,8	25,5	21,1	20,2
1998	26,8	22,5	22,2	24,1	27,4	20,8	15,5	27,1	24	22,7	21,2	25,5	21,3	19,9
1999	27,6	23,5	23,2	24,7	27,3	20,8	15,9	27,5	25,1	23,2	21,4	25,3	21,5	20,4
2000	27,5	23,9	23,6	25,1	27	20,9	15,4	27,7	24,8	23,8	22,1	25,9	21,9	20,4
2001	27,59	24,31	24,82	25,33	26,63	20,99	15,58	27,62	24,98	24,02	21,88	26,44	21,84	20,32
2002	28,65	24,66	24,85	26,27	27,08	21,15	15,4	27,71	25,66	23,99	23,07	27,26	22,72	21,21
2003	28,8	24,93	24,54	26,63	27,57	21,41	16,38	27,75	26,25	23,73	24	28,15	23,18	21,76
2004	28,59	25,33	24,73	26,71	27,98	21,69	16,5	28,02	26,28	24,53	24,27	28,38	23,87	21,79
2005	29,42	25,77	25,37	27,61	28,56	22,07	17,24	27,87	26,51	24,64	25,38	28,9	24,2	22,29
2007	29,12	26,32	25,66	27,82	28,94	22,41	17,46	27,44	26,9	25,15	25,23	29,36	24,72	25,21
2008	29	26	25	28	28	22	17	27	26	25	25	29	24	26
2009	29,03	25,28	25,97	28,01	29,09	22,68	17,41	26,96	26,83	25,31	24,87	29,01	25,17	25,07
2010	29,03	25,2	26,37	27,94	29,11	22,87	17,46	26,67	26,43	25,54	24,51	28,71	25,21	25,52
2011	29,07	25,47	26,55	26,76	28,6	22,53	17,21	26,89	26,68	25,82	24,85	27,8	25,42	25,27

Продовження таблиці Б.7.2

Одеська обл.	Полтавська обл.	Рівненська обл.	Сумська обл.	Тернопільська	Харківська обл.	Херсонська обл.	Хмельницька обл.	Черкаська обл.	Чернівецька обл.	Ченігівська обл.	м. Київ	м. Севастополь
25,3	20,8	22,2	20,2	19,6	24	23,4	18,5	20,8	20,2	16	34,6	34,7
26,1	21,4	25,2	20,8	20	25,7	25,2	19,9	21,7	21,5	17,1	35	34,5
26,7	21,6	25,6	20,6	20,1	26,7	24,5	20	22,4	22	17,3	33,4	44,4
27,5	22	25,6	20,5	20,5	27,1	24,1	20,4	22,7	23	17,3	32,7	38,9
27,2	21,4	25,9	20,9	20,3	26,8	24,4	20,3	22,6	22,2	17,4	32,8	40,1
27,2	21,8	26,3	20,9	20,4	26,8	24,4	20,3	22,3	22,4	17,5	33,4	38,8
23,4	20,9	25	20,5	19,1	24	22,5	17,4	19,8	21,8	17,3	28	37,4
22,6	19,1	24	19,6	19,6	23,6	22,4	17,8	19,8	21,9	17,2	26,8	35,3
23	19,1	25	19,1	19,7	23,9	22,2	17,5	20,1	21,9	17,8	28,5	35
23,2	20,6	24,9	19,8	19,7	24,7	22,3	18,3	20,2	22,4	17,7	29,3	36
23,6	21,5	24	20,1	19,8	24,5	22,6	18,7	20,7	22	17,6	29,9	35,3
23,71	21,77	24,26	20,59	19,98	25,02	22,29	19,34	20,68	22,21	17,32	31,07	35,32
24,38	22,41	25,78	20,71	20,28	25,65	23,77	19,21	22,09	23,26	18,26	31,84	36,55
24	22,67	25,39	20,86	20,3	25,89	23,62	19,87	22,94	23,31	18,74	31,93	36,27
24,27	22,61	25,33	21,8	20,51	25,92	24,32	20,11	22,92	23,28	19,38	32,54	36,18
24,42	23,55	26,33	22,01	20,9	26,53	24	20,4	23,28	23,34	20,04	32,81	36,2
25,13	23,38	27,04	22,06	20,75	27,23	23,94	22,03	23,63	23,79	20,58	32,48	37,22
25	23	26	22	22	27	24	22	23	24	20	32	35
25,07	23,33	27,09	22,11	22,52	27,46	24,61	22,17	23,44	23,97	20,84	31,24	35,6
25,01	23,67	26,77	22,34	22,64	27,81	25,23	23,46	23,62	24,16	20,92	31,63	34,58
24,73	23,77	26,62	23	22,44	27,36	25,65	22,8	24,2	24,22	20,65	31,43	35,39

Додаток Б.7.3

Таблиця Б.7.3

Кількість педіатрів на 100 000 осіб населення регіону

Роки	А Р Крим	Вінницька обл.	Волинська обл.	Дніпро- петровська	Донецька обл.	Жито- мирська обл.	Закар- патська обл	Запорізька обл.	Івано-Фран- ківська	Київська обл.	Кірово- градська	Лугансь- ка обл.	Львівська обл.	Мико- лаївська обл.
1990	48,3	38,1	38	47,5	47,8	35,9	42,2	45,5	44	36,6	42,8	41,9	42,7	45,3
1991	48	39,3	38,6	51,5	48,9	38,4	43	52,4	45,2	38	43,7	43,9	41,9	48,2
1992	47,6	39,3	40,3	51,3	49	39,2	42,6	48,2	45,5	39,2	42,8	43,1	41,2	47,9
1993	47,2	38,7	39,7	50,1	48,6	37,8	42,9	47,8	43,4	39	41,1	43,3	41,7	47
1994	48,7	37,8	37,8	49,2	48,4	36	43,3	47,5	43,1	38,7	40,6	42	40,3	45,2
1995	47,4	36,3	38,7	48,4	46,4	36,7	41,1	47,2	43,2	39	38,8	41,8	39,6	42,1
1996	40,6	32,9	36	38	41,3	33,6	40,6	44,6	40,8	35,2	35,3	34,8	34,8	37,1
1997	39,1	31	33,2	34,1	38,9	31,3	37,8	38,1	39,1	33,1	33,2	35,5	34,5	30,4
1998	37,5	31,9	33,2	33,9	38,2	32,2	37	38,9	38,5	32,7	31,6	34,6	32,1	32,1
1999	37,2	31,2	33,1	33,3	36,4	31,5	36,8	40,5	36,1	31,4	31,9	33,7	33,6	31,5
2000	36,6	30,9	32,6	33,1	35	30,9	35,5	36,7	35,3	30,9	31,9	33,5	33,2	30
2001	36,57	30,19	29,94	32,14	32,58	30,65	31,33	35,78	30,59	30,22	30,86	32,01	31,8	27,48
2002	37,06	29,69	29,56	33,31	32,16	31,34	28,7	34,45	27,39	29,66	29,39	32,23	31,81	27,97
2003	36,87	28,87	28,75	32,05	31,69	31,62	26,18	32,83	25,73	29,28	29,28	31,72	31,4	26,48
2004	36,02	27,68	28,67	31,52	31,22	30	24,56	32,63	26,08	29,88	28,45	30,69	30,97	25,86
2005	33,75	26,88	28,52	32,48	30,54	28,99	23,54	32,82	25,52	29,68	27,9	30,75	29,01	25,21
2007	30,6	23,66	27,28	31,32	29,68	27,75	20,65	33,76	25,31	27,26	26,93	29,52	27,14	25,57
2008	29	21	25	31	29	29	17	31	23	27	26	29	25	25
2009	30,14	19,74	24,54	30,91	28,1	29,42	16,28	32,26	24,44	26,66	26,67	29,56	25	24,42
2010	29,34	19,34	24,46	29,5	27,96	28,64	15,41	32,2	24,53	25,72	27,03	29,44	24,4	24,69
2011	29,12	17,81	23,43	10,74	26,95	28,65	14,42	31,62	23,79	25,22	25,85	28,59	24,26	24,52

Продовження таблиці Б.7.3

Одеська обл.	Полтавська обл.	Рівненська обл.	Сумська обл.	Тернопільська	Харківська обл.	Херсонська обл.	Хмельницька обл.	Черкаська обл.	Чернівецька обл.	Ченігівська обл.	м. Київ	м. Севас-тополь
44,5	39,5	33,2	33,4	38,9	42,8	42,7	36,5	39,8	42,3	36,6	64,3	62,8
44,5	41	34,4	35,5	39,1	44,3	46,8	38,4	41,4	41	36,8	62,8	62,4
42,1	41,1	34,2	36,2	39,1	44,1	48,3	37,8	41,6	41,1	38	62	63,2
40,6	41,1	32,6	36,6	39,3	43,9	47,7	36,7	41,7	41,1	38,9	56,7	64,4
40,2	40,2	33,2	35,7	39,4	43,1	46,1	37,6	41	39,6	38,1	57,1	62,7
38,1	40,5	33,2	33,7	38,5	43,6	44	36,5	40,1	38,3	38,6	58,7	64,1
33	36,2	28,7	29,3	37,2	36,6	37,3	27,8	36,7	35,5	35,1	46,7	52,6
31,2	33	27,7	25,6	36,2	34,6	35,2	28,7	36	36,6	33,8	44,4	49,3
32,1	33,1	27,1	24,8	34,8	34,5	34,3	27,9	34,7	37	34	46	48
31,8	32,9	26,6	25,8	33,4	33,5	33,5	28,6	33,8	34,6	32,6	45,5	45,2
31,5	32,3	26,3	26,2	35,5	32	32,3	28,5	33,1	31,3	32,9	47	45
30,72	30,66	26,99	26,23	31,87	30,53	31,53	28,44	32,13	30,07	31,97	49,58	44,52
30,98	30,88	25,61	26,31	31,39	28,76	32,7	28,3	32,62	29,52	32,34	49,87	46,52
30,69	30,01	24,78	24,99	29,91	26,35	32,14	27,06	31,43	28,39	31,48	51,28	47,76
30,11	29,85	24,73	24,38	27,86	22,88	31,23	27,2	30,33	27,14	30,97	51,36	46
27,86	29,75	24,93	24,2	26,58	23,02	29,58	27,49	29,96	24,75	30,07	50,06	45,41
27,43	28,99	24,96	22,96	24,4	23,33	27,82	28,25	29,31	19,27	29,47	48,17	43,97
28	28	24	22	24	23	28	27	29	19	28	47	43
28,36	26,66	25,33	21,58	24,11	23,6	27,63	27	27,72	18,56	28,24	46,84	41,35
27,45	26,74	24,6	21,97	23,96	23,61	27,03	27,57	27,66	18	27,55	46,97	41,58
25,13	26,46	24,04	20,76	22,51	23,58	27,01	27,13	26,79	15,79	27,25	45,74	41,52

Додаток Б.7.4

Таблиця Б.7.4

Кількість психіатрів на 100 000 осіб населення регіону

Роки	А Р Крим	Вінницька	Волинська	Дніпро-петровська	Донецька	Жито-мирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська обл.	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська
1990	10,8	8,7	10,6	11,9	10,8	8,1	5,6	9,4	8,3	8	9,6	9,7	7,7	7,3
1991	10,9	9,3	11,1	12,6	11,3	8	5,7	9,6	8,5	8,1	10,2	9,9	8,5	7,9
1992	10,8	9,4	11,1	13	11	7,6	5,1	9,2	8	8,3	10,2	10,3	8,6	8,4
1993	10,9	9,2	10,8	12,8	11	10,4	5	10,2	7,7	8,2	9,7	9,9	8,6	7,7
1994	11,5	9,3	10,5	13,3	10,6	8,2	4,8	9,3	7,6	9,3	9,1	9,2	8,9	7,7
1995	11,5	9,1	10,4	12,4	10,1	8	4,8	9,5	7,6	7,6	9,2	9,5	9,1	7,8
1996	10,6	7,6	9	9,4	9,5	8,1	4,7	9	7,8	6,6	7,3	8,7	8,4	6,4
1997	11,5	7,9	9,1	9,7	9,4	7,2	4,9	8,9	7,2	6,2	7,7	8,8	8,2	5,9
1998	11,1	7,7	8,3	10,4	9,5	7,2	4,8	9,1	7,5	6,2	7,5	9,3	8,2	5,9
1999	10,9	8	8,2	10,2	9,6	7,5	5,1	9,4	7,5	6,3	7,8	8,9	8,3	6,6
2000	10,3	7,9	7,9	10,2	9,3	7,1	5,1	9,1	7	6,3	7,8	9,5	8,3	6,8
2001	10,37	7,82	7,68	10,43	9,16	7,08	4,69	8,65	6,93	6,09	7,56	9,6	8,24	6,7
2002	10,68	8,08	7,99	11,02	9,46	7,73	4,88	9,1	6,88	6,11	7,53	9,97	8,35	6,66
2003	10,84	7,81	7,74	11,02	9,56	7,4	4,89	9,59	6,88	6,38	7,61	10,09	8,59	6,31
2004	10,94	7,95	7,77	10,07	9,8	7,52	4,76	8,95	7,32	6,57	7,52	10,07	8,62	6,71
2005	10,82	8,23	7,83	10,02	9,82	7,5	4,99	9,38	7,41	6,5	7,19	9,94	8,53	6,56
2007	10,83	8,44	7,55	10,14	9,94	7,46	5,18	9,54	7,25	6,96	6,94	10,18	8,52	6,44
2008	10	8	7	10	9	7	5	9	7	6	7	9	8	6
2009	10,29	8,37	7,67	10,25	9,97	7,75	5,54	9,28	7,42	6,67	7,49	10,06	8,59	5,91
2010	10,38	8,26	7,56	10,36	9,84	7,85	5,62	9,46	7,23	6,4	7,87	9,64	8,64	6
2011	9,98	8,17	7,82	9,62	9,91	7,46	5,31	8,95	6,81	6,37	7,53	9,82	8,73	6,31

Продовження таблиці Б.7.4

Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Ченігівська	м. Київ	м. Севас- тополь
10,1	8,2	6,7	9	10,2	9	7,9	7,4	9	7,9	8,3	11,2	10,3
9,6	8,5	6,8	9,3	8,8	8,9	8	7,8	9,2	8,2	8,3	11,1	11,1
9,7	8,6	6,7	8,6	9,3	9	7,4	7,5	9,3	8,3	8	11,3	11
10,2	8,5	7,1	8,4	9,2	9	7,3	7,4	9	6,8	9,1	11,7	11,3
10,3	8,7	7,3	8,5	9	9,2	7,5	7,5	8,9	7	9,5	12,1	10,9
10,2	8,8	6,5	7,9	8,6	9	7,4	7,3	8,9	7	8,9	13,1	10,9
8,6	8,3	5,8	8,2	8,8	8,9	6,5	6,3	8	6,6	6,8	10,2	10,8
8,2	7,4	5,3	8,1	8,8	8,4	6,5	6	7,7	5,9	6,8	8,7	11,5
8,8	7,2	4,9	8,5	8,1	8,5	5,9	5,5	7,8	6,1	6,9	9,6	11,1
9,3	7,7	4,9	8,8	8,3	8,4	6,3	5,8	7,9	6,6	7,2	10,5	11,4
8,8	7,4	5,3	8,5	8,2	7,5	6,2	5,7	8	6,5	7	10,6	10,2
8,83	7,41	5,36	8,43	7,87	7,64	6,59	6,03	8,35	6,09	7,55	12,08	10,81
8,86	7,83	5,49	8,36	7,81	7,68	6,45	6,29	8,41	6,56	7,83	11,94	11,63
8,54	7,88	5,8	8,3	7,68	7,66	6,49	6,35	8,58	6,66	7,7	11,31	11,03
9,33	7,78	5,84	8,5	7,52	7,82	6,31	6,37	8,57	6,63	7,8	12,03	11,02
9,47	7,6	5,56	8,58	7,76	8,17	6,67	6,51	8,76	6,63	7,67	12,44	11,01
8,73	7,94	5,34	8,71	7,76	8,12	6,58	6,63	8,75	6,66	7,65	11,67	10,86
9	7	5	9	7	8	6	6	8	6	7	11	11
9,39	7,94	5,43	9,32	7,85	8,15	6,11	6,48	7,82	6,35	7,54	11,22	11,23
8,7	7,62	5,75	9,45	7,68	8,52	6,39	6,69	7,72	6,24	7,34	12,66	9,7
8,26	7,35	5,9	9,06	7,59	8,5	6,52	6,64	7,42	6,37	8,29	12,35	10,55

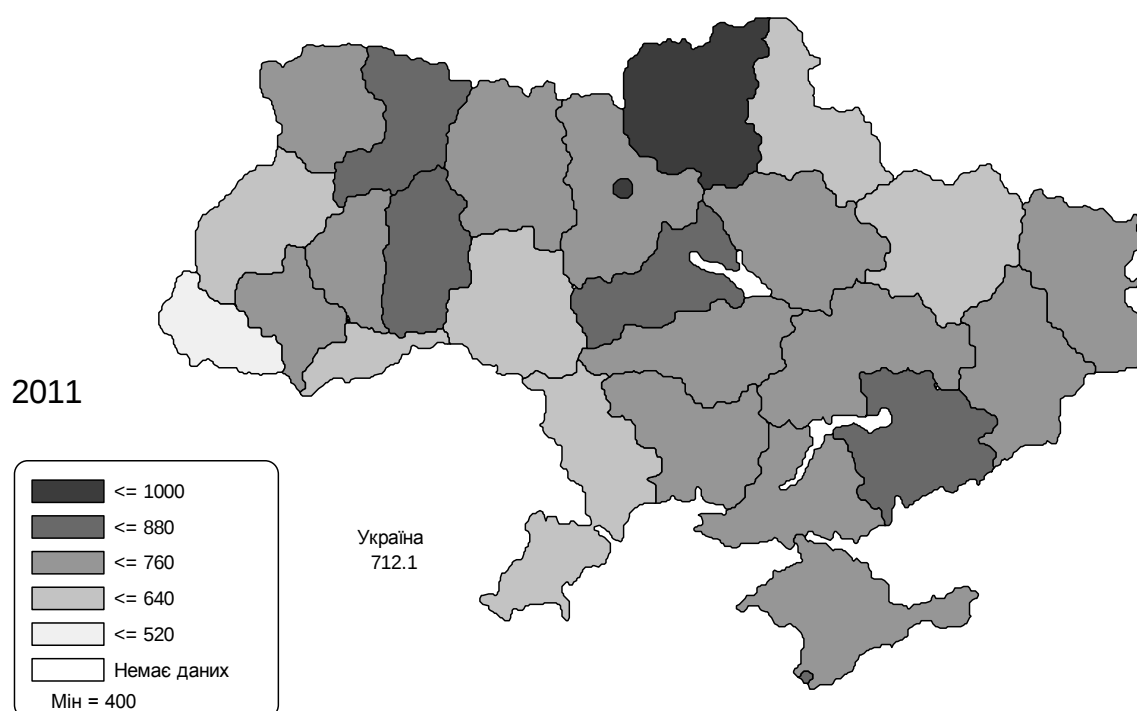


Рис. Б.8.1. Кількість операцій на органах травлення в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 році [104]

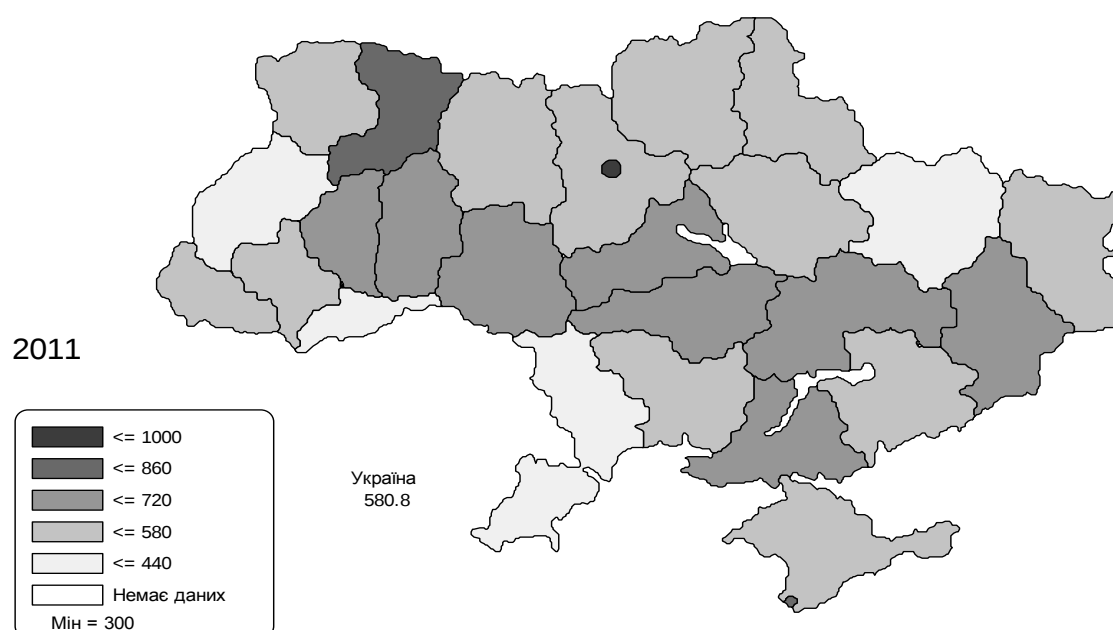


Рис. Б.8.2. Кількість операцій на кістково-м'язевій системі в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 році [104]

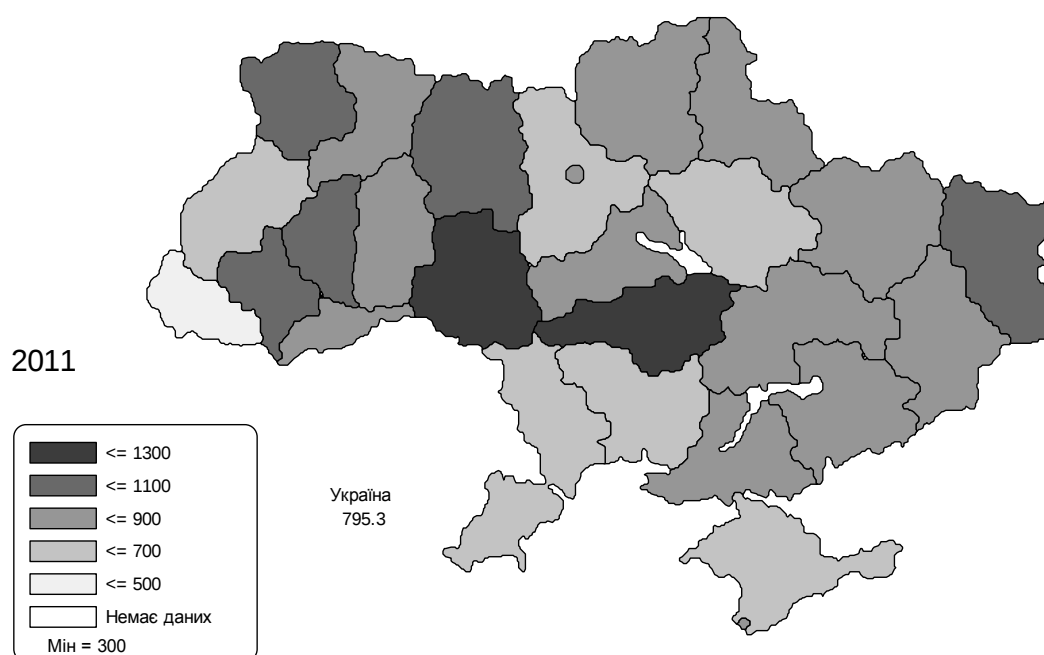


Рис. Б.8.3. Кількість операцій на шкірі та підшкірній клітковині в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 році [104]

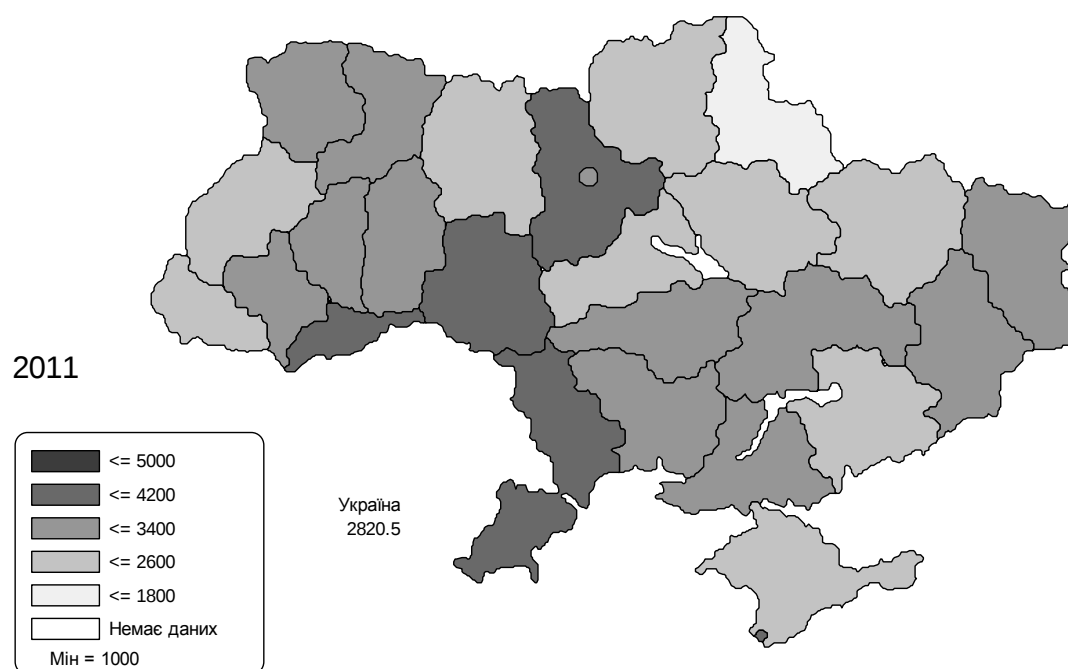


Рис. Б.8.4. Кількість акушерських операцій в розрахунку на 100 тис. жінок у 2011 році [104]

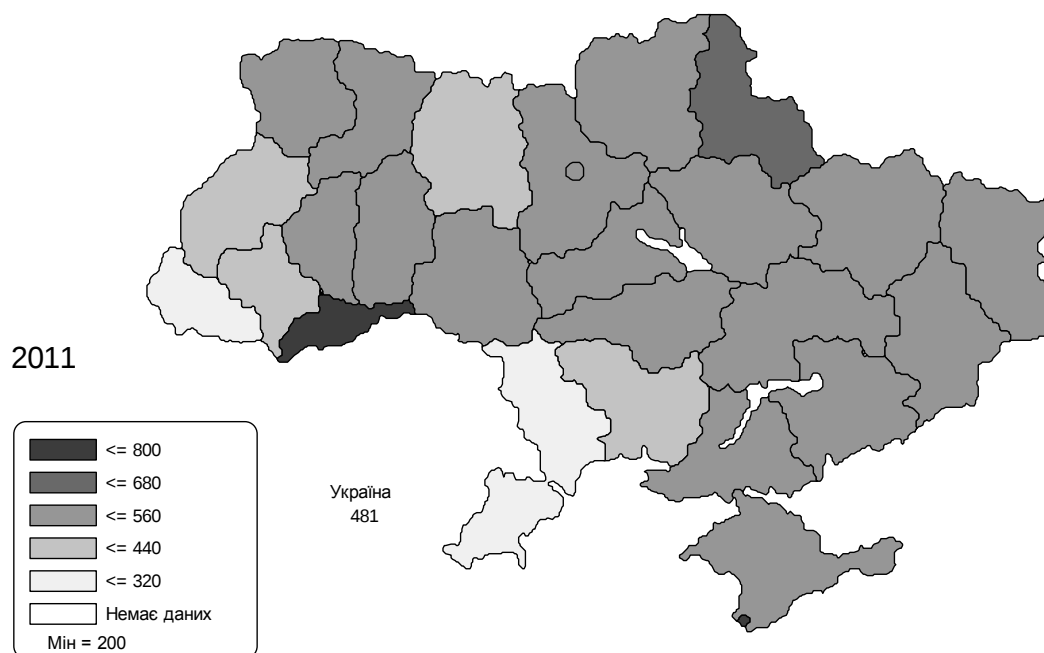


Рис. Б.8.5. Кількість операцій на вусі, горлі, носі в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 році [104]

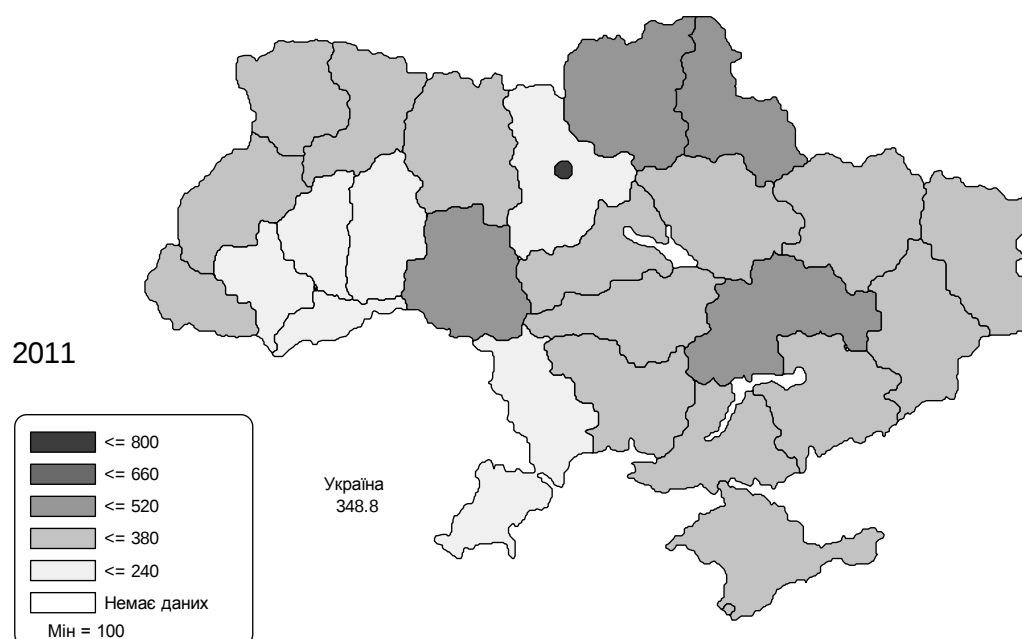


Рис. Б.8.6. Кількість операцій на органах зору в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіонів України у 2011 році [104]

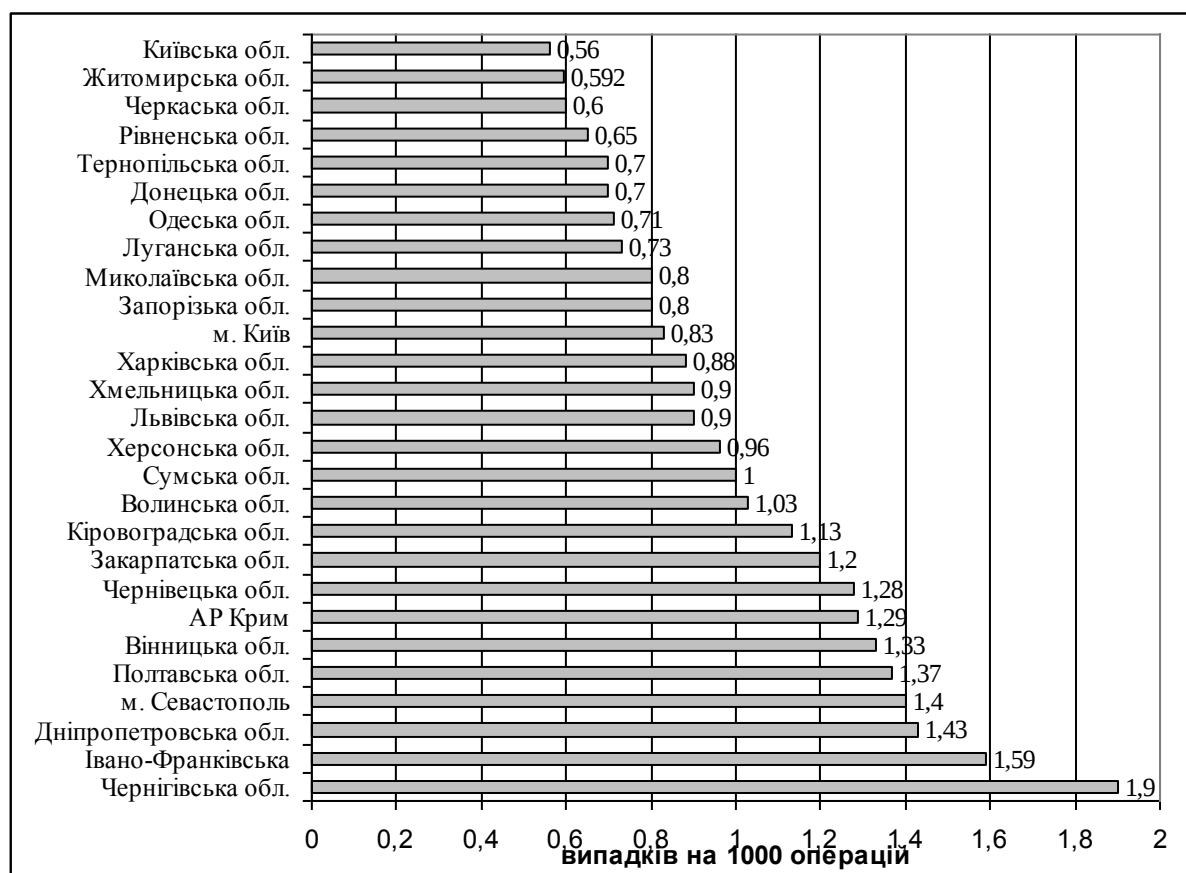


Рис. Б.9. Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології [104]

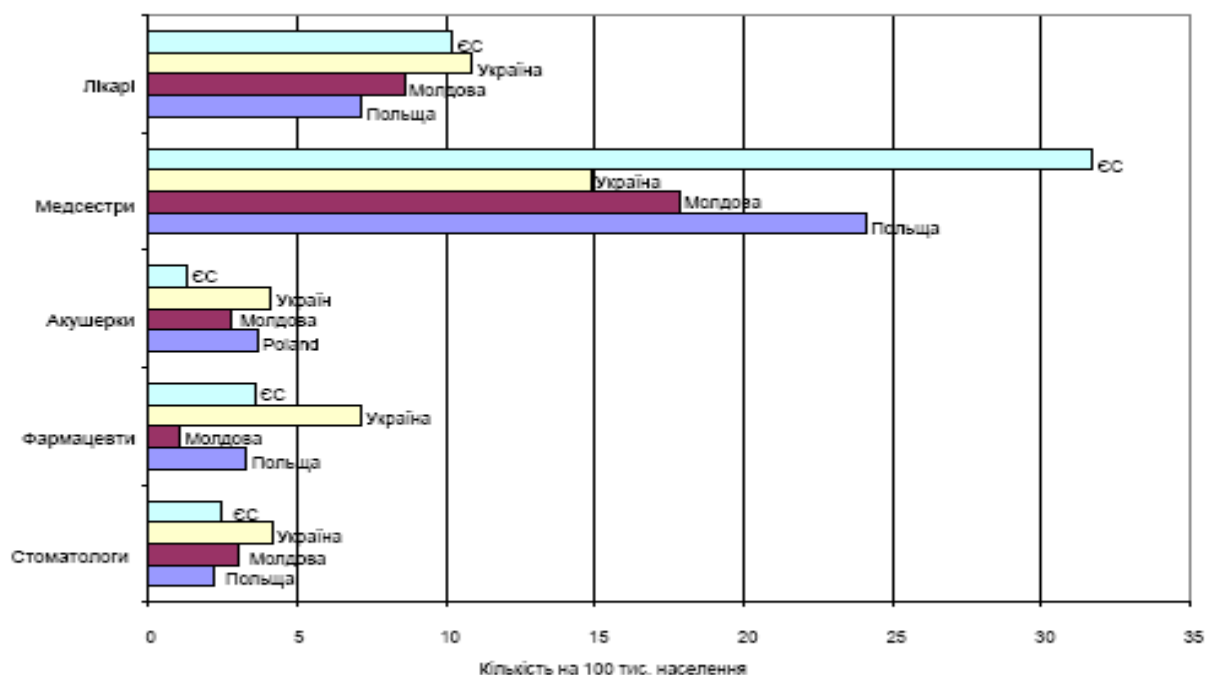


Рис. Б.10. Кількість випускників-медиків на 100 тис. населення в Україні та в деяких інших країнах у 2009 році [103, с.70]

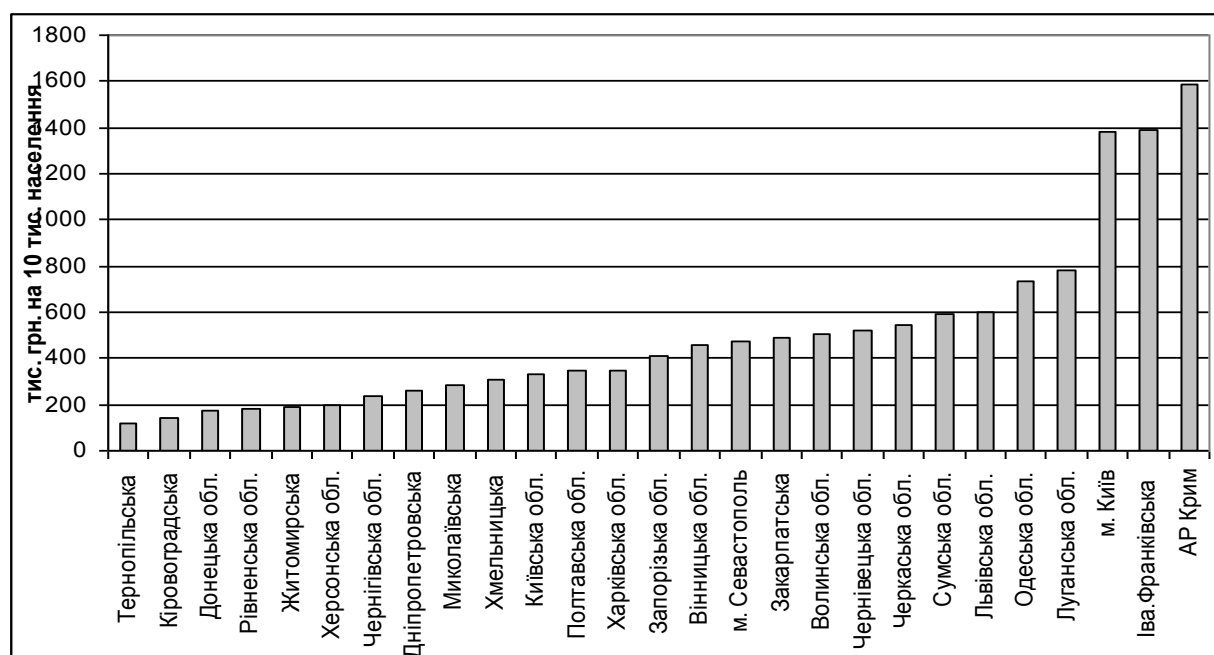


Рис. Б.11. Інвестиції в основний капітал закладів охорони здоров'я регіонів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (складено за даними [108, 109])

Таблиця Б.12

Часткові показники оцінки медичної підсистеми РРМТ регіонів України

МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, осіб в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (хірургічні спеціалісти)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (акушери і гінекологи)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (педіатри)	Кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (психіатри)	Кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (стоматологи)	Кількість середнього медперсона- лу в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій кістково- м'язової системи в стаціонарах регіону в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість операцій на шкірі та підшкірній клітковині в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Кількість акушерських операцій в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. жінок населення регіону	Кількість операцій на вусі/горлі/носі в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону
	M_1	M_2	M_3	M_4	M_5	M_6	M_7	M_8	M_9	M_{10}	M_{11}	M_{12}
АР Крим	53,3	1343,5	29,07	29,12	9,98	45,4	95	695,4	474,9	667,8	2455	470,3
Вінницька обл.	46,6	984,75	25,47	17,81	8,17	38,2	107,2	634,7	599,1	1248,1	3565,9	534,9
Волинська обл.	39,6	674,75	26,55	23,43	7,82	38,2	107,7	757,2	556,4	959,8	2706	447,3
Дніпропетровська обл.	47,7	2351,25	26,76	10,74	9,62	45,4	94,6	753,5	698,1	777,7	2767,4	500,6
Донецька обл.	46	3036,75	28,6	26,95	9,91	47	92,7	686,8	616,6	869,7	2864,9	480
Житомирська обл.	38,5	774	22,53	28,65	7,46	31,9	111,5	747,9	519,6	975,7	2347,5	375,3
Закарпатська обл.	40,6	536,5	17,21	14,42	5,31	38,9	91,8	467,7	492,6	394	2022,4	298,1
Запорізька обл.	48,3	1415,25	26,89	31,62	8,95	24,2	99,4	814,9	531,2	782	2599,5	531
Івано-Франківська обл.	45,6	945,75	26,68	23,79	6,81	71,2	109,9	733,1	579,8	915,1	2647,2	435
Київська обл.	33,4	1099	25,82	25,22	6,37	44,5	91,2	707,7	537,9	690,1	3409	534,7
Кіровоградська обл.	35,3	582,5	24,85	25,85	7,53	33,4	104,7	702,1	589,1	1120,1	3213	534
Луганська обл.	41,2	1449,5	27,8	28,59	9,82	30,4	96,5	740,3	572,8	1038,1	2726,3	545,8
Львівська обл.	51,9	1657,5	25,42	24,26	8,73	80	113,7	607,6	418,5	587,6	2217,9	355,1
Миколаївська обл.	36	734	25,27	24,52	6,31	27,9	84,8	687,7	564,4	597,3	3173,3	382,3
Одеська обл.	48	1375,75	24,73	25,13	8,26	60,2	92	637,2	438	604,4	3989,3	311,6
Полтавська обл.	46,9	806	23,77	26,46	7,35	63,6	101,6	698,2	542,7	631,7	2332,7	450,5
Рівненська обл.	38,9	744,75	26,62	24,04	5,9	33,1	115	801,3	724,2	710,7	2678,2	540,1
Сумська обл.	36,7	660,75	23	20,76	9,06	34,8	109,2	625,6	561,2	778	1521,3	606,6
Тернопільська обл.	47	697,5	22,44	22,51	7,59	43,4	112,8	714,1	656,7	906,2	3360,2	533,6
Харківська обл.	52	1691,75	27,36	23,58	8,5	64,5	95,3	607,4	427,8	796,6	2182	510,9
Херсонська обл.	34,9	644,5	25,65	27,01	6,52	24,6	94,2	750,5	710,9	836,7	3313,5	508,6
Хмельницька обл.	37,4	800,5	22,8	27,13	6,64	31,7	105,6	770,2	580,6	700,1	3063,8	491,7
Черкаська обл.	37,9	764,75	24,2	26,79	7,42	39,7	104,2	814,7	705	869,6	2066,5	532
Чернівецька обл.	47,2	620	24,22	15,79	6,37	44,2	105,7	566,2	352	801,9	3676,6	699,1
Чернігівська обл.	36,3	631,5	20,65	27,25	8,29	40,9	112,2	924,7	555,2	861,5	2587,1	539,8
м. Київ	81,5	2458,75	31,43	45,74	12,35	81,4	112,4	889,1	909	749,7	3358,2	476,9
м. Севастополь	48	296,75	35,39	41,52	10,55	27,4	99	767,8	746,2	740,1	4121,7	800

Продовж. табл. Б.12

МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Кількість операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону	Після-операційна летальність при гострій хірургічній патології	Кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Інвестиції в основний капітал закладів охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість оздоровлених осіб в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість оздоровлених осіб в розрахунку на 1 середньооблікового працівника медичних закладів	Експорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість зайнятого населення у сфері охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. нас.	Кількість вивільнених працівників у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я
	M_{13}	M_{14}	M_{15}	M_{16}	M_{17}	M_{18}	M_{19}	M_{20}	M_{21}	M_{22}	M_{23}	M_{24}
АР Крим	272,8	1,29	92,9	8593,08	1588,62	4542	24	183,100	0,000	417,62	3,46	103,2
Вінницька обл.	446	1,33	90,2	1141,43	457,47	406	17	9,310	0,000	324,76	0,90	99,1
Волинська обл.	293,4	1,03	84,2	418,73	503,28	268	23	4,303	0,000	292,13	1,08	106,3
Дніпропетровська обл.	450,6	1,43	109,9	715,55	263,72	466	49	0,120	0,000	262,25	0,58	105,1
Донецька обл.	377,4	0,7	90,9	785,76	174,83	585	39	0,130	0,028	271,60	1,33	107,1
Житомирська обл.	338,1	0,592	80,9	486,42	188,84	452	14	0,735	0,000	305,71	0,92	107,3
Закарпатська обл.	277,9	1,2	84,4	1803,49	487,09	662	27	11,033	0,000	252,53	0,43	102,6
Запорізька обл.	331,8	0,8	105,2	1427,21	407,26	1151	40	1,694	0,000	295,34	0,83	105,5
Івано-Франківська обл.	185,8	1,59	88,6	284,15	1389,98	255	19	0,026	0,000	287,72	0,50	103
Київська обл.	190,3	0,56	85,6	414,49	327,87	299	21	0,029	0,000	342,92	1,57	102,6
Кіровоградська обл.	295,1	1,13	96,3	127,61	144,95	170	30	0,060	0,000	303,96	0,95	103,7
Луганська обл.	359,1	0,73	99,1	416,58	780,47	220	27	0,013	0,000	259,24	1,17	108,9
Львівська обл.	328,6	0,9	96,3	3727,22	601,87	918	24	74,684	0,804	319,88	1,39	106,4
Миколаївська обл.	283,9	0,8	86,7	509,30	287,12	1078	46	0,030	0,070	258,60	0,84	107,9
Одеська обл.	204,1	0,71	91,7	1555,06	737,63	1121	33	50,954	0,754	296,40	0,77	105,2
Полтавська обл.	345,2	1,37	87,2	1385,48	344,26	446	27	4,273	0,095	311,20	1,40	105,2
Рівненська обл.	276,6	0,65	87,7	389,02	180,86	208	25	0,154	0,013	306,29	0,87	108,6
Сумська обл.	465,6	1	90,8	311,34	593,31	149	26	0,013	0,014	301,33	1,17	105,4
Тернопільська обл.	185,8	0,7	93	335,64	116,72	153	16	0,212	0,743	302,56	1,21	106,1
Харківська обл.	371,3	0,88	99,4	717,30	344,55	212	21	0,618	0,000	276,58	0,85	105
Херсонська обл.	376,5	0,96	92,7	770,96	201,18	1429	49	5,189	0,000	269,25	1,04	102,7
Хмельницька обл.	164	0,9	91,6	574,98	307,24	140	16	0,152	0,000	278,85	0,84	103,1
Черкаська обл.	309,6	0,6	90,3	392,74	544,19	281	28	0,019	0,000	301,07	1,00	105,1
Чернівецька обл.	221,9	1,28	87,6	237,82	522,42	29	7	0,033	0,000	267,61	0,72	103,3
Чернігівська обл.	389,5	1,9	112,1	496,10	239,85	137	22	0,066	0,000	330,54	1,28	110
м. Київ	752,9	0,83	116,4	4587,67	1383,72	217	24	10,623	23,790	250,07	1,07	109,1
м. Севастополь	348,9	1,4	80,8	1042,13	477,49	748	40	28,448	0,000	302,00	1,10	107

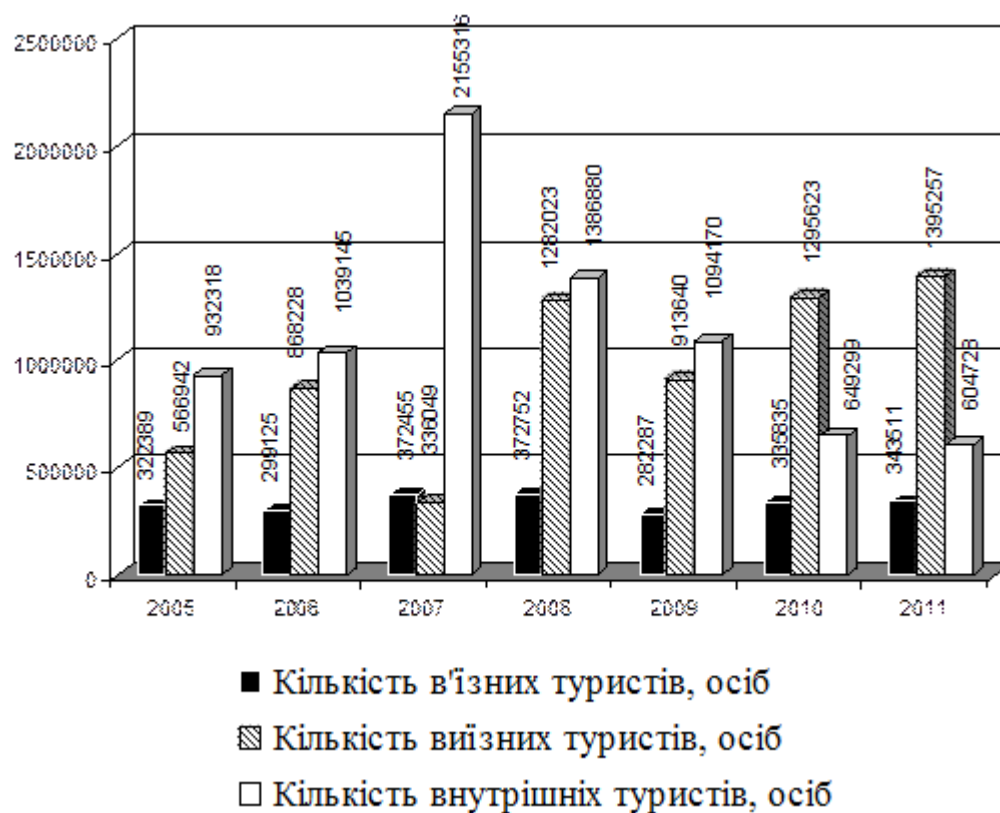


Рис. Б.13. Динаміка туристичних потоків в Україні за 2005-2011 рр.

Розподіл туристів, обслугованих туроператорами та турагентами, за метою поїздки та видами туризму у 2011 році (осіб) [120, с.10]

	Усього	У тому числі за метою поїздки						діти віком 0-17 років
		службова, ділова, навчання	дозвілля, відпочинок	лікування	спортивний туризм	спеціалізований туризм	інше	
Юридичні особи								
Усього обслуговано туристів	1888036	94469	1562276	165600	43656	3264	18771	238142
у тому числі:								
туроператорами	1345044	69148	1083650	133035	41880	2410	14921	179245
турагентами	542992	258321	478626	32565	1776	854	3850	58897
з них								
в'їзних (іноземних) туристів	229928	4641	159012	53010	7977	623	4665	28850
у тому числі								
туроператорами	213418	3786	150735	46267	7640	356	4634	27590
турагентами	16510	855	8277	36743	337	267	31	1260
виїзних туристів	1088126	19829	1058273	3166	1503	915	4440	135389
у тому числі								
туроператорами	678411	10160	663184	662	1253	809	2343	91889
турагентами	409715	969	395089	2504	250	106	2097	43500
внутрішніх туристів	569982	69999	344991	109424	34176	1726	9666	73903
у тому числі								
туроператорами	453215	55202	269731	86106	32987	1245	7944	59766
турагентами	116767	14797	75260	23318	1189	481	1722	14137
фізичні особи – підприємці								
Усього обслуговано туристів турагентами	3119941	2466	295846	7492	3819	585	1733	67535
з них								
в'їзних (іноземних) туристів	4343	112	3507	473	-	209	42	958
виїзних туристів	161942	920	159814	464	125	29	590	34852
внутрішніх туристів	145656	1434	132525	6555	3694	347	1101	31725

Таблиця Б.15

Кількість туристів та екскурсантів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності у 2010 році за регіонами (за даними Міністерства інфраструктури України) (осіб) [120]

	Усього туристів	У тому числі ¹			Усього екскурсантів в
		іноземні туристи	громадяни України, які виїжджали за кордон	особи охоплені внутрішнім туризмом	
Україна ²	2280757	335835	1295623	649299	1953497
АР Крим	248750	97562	7061	144127	414789
Вінницька обл.	38846	2193	14142	22511	21083
Волинська обл.	52041	4021	7740	40280	27481
Дніпропетровська обл.	105413	1122	48788	55503	25812
Донецька обл.	138833	3078	60497	75258	30852
Житомирська обл.	15875	-	5474	10401	6244
Закарпатська обл.	52080	8425	11423	32232	22053
Запорізька обл.	88821	17656	24938	46227	55067
Івано-Франківська обл.	53333	4528	8509	40296	646465
Київська обл.	30088	446	19247	10395	3573
Кіровоградська обл.	19224	535	5201	13488	6858
Луганська обл.	35880	162	13304	22414	20062
Львівська обл.	153939	9894	102340	41705	56045
Миколаївська обл.	35929	4762	7151	24016	11525
Одеська обл.	103526	34910	37628	30988	84214
Полтавська обл.	43049	636	15994	26419	23656
Рівненська обл.	39702	1341	6455	31906	11224
Сумська обл.	45172	203	11992	32977	40788
Тернопільська обл.	19949	521	6039	13389	13719
Харківська обл.	138440	12951	75236	50253	29185
Херсонська обл.	94806	3494	6046	84616	24497
Хмельницька обл.	59806	196	12816	46794	49744
Черкаська обл.	36289	712	8260	27317	24524
Чернівецька обл.	64084	4082	23270	36732	6268
Чернігівська обл.	24234	1660	7663	14911	10769
м. Київ	2047329	279141	1442252	325936	63627
м. Севастополь	188572	81436	13897	93239	223373

¹Включено з туристами, обслугованими без поселення у закладах розміщення

²Підсумок даних по регіонах перевищує дані по Україні за рахунок осіб, обслугованих за співдоговорами

Розподіл туристів за метою відвідування та віком у 2011 році
за регіонами (осіб) [120]

	Усього туристів ¹	У тому числі за метою поїздки						Із загальної кількості туристів		
		службова, ділова, бізнес-поїздканавчання	дозвілля, відпочинок	лікування	спортивно-оздоровчий туризм	спеціалізований туризм	інше	діти віком 0-14 років	діти віком 15-17 років	діти віком 18-28 років
Україна ²	2280757	290795	1759447	119 401	63777	6332	41005	266447	92054	278853
АР Крим	248750	7391	166563	63476	5938	283	5099	36022	7779	155590
Вінницька обл.	38846	8382	27317	192	863	1866	226	4044	2669	5027
Волинська обл.	52041	6271	28567	1788	4689	21	10705	7721	6389	8915
Дніпропетровська обл.	105413	10301	89182	3037	1838	36	1019	14361	4793	8561
Донецька обл.	138833	17968	105906	6633	1403	-	6923	17530	4495	19598
Житомирська обл.	15875	66	15665	144	-	-	-	2424	1016	855
Закарпатська обл.	52080	11393	36887	92	1034	4	2670	3128	2631	6726
Запорізька обл.	88821	6032	77549	4435	438	8	359	13102	4606	7913
Івано-Франківська обл.	53333	2315	22955	1990	25592	-	481	4364	2206	3987
Київська обл.	30088	1427	28238	313	15	-	95	4584	2830	5217
Кіровоградська обл.	19224	7790	10941	93	2	-	398	1419	605	851
Луганська обл.	35880	1022	33756	791	35	-	276	4368	2152	4623
Львівська обл.	153939	2544	143911	7372	91	2	19*	11083	9577	24510
Миколаївська обл.	35929	4594	22280	487	5434	-	3134	6546	2685	3063
Одеська обл.	103526	9190	93196	594	369	3	174	10798	3492	8134
Полтавська обл.	43049	4241	33247	630	4748	2	181	5406	2740	4439
Рівненська обл.	39702	7097	17985	2437	8005	40	4138	2638	1526	3050
Сумська обл.	45172	96	43227	581	613	42	613	10315	3813	6267
Тернопільська обл.	19949	133	16857	16	2600	224	119	6430	1591	3103
Харківська обл.	138440	26145	107612	1113	2655	18	897	11765	2788	10287
Херсонська обл.	94156	11387	76726	3296	1559	-	1188	10138	5298	4337
Хмельницька обл.	59806	755	58402	229	294	-	126	8643	4545	12198
Черкаська обл.	36286	11511	22484	421	1110	28	735	3587	1964	4794
Чернівецька обл.	64084	10343	46394	50	1180	1533	4584	5638	3590	7814
Чернігівська обл.	24234	2517	20637	597	465	-	18	2536	1339	4895
м. Київ	2047329	291752	1635701	69051	4188	6229	40408	200976	63117	279027
м. Севастополь	188575	5357	139055	34377	8988	35	760	27581	10404	5267

Таблиця Б.17

Часткові показники оцінки туристичної підсистеми РРМТ регіонів України

ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 іноземного туриста, що відвідав регіон	Кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 1 туриста в регіоні	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон:	Вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон:	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Операційні витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон
	T_1	T_2	T_3	T_4	T_5	T_6	T_7	T_8	T_9	T_{10}	T_{11}	T_{12}	T_{13}
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
АР Крим	1 137,47	425,10	0,289	0,341	51,66	21,62	26,29	0,104	0,116	0,0838	2756,66	2,423	1,27
Вінницька обл.	161,44	0,10	0,012	0,059	35,36	38,46	0,03	0,095	1,728	0,0012	51,04	0,316	0,17
Волинська обл.	141,12	11,49	0,092	0,954	14,05	21,29	0,40	0,093	1,464	0,0333	94,08	0,667	0,12
Дніпропетровська обл.	194,15	0,05	0,046	0,563	34,80	93,16	0,03	0,489	3,457	0,0007	120,77	0,622	0,42
Донецька обл.	200,90	2,53	0,019	0,055	20,89	56,25	1,76	0,384	1,923	0,0244	384,22	1,912	0,43
Житомирська обл.	83,99	0,07	0,011	0,556	16,06	37,20	0,02	0,297	2,788	0,0028	32,01	0,381	0,16
Закарпатська обл.	174,08	5,77	0,000	0,000	22,63	17,97	0,02	0,199	0,395	0,0002	97,39	0,559	0,48
Запорізька обл.	335,19	8,60	0,066	0,130	47,93	65,22	2,25	0,184	1,996	0,0127	127,58	0,381	0,27
Івано-Франківська обл.	429,87	23,59	0,054	0,000	32,64	31,72	0,09	0,055	0,260	0,0011	1597,17	3,716	4,32
Київська обл.	73,73	0,49	0,032	0,000	7,82	23,59	0,49	0,258	2,187	0,0101	104,04	1,411	0,78
Кіровоградська обл.	269,47	3,57	0,003	0,000	70,08	11,09	0,06	0,052	0,266	0,0004	176,07	0,653	0,51
Луганська обл.	68,46	0,41	0,018	0,085	15,33	18,59	0,05	0,446	1,668	0,0036	87,22	1,274	0,18
Львівська обл.	506,54	50,99	0,150	0,534	25,40	48,32	14,12	0,158	0,659	0,1349	448,91	0,886	0,35
Миколаївська обл.	237,09	33,72	0,011	0,000	29,83	33,85	0,07	0,127	1,237	0,0031	302,19	1,275	1,07
Одеська обл.	318,49	71,75	0,009	0,021	25,16	36,52	0,75	0,080	0,657	0,0058	427,32	1,342	1,08
Полтавська обл.	182,01	2,63	0,014	0,015	45,41	45,66	0,12	0,241	2,201	0,0013	54,48	0,299	0,17
Рівненська обл.	82,22	0,56	0,223	0,077	23,61	22,22	0,04	0,961	1,604	0,0030	57,04	0,694	0,62
Сумська обл.	118,00	0,84	0,019	0,041	32,15	29,52	0,13	0,449	1,813	0,0110	32,68	0,277	0,11
Тернопільська обл.	131,10	0,00	0,000	0,000	6,84	27,17	0,00	0,046	1,228	0,0000	49,94	0,381	0,27
Харківська обл.	270,00	2,01	0,024	0,009	29,29	86,44	1,04	0,295	2,425	0,0188	199,68	0,740	0,61
Херсонська обл.	269,81	4,25	0,161	0,278	60,40	39,32	3,06	0,125	0,610	0,0174	437,80	1,623	0,69

Продовження табл. Б.17

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Хмельницька обл.	236,42	0,00	0,005	0,000	90,88	69,33	0,00	0,114	1,301	0,0000	67,57	0,286	0,17
Черкаська обл.	89,05	0,10	0,024	0,077	14,41	28,94	0,05	0,276	2,394	0,0022	61,95	0,696	0,21
Чернівецька обл.	398,96	24,59	0,005	0,000	11,15	37,99	0,00	0,011	0,261	0,0000	137,92	0,346	0,30
Чернігівська обл.	144,11	1,36	0,078	0,020	6,72	27,27	0,06	0,249	1,993	0,0027	19,60	0,136	0,08
м. Київ	3 357,61	233,54	0,030	0,105	73,06	294,31	5,39	0,202	1,018	0,0078	11365,41	3,385	0,43
м. Севастополь	3 572,79	1 014,65	0,257	0,240	93,72	152,27	3,25	0,017	0,040	0,0003	6460,07	1,808	0,80

ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Кількість випусників ВНЗ за туристичним профілем на 10 тис. осіб населення регіону	Витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні на послуги сторонніх організацій на медичне обслуговування при виробництві туристичного продукту в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Продукти- вність праці в туристичній сфері регіону	Кількість об'єктів історико- культурної спадщини в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість об'єктів природно- заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Рівень забезпечення землями природно- заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону
	T_{14}	T_{15}	T_{16}	T_{17}	T_{18}	T_{19}	T_{20}	T_{21}	T_{22}	T_{23}
1	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
АР Крим	0,031	0,0213	3,11	0,008	286,47	1,156	0,789	0,767	2,83	0,051
Вінницька обл.	0,012	0,0000	0,48	0,007	45,33	1,157	2,407	0,316	0,48	0,006
Волинська обл.	0,039	0,0001	0,54	0,009	78,17	2,157	3,625	2,142	0,73	0,010
Дніпропетровська обл.	0,003	0,0049	1,12	0,012	53,75	0,178	0,417	0,171	1,20	0,036
Донецька обл.	0,005	0,0015	0,79	0,008	225,27	0,061	0,253	0,207	0,93	0,025
Житомирська обл.	0,016	0,0000	0,30	0,010	39,96	0,636	1,650	1,033	0,50	0,000
Закарпатська обл.	0,032	0,0001	0,56	0,019	28,87	1,199	3,632	1,374	1,19	0,016
Запорізька обл.	0,022	0,0001	1,01	0,007	54,04	0,089	1,743	0,676	0,93	0,022
Івано-Франківська обл.	0,043	0,0098	1,04	0,009	402,98	1,174	3,689	1,578	0,84	0,014
Київська обл.	0,012	0,0001	0,33	0,010	137,61	0,651	1,060	0,604	0,37	0,029
Кіровоградська обл.	0,010	0,0007	0,45	0,007	90,98	0,319	1,950	0,359	0,50	0,010
Луганська обл.	0,013	0,0013	0,24	0,010	124,67	0,185	0,655	0,353	0,41	0,013
Львівська обл.	0,039	0,0391	1,16	0,005	167,50	3,211	1,293	0,576	0,91	0,208
Миколаївська обл.	0,017	0,0002	1,14	0,012	106,28	0,356	1,124	0,609	0,73	0,017
Одеська обл.	0,013	0,0145	1,27	0,013	104,57	0,385	0,502	0,604	1,09	0,050
Полтавська обл.	0,020	0,0000	0,55	0,008	35,45	0,575	2,487	0,895	0,79	0,013
Рівненська обл.	0,017	0,0013	0,42	0,010	71,56	1,118	2,655	1,538	0,43	0,017
Сумська обл.	0,009	0,0000	0,19	0,004	66,06	1,276	2,152	1,511	0,64	0,017
Тернопільська обл.	0,019	0,0268	0,68	0,008	44,97	1,731	5,285	1,127	0,67	0,018
Харківська обл.	0,033	0,0006	1,09	0,009	85,42	0,368	0,864	0,264	1,08	0,022
Херсонська обл.	0,046	0,0000	0,54	0,010	160,23	0,637	0,726	2,060	0,76	0,018
Хмельницька обл.	0,023	0,0001	0,42	0,004	67,07	1,871	3,700	2,307	0,58	0,023
Черкаська обл.	0,039	0,0000	0,52	0,012	58,18	0,603	3,890	0,471	0,77	0,023
Чернівецька обл.	0,022	0,0009	1,46	0,011	30,45	1,458	3,660	1,146	1,31	0,088
Чернігівська обл.	0,018	0,0000	0,30	0,005	26,34	1,938	5,973	2,228	0,46	0,018
м. Київ	0,050	0,0048	7,38	0,004	776,91	1,588	0,568	0,043	3,14	0,347
м. Севастополь	0,079	0,0133	3,15	0,003	563,57	1,102	0,289	0,688	2,12	0,105

Характеристика підприємств готельного господарства

Тип підприємства готельного господарства	Характеристика
Готель	найбільш поширений стаціонарний тип підприємства або будинок, в якому приїжджим надаються помешкання (мебльовані кімнати) з обслуговуванням для тимчасового проживання.
Готельно-офісний центр	категорія готелів вищого класу, частина якого здається в оренду фірмі чи підприємству під офіс.
Мотель	порівняно новий тип шляхового готелю для автотуристів, розташований поряд з автотрасою, зі станцією технічного обслуговування, автозаправкою, стоянками.
Кемпінг	літній табір для автотуристів (з палатками чи будинками легкого типу) з самообслуговуванням, розташований, як правило, в мальовничій місцевості.
Молодіжні турбази та гірські притулки	комплекс споруд для розташування, харчування та культурного обслуговування туристів. Утворюються, як правило, на трасах туристських маршрутів. Розташовуються в будівлях готельного типу.
Гуртожитки для приїжджих	приміщення, пристосовані для тимчасового проживання, із загальним розташуванням комунально-побутових послуг.

Кількість підприємств готельного господарства за типами, їх одноразова та середня місткість у 2010 році [121, с.9]

Показники	Кількість одиниць		Розподіл за типами, %	Одноразова місткість, місць	Середня місткість	
	підприємств	номерів у них			номерів	місць
Усі типи	1731	78833	100,0	186621	46	108
Готелі	849	42092	49,1	76355	50	90
Мотелі	28	564	1,6	1160	20	41
Готельно-офісні центри	7	171	0,4	279	24	40
Кемпінги	11	344	0,6	845	31	77
Молодіжні турбази та гірські притулки	54	2279	3,1	5698	42	106
Гуртожитки для приїжджих	174	4620	10,1	11934	27	69
Інші місця для тимчасового проживання	608	29763	35,1	90350	49	149

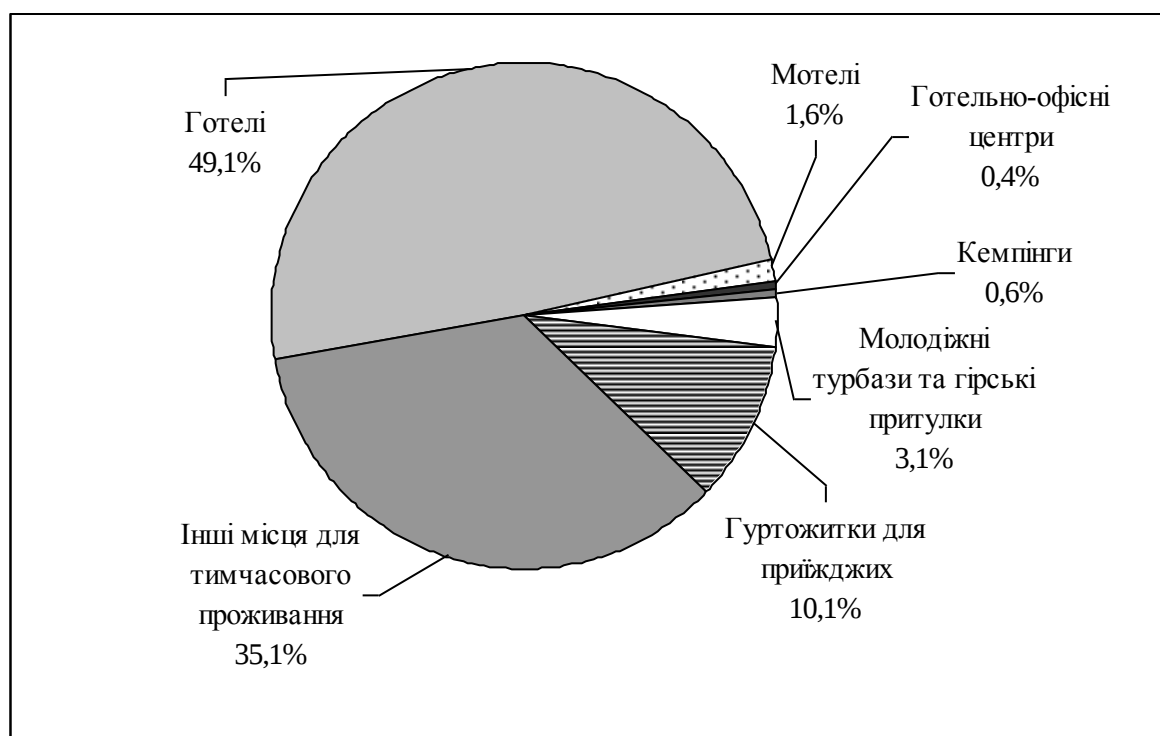


Рис. Б. 20. Розподіл підприємств готельного господарства за типами

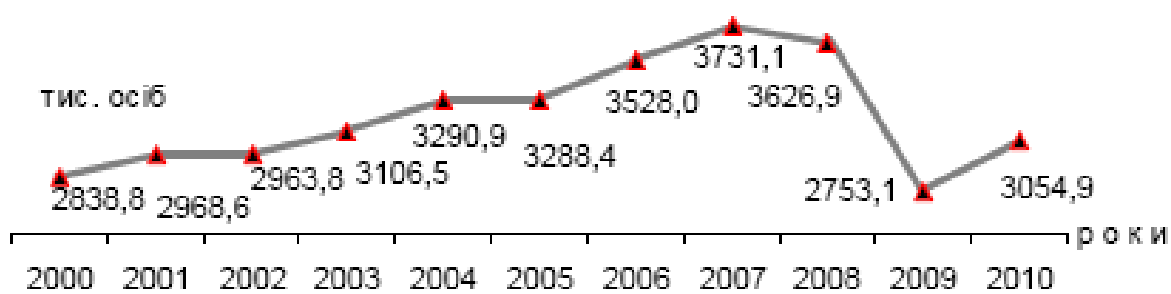


Рис. Б.21. Кількість осіб, обслуговуваних у готелях [121, с.12]

Структура розподілу кількості санаторно-курортних підприємств за
регіонами України у 2010 – 2011 рр.

Тип закладу та загальна кількість	Частка %	Адміністративні одиниці, області
Загалом у т.ч:	Більше 10%	АР Крим, Одеська , Донецька
	5-10%	Запорізька, Миколаївська
- Санаторії	Більше 10%	АР Крим, Львівська
	5-10%	Одеська
- Пансіонати з лікуванням	Більше 10%	АР Крим, Львівська
	5-10%	Івано-Франківська, Миколаївська,
- Санаторії-профілакторії	Більше 10%	Дніпропетровська, Донецька, Луганська
	5-10%	Запорізька



Рис. Б.23. Кількість готелів та інших місць для тимчасового проживання у 2010 році по регіонах [121, с.16]

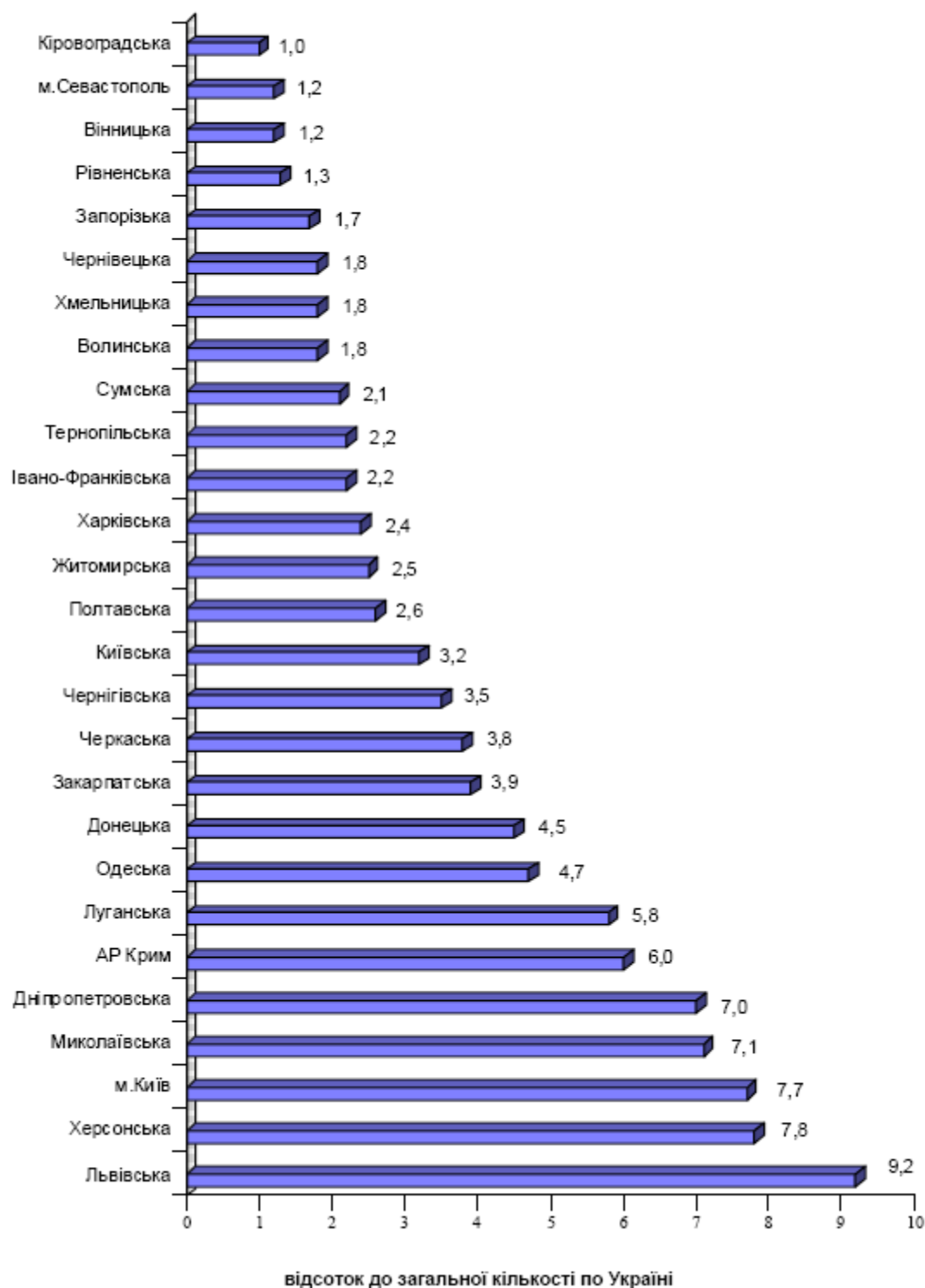


Рис. Б.24. Розподіл готелів та інших місць для тимчасового проживання у 2010 році за регіонами України [121, с.18]

Таблиця Б.25

Кількість готелів та інших місць для тимчасового проживання за типами [121, с.28]

В цілому по Україні

(одиниць)

	2010						
	готель	мотель	готельно-офісний цент	кемпінг	молодіжна турбаза та гірський притулок	інші місця для проживання	Усього
Україна	849	28	7	11	54	782	1731
АР Крим	62	-	-	2	6	34	104
Вінницька	15	-	-	-	-	6	21
Волинська	20	-	-	1	-	10	31
Дніпропетровська	60	3	1	-	2	55	121
Донецька	53	2	3	-	-	19	77
Житомирська	25	-	-	-	17	19	44
Закарпатська	33	-	-	-	-	17	67
Запорізька	24	-	-	-	1	6	30
Івано-Франківська	27	1	-	-	-	9	38
Київська	33	1	-	-	-	22	56
Кіровоградська	12	1	-	-	-	5	18
Луганська	43	-	-	1	-	57	101
Львівська	84	-	-	-	23	39	159
Миколаївська	20	-	1	1	-	100	122
Одеська	45	-	-	1	3	32	81
Полтавська	25	-	1	1	-	17	45
Рівненська	16	-	-	-	-	7	23
Сумська	13	-	-	-	-	23	36
Тернопільська	19	1	-	-	2	23	38
Харківська	24	1	-	1	-	16	42
Херсонська	13	-	-	3	-	16	135
Хмельницька	16	4	-	-	-	119	31
Черкаська	29	-	-	-	-	11	65
Чернівецька	16	-	--	-	-	36	31
Чернігівська	35	-	-	-	-	26	61
м.Київ	79	-	-	-	-	54	133
м.Севастополь	8	-	1	-	-	12	21

Місткість готелів та інших місць для тимчасового проживання за регіонами

[121, с.45]

В цілому по Україні

(одиниць)

	2006	2007	2008	2009	2010
Україна	110 669	135 199	161 955	174 398	186 621
АР Крим	13 542	13 987	14839	15324	15 839
Вінницька	1 596	1 553	1563	1495	1 364
Волинська	1 948	2 075	2137	2148	2 431
Дніпропетровська	11 194	10 924	10925	11009	13 525
Донецька	5 718	5 805	5764	5676	5 210
Житомирська	1 864	3 627	4736	4801	4 916
Закарпатська	3 496	3 801	5367	5554	5 380
Запорізька	2 510	2 427	2382	2566	2 563
Івано-Франківська	2 444	2 899	2804	3774	3 846
Київська	2 391	2 233	2458	4067	4 977
Кіровоградська	1 152	1 134	1089	1102	1 643
Луганська	4 553	4 722	5789	5270	6 028
Львівська	9 438	9 780	11081	11364	11 910
Миколаївська	1 405	11 235	13271	17563	19 673
Одеська	6 611	7 425	7788	7514	8 342
Полтавська	2 686	2 362	2877	2832	2 779
Рівненська	2 503	2 675	2624	2760	2 686
Сумська	1 955	2 446	2355	2923	2 925
Тернопільська	3 061	4 298	4478	3930	3854
Харківська	3 463	3 360	3261	3230	2 922
Херсонська	2 121	4 590	21681	23210	25 486
Хмельницька	1 388	1 750	1806	1778	2 003
Черкаська	1 921	3 960	3960	5163	5 887
Чернівецька	2 665	4 678	4675	4764	4 884
Чернігівська	2 143	3 486	4023	4183	4 017
м.Київ	15 589	16 377	16907	18980	18 582
м.Севастополь	1 312	1320	1315	1391	2 949

Коефіцієнт використання місткості готелів та інших місць для тимчасового проживання за регіонами [121, с.51]

	2006	2007	2008	2009	2010
Україна	0,31	0,29	0,24	0,18	0,18
АР Крим	0,30	0,26	0,26	0,21	0,23
Вінницька	0,37	0,37	0,34	0,20	0,26
Волинська	0,28	0,57	0,31	0,18	0,18
Дніпропетровська	0,20	0,27	0,20	0,13	0,10
Донецька	0,24	0,23	0,20	0,16	0,17
Житомирська	0,26	0,20	0,17	0,08	0,08
Закарпатська	0,29	0,28	0,24	0,17	0,15
Запорізька	0,33	0,36	0,34	0,23	0,19
Івано-Франківська	0,19	0,18	0,20	0,13	0,13
Київська	0,25	0,38	0,34	0,19	0,19
Кіровоградська	0,23	0,23	0,15	0,19	0,19
Луганська	0,19	0,20	0,12	0,09	0,09
Львівська	0,18	0,21	0,22	0,18	0,20
Миколаївська	0,35	0,17	0,12	0,10	0,11
Одеська	0,29	0,27	0,20	0,16	0,14
Полтавська	0,25	0,28	0,26	0,17	0,16
Рівненська	0,32	0,21	0,24	0,19	0,23
Сумська	0,31	0,21	0,19	0,12	0,12
Тернопільська	0,29	0,23	0,15	0,13	0,12
Харківська	0,29	0,32	0,30	0,34	0,29
Херсонська	0,13	0,20	0,17	0,14	0,13
Хмельницька	0,25	0,37	0,27	0,21	0,32
Черкаська	0,32	0,17	0,18	0,11	0,10
Чернівецька	0,20	0,17	0,18	0,15	0,14
Чернігівська	0,38	0,30	0,21	0,15	0,16
м.Київ	0,63	0,64	0,52	0,40	0,42
м.Севастополь	0,37	0,40	0,35	0,29	0,31

Доходи від експлуатації готелів та інших місць для тимчасового
проживання за регіонами України [121, с.85]

	2006	2007	2008	2009	2010
Україна	1 478 787,7	2073438,2	2729421,4	2577120,0	3127463,4
АР Крим	168638,1	229423,0	338015,1	354761,2	406493,7
Вінницька	9296,0	12931,7	15874,1	10402,7	12477,9
Волинська	17585,7	21394,3	25705,8	19260,0	21574,3
Дніпропетровська	84587,3	102506,0	123146,1	98918,4	95426,3
Донецька	84024,6	102480,7	97480,4	84138,3	111363,1
Житомирська	9104,0	15056,9	20261,3	12756,2	12230,8
Закарпатська	22682,7	26935,3	46512,5	40465,7	43831,9
Запорізька	25836,6	36967,1	40501,8	26842,4	24334,8
Івано-Франківська	17239,3	23472,8	27707,5	55115,7	70232,4
Київська	29003,3	36687,3	53325,6	71540,2	71843,7
Кіровоградська	6582,3	8149,2	8734,2	6664,6	11553,4
Луганська	13443,8	17806,6	22194,2	18255,3	27452,9
Львівська	84419,2	143747,2	198188,1	214548,7	270549,9
Миколаївська	10661,0	45162,0	53568,1	66871,0	78271,8
Одеська	100640,2	132425,8	138770,3	162169,2	179158,6
Полтавська	16712,7	20749,2	28725,4	24663,3	25461,2
Рівненська	18072,1	17572,2	19592,8	19453,7	28816,4
Сумська	8577,7	14657,1	22569,2	16039,0	17468,1
Тернопільська	13021,8	14333,0	19642,9	14737,1	14789,2
Харківська	43330,5	60344,3	78645,0	79083,0	86158,6
Херсонська	7456,0	23712,1	113058,2	116713,1	131243,5
Хмельницька	8243,8	15696,4	18337,2	15067,1	19663,6
Черкаська	13372,5	16081,4	21589,7	19987,3	23684,6
Чернівецька	12342,1	17127,6	19420,4	20076,4	22693,9
Чернігівська	11651,7	15690,6	23091,9	18787,1	19482,4
м.Київ	626885,7	884085,9	1133824,5	967796,4	1226118,4
м.Севастополь	15407,1	18242,5	20939,1	22006,9	75142,0

Показники роботи готелів та інших місць для тимчасового проживання за
регіонами України [121, с.24]

	Доходи від основного виду діяльності	з них:			Доходи від надання додаткових послуг	Інші доходи без ПДВ та інших непрямих податків та вирахувань з доходу
		Податок на додану вартість	Місцеві платежі до бюджету	Інші непрямі податки та вирахування з доходу		
Україна	3127463,4	480308,7	169,0	6218,7	884221,6	884221,6
АР Крим	406493,7	63060,6	124,5	110,7	144736,3	647705,3
Вінницька	12477,9	2053,0	-	-	2496,9	3796,2
Волинська	21574,3	3106,4	-	8,4	255337	4117,0
Дніпропетровська	95426,3	14061,5	-	29,0	10855,1	15033,6
Донецька	111363,1	17540,5	0,9	87,7	56020,1	178869,8
Житомирська	12230,8	1261,8	-	26,6	1745,8	2197,3
Закарпатська	43831,9	6054,4	-	33,3	19237,7	16993,0
Запорізька	24334,8	3750,9	-	179,8	4584,4	1391,9
Івано-Франківська	70232,4	11250,5	3,1	27,7	9821,5	3586,6
Київська	71843,7	11452,4	-	56,3	24136,2	10184,8
Кіровоградська	11553,4	1715,6	-	-	1459,9	2848,8
Луганська	27452,9	3738,4	-	32,5	3236,7	8631,8
Львівська	270549,9	42950,1	24,6	19,2	59052,8	657250,4
Миколаївська	78217,8	8133,7	4,3	436,1	4554,6	11670,2
Одеська	179158,6	28879,5	-	70,4	28687,5	106405,8
Полтавська	25461,2	4146,9	-	-	3709,2	5790,0
Рівненська	28816,4	2932,5	-	20,0	1203,9	837,0
Сумська	17468,1	2631,4	-	0,2	5254,9	3714,4
Тернопільська	14789,2	1199,1	-	63,6	367,2	3039,2
Харківська	86158,6	14280,0	-	109,9	21628,2	84869,1
Херсонська	131243,5	14103,4	11,6	62,8	5257,5	4644,8
Хмельницька	19663,6	2784,8	-	43,2	8157,4	4243,2
Черкаська	23684,6	3196,0	-	4,0	5170,3	5635,3
Чернівецька	22693,9	2279,2	-	33,3	8823,6	1704,4
Чернігівська	19482,4	2672,3	-	40,5	4981,0	2389,9
м.Київ	1226118,4	2022606,5	-	4544,8	437855,2	1363813,8
м.Севастополь	75142,0	8467,3	-	178,7	11634,0	62519,8

Середня місткість одного готеля у регіонах [121, с.90]

в цілому по Україні

(місць)

	2006	2007	2008	2009	2010
Україна	90	91	90	90	90
АР Крим	146	154	143	143	133
Вінницька	70	72	79	80	77
Волинська	81	81	80	58	63
Дніпропетровська	72	69	74	80	79
Донецька	90	93	87	79	73
Житомирська	63	65	56	56	58
Закарпатська	109	103	106	96	93
Запорізька	84	84	75	81	84
Івано-Франківська	79	105	96	127	125
Київська	79	78	74	80	74
Кіровоградська	72	84	69	72	72
Луганська	57	56	50	49	50
Львівська	96	86	85	82	85
Миколаївська	65	70	68	69	70
Одеська	107	112	122	114	116
Полтавська	69	70	72	73	74
Рівненська	80	83	85	87	83
Сумська	53	50	65	64	73
Тернопільська	64	64	61	60	57
Харківська	108	93	87	91	88
Херсонська	97	89	87	85	91
Хмельницька	68	77	71	77	80
Черкаська	59	63	58	57	55
Чернівецька	136	127	124	122	106
Чернігівська	39	37	38	37	39
м.Київ	143	148	153	149	160
м.Севастополь	140	141	1414	131	95

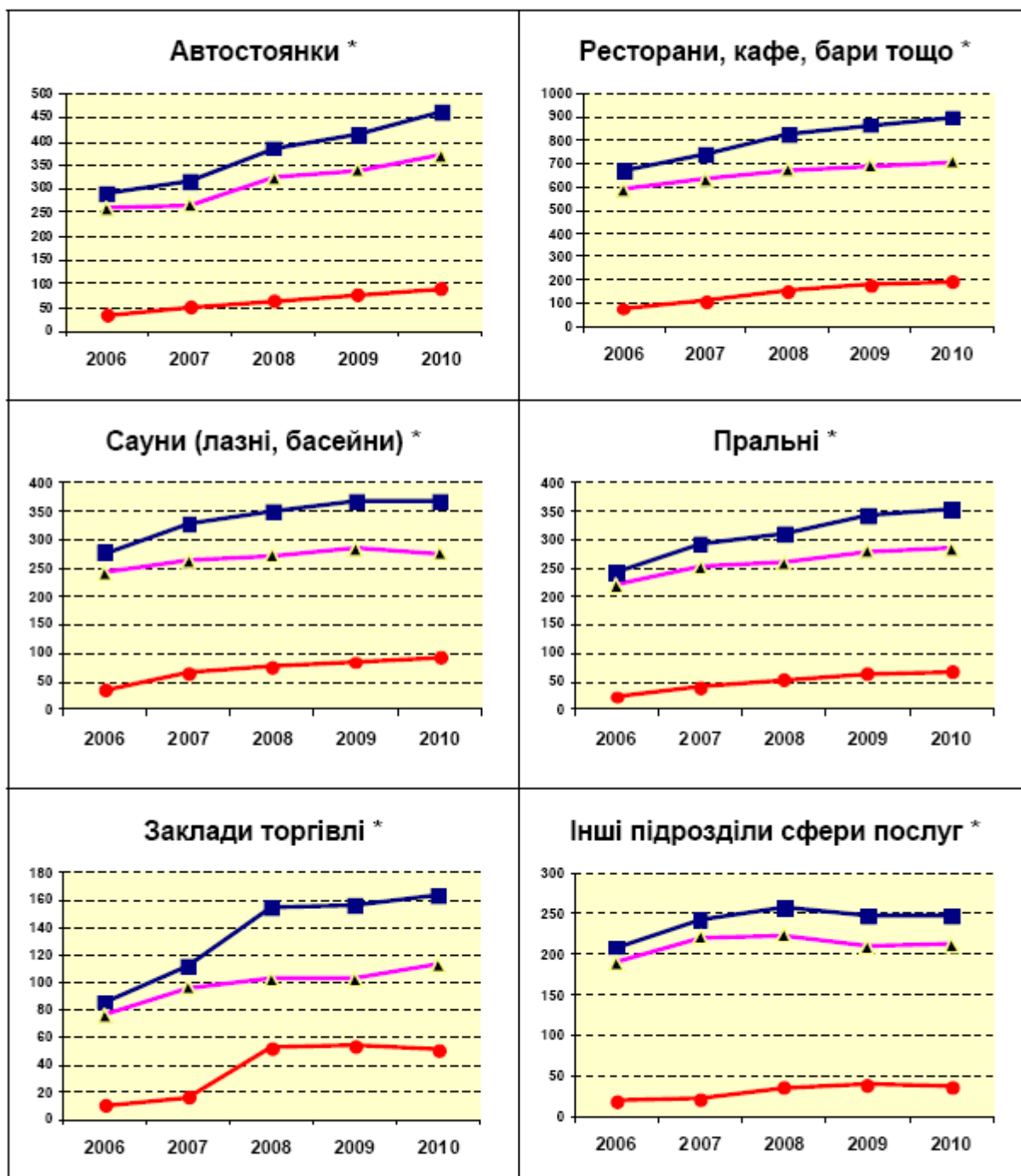
Таблиця Б.31

**Розподіл номерів у готелях та інших місцях для тимчасового проживання
за типами [121, с.56]**

<i>в цілому по Україні</i>		<i>(одиниць)</i>				
	Усього	у тому числі (одиниць)				
		люксів	напівлюксів	одномісних номерів	двомісних номерів	тримісних та з більшою кількістю місць
У 2006 р.						
Усього:	53645	4064	4806	11823	23684	9268
<i>у тому числі</i>						
готелях	40190	3575	4294	10553	18244	3524
мотелях	354	20	43	40	201	50
готельно-офісних центрах						
кемпінгах	230	37	21	100	51	21
молодіжних турбазах та	119	8	16	30	52	13
гірських притулках	1965	73	129	28	944	741
інших	10787	251	303	1072	4142	4919
У 2007 р.						
Усього:	62165	4614	5645	12271	26608	13027
<i>у тому числі</i>						
готелях	41009	3822	4699	10774	18409	3305
мотелях	413	19	74	40	235	45
готельно-офісних центрах						
кемпінгах	134	12	16	78	24	4
молодіжних турбазах та	349	14	72	49	136	78
гірських притулках	2027	82	117	38	1210	580
інших	18233	665	667	1292	6594	9015
У 2008 р.						
Усього:	71580	4896	6474	12790	29434	17986
<i>у тому числі</i>						
готелях	42178	3990	5361	11040	18689	3098
мотелях	454	22	40	90	250	52
готельно-офісних центрах						
кемпінгах	59	9	7	21	18	4
молодіжних турбазах та	228	10	28	32	121	37
гірських притулках	2194	112	147	44	1246	645
інших	26476	753	891	1563	9110	14150
У 2009 р.						
Усього:	76019	5213	7315	12679	30734	20078
<i>у тому числі</i>						
готелях	42798	4195	5861	10877	18831	3034
мотелях	467	26	51	99	237	54
готельно-офісних центрах						
кемпінгах	62	9	8	21	20	4
молодіжних турбазах та	220	6	20	9	114	71
гірських притулках	2334	116	155	46	1341	676
інших	30138	861	1220	1627	10191	16239
У 2010 р.						
Усього:	79833	5334	7515	12966	32011	22007
<i>у тому числі</i>						
готелях	42092	4186	5674	10937	18360	2935
мотелях	564	27	63	112	294	68
готельно-офісних центрах						
кемпінгах	171	19	17	60	70	5
молодіжних турбазах та	344	39	15	11	161	118
гірських притулках	2279	79	142	64	1299	695
інших	34383	984	1604	1782	11827	18186

**Обслуговано приїжджих у готелях та інших місцях для тимчасового
проживання за регіонами [121, с.68]**

	2009		2010	
	Усього	у т.ч.іноземців	Усього	у т.ч.іноземців
Україна	3622155	794999	4047773	990566
Автономна Республіка Крим	292690	78591	310532	90579
Вінницька	44945	3183	49897	3280
Волинська	66680	9000	71939	8530
Дніпропетровська	171971	17226	161920	13275
Донецька	116076	29079	166529	42529
Житомирська	56218	2834	49547	1932
Закарпатська	104399	15267	101480	17525
Запорізька	70199	8737	51673	4336
Івано-Франківська	65375	6882	80680	9532
Київська	124439	21994	153796	19241
Кіровоградська	26501	1068	43309	3325
Луганська	70747	4192	90445	6924
Львівська	292682	68668	353167	82884
Миколаївська	108691	12600	110975	12058
Одеська	213717	47723	207354	56037
Полтавська	75170	5549	65166	6077
Рівенська	60527	4499	63082	5539
Сумська	47688	2922	48211	4121
Тернопільська	51235	5770	51080	5569
Харківська	160903	31872	171369	35975
Херсонська	130296	6060	136230	9092
Хмельницька	80729	4746	126031	6757
Черкаська	74346	4482	62680	3616
Чернівецька	54250	5947	50755	4548
Чернігівська	68533	9599	73549	13334
м. Київ	958172	374137	1144665	505909
м. Севастополь	35006	12372	51712	18042



* тенденції щодо змін кількості структурних підрозділів можна простежити на графіку згідно з типом маркера на лінії відповідного ряду для таких розрізів :

- - Усього по Україні
- ▲ - міські поселення
- - сільська місцевість

Рис. Б.33. Динаміка кількості структурних підрозділів сфери сервісу, розташованих при готелях та інших місцях для тимчасового проживання [121, с.66]

Часткові показники оцінки інфраструктурної підсистеми РРМТ регіонів України

ІНФРАСТРУКТУРНА ПІДСИСТЕМА РРМТ	Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимча- сового проживання в розра- хунку на 10 тис. осіб населення регіону	Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість приїжджих осіб, яким були надані послуги готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість музей в розра- хунку на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість санаторно- курортних закладів в розра- хунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Кількість інтернет- провай- дерів в регіоні в розрахунк у на 10 тис. осіб населення регіону	Кількість інтернет- користу- вачів в регіоні в розрахунку на 100 осіб нас. регіону	Рівень забезпе- ченості інноваційно- активними підпр-ми в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Інвестиції в основний капітал в діяльність п- в транспорт та зв'язку регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб нас. регіону	Щільність автомобіль- них доріг загального корис- тування з твердим покриттям в регіоні	Щільність залізничних колій загального користу- вання в регіоні	Кількість СЕД в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності готелів та ресторанів в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон	Кількість СЕД в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорт та зв'язку в розрахунку на 10 тис. нас. регіону	Пасажиро- потік аеропортів регіону в розрахунку на 1 туриста що відвідав регіон
	I_1	I_2	I_3	I_4	I_5	I_6	I_7	I_8	I_9	I_{10}	I_{11}	I_{12}	I_{13}	I_{14}	I_{15}
АР Крим	80,67	0,064	1266,87	0,158	2,765	0,09	28,4	0,188	7 217,87	345,35	245	23	0,009	12,73	0,004446
Вінницька обл.	8,31	0,035	236,69	0,079	0,183	0,14	15,78	0,274	3 270,91	20,59	339	41	0,009	3,89	0
Волинська обл.	23,44	0,047	501,75	0,145	0,752	0,17	14,41	0,251	1 476,28	6,71	285	30	0,005	5,11	0
Дніпропетровська обл.	40,54	0,128	315,94	0,057	0,393	0,15	33,51	0,195	5 236,72	15,07	287	49	0,012	8,39	0,003934
Донецька обл.	11,75	0,038	313,18	0,050	0,749	0,16	25,24	0,194	3 072,09	24,98	303	60	0,010	6,67	0,006971
Житомирська обл.	38,44	0,310	124,12	0,133	0,156	0,16	15,99	0,328	755,34	9,44	278	34	0,017	4,21	0
Закарпатська обл.	43,13	0,103	417,51	0,112	0,481	0,14	11,98	0,216	2 174,52	22,62	261	47	0,010	5,38	0
Запорізька обл.	14,23	0,029	493,09	0,117	1,221	0,19	29,52	0,122	2 321,39	28,51	251	36	0,012	7,89	0
Івано-Франківська обл.	27,87	0,072	386,53	0,152	0,254	0,48	15,77	0,594	2 162,20	46,33	300	36	0,010	4,33	0
Київська обл.	28,98	0,165	175,17	0,128	0,472	0,24	31,65	0,227	13 573,83	45,90	296	27	0,027	8,93	0,275689
Кіровоградська обл.	16,27	0,085	190,34	0,287	0,406	0,29	15,57	0,366	3 358,02	7,25	252	36	0,012	5,11	0
Луганська обл.	26,31	0,168	156,59	0,083	0,323	0,29	24	0,257	1 663,62	4,11	218	41	0,013	5,39	0
Львівська обл.	46,80	0,077	604,94	0,098	0,397	0,15	28,88	0,401	8 267,85	60,19	376	59	0,013	8,61	0,003592
Миколаївська обл.	166,26	0,548	303,63	0,076	1,732	0,23	22,46	0,600	10 782,98	38,28	195	29	0,018	10,90	0
Одеська обл.	34,92	0,081	433,40	0,046	1,788	0,30	39,86	0,260	11 265,64	154,23	242	32	0,020	20,41	0,008012
Полтавська обл.	18,68	0,065	289,35	0,215	0,188	0,21	26,6	0,302	8 655,68	9,84	308	30	0,011	6,26	0
Рівненська обл.	23,31	0,068	344,49	0,104	0,191	0,12	12,38	0,234	1 065,06	2,01	251	29	0,006	5,02	0
Сумська обл.	25,18	0,065	388,91	0,129	0,207	0,11	18,81	0,362	2 736,88	3,83	282	31	0,006	4,64	0
Тернопільська обл.	35,55	0,193	184,01	0,231	0,166	0,13	14,45	0,369	1 809,22	7,78	361	41	0,015	4,49	0
Харківська обл.	10,61	0,021	502,49	0,120	0,338	0,16	39,09	0,584	4 982,67	39,76	298	48	0,009	6,28	0,003994
Херсонська обл.	234,20	0,271	865,25	0,055	2,104	0,23	21,92	0,358	1 377,28	12,38	174	16	0,005	7,27	0
Хмельницька обл.	15,10	0,033	450,72	0,188	0,121	0,17	18,5	0,452	1 272,86	6,58	346	36	0,006	5,24	0
Черкаська обл.	45,80	0,162	282,32	0,210	0,475	0,19	18,04	0,373	2 307,36	2,18	282	28	0,010	5,50	0
Чернівецька обл.	54,01	0,076	708,66	0,055	0,133	0,46	15,03	0,332	884,09	30,14	355	51	0,005	6,88	0
Чернігівська обл.	36,58	0,166	220,67	0,291	0,346	0,28	13,06	0,364	2 190,60	14,39	226	27	0,012	4,59	0
м. Київ	66,38	0,009	7313,98	0,150	0,179	1,04	82,37	0,425	20 663,50	249,07	-	-	0,002	35,92	0,000405
м. Севастополь	77,44	0,016	4952,00	0,105	0,578	0,66	28,4	0,236	2 778,15	373,31	-	-	0,002	18,67	0

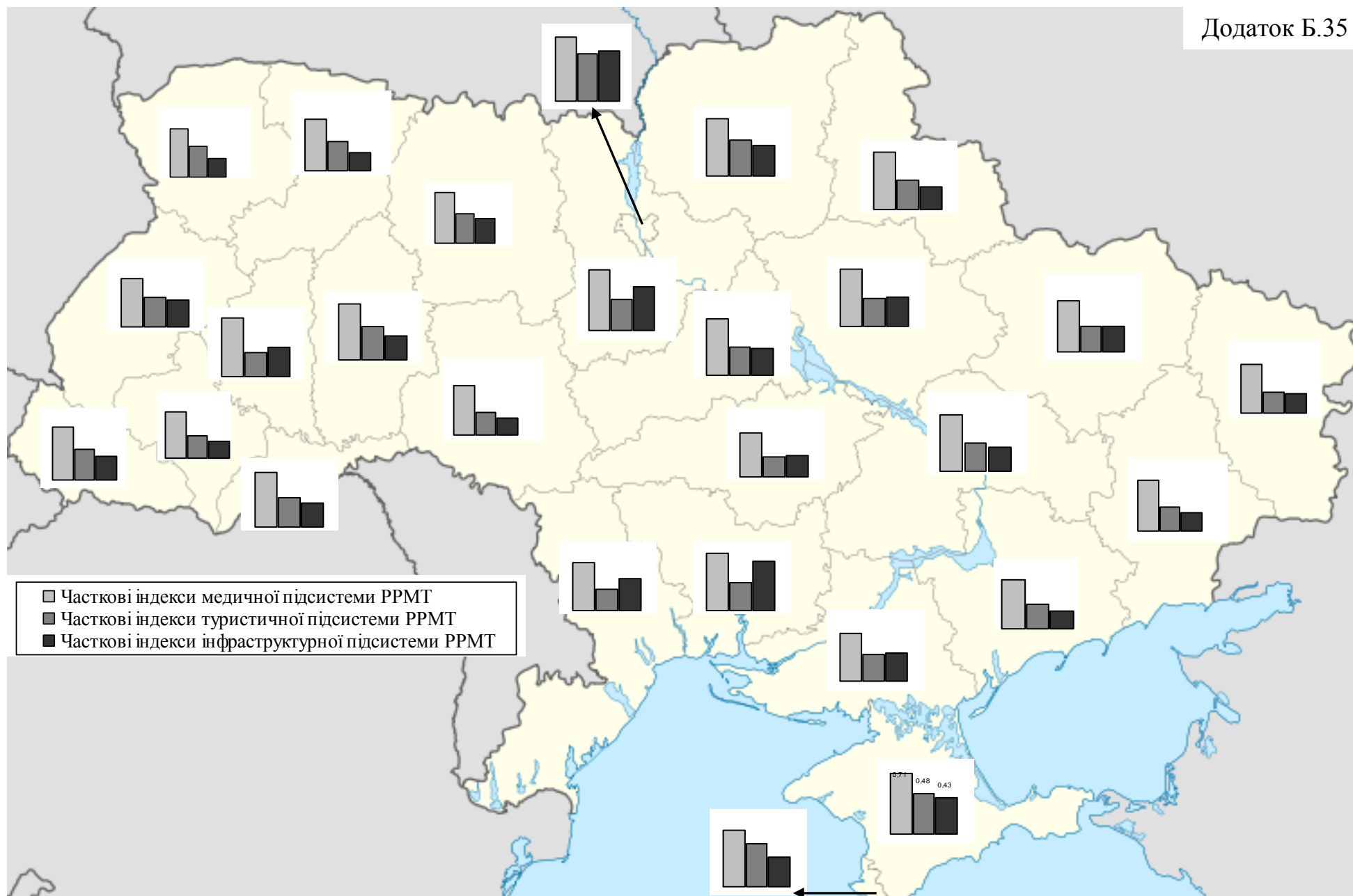


Рис. Б.35. Картографічне зображення часткових індексів сформованості РРМТ

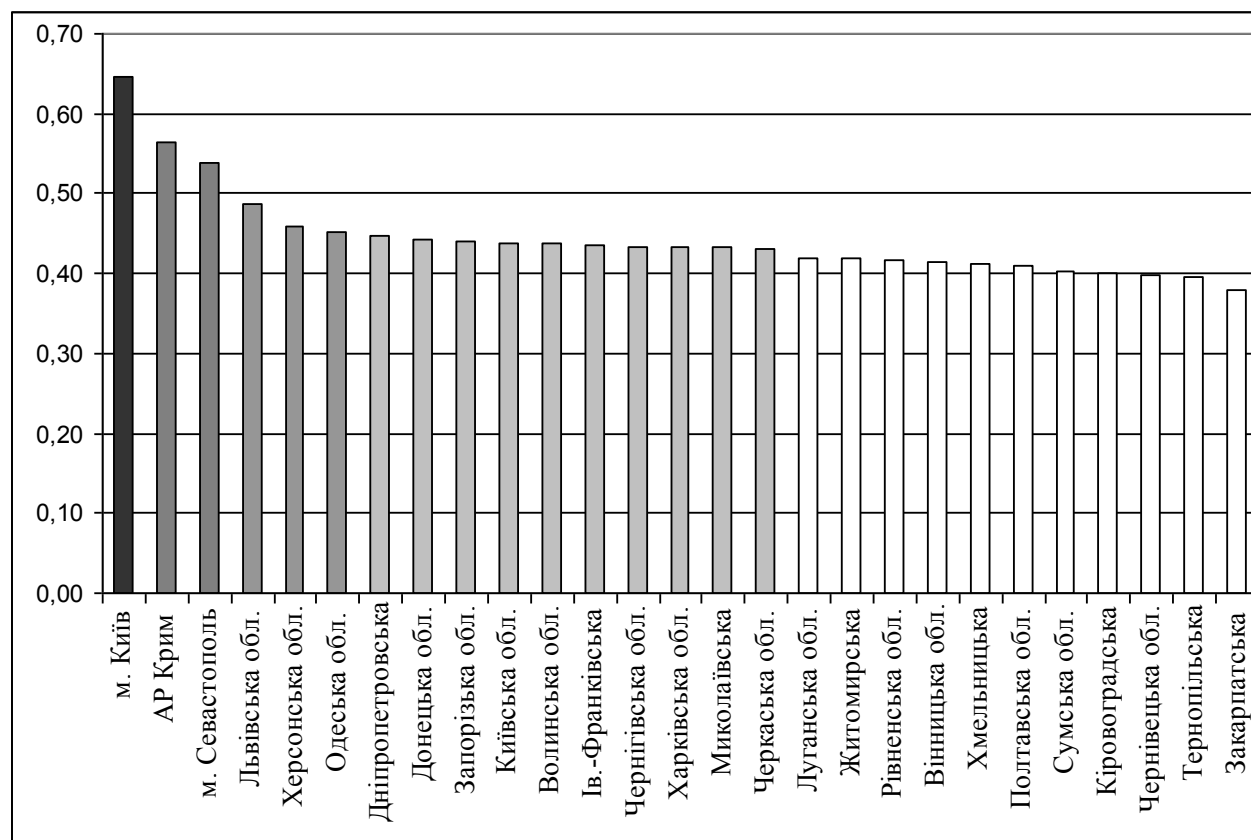


Рис. Б.36. Рейтинг регіонів України за рівнем сформованості РРМТ, F_j^{im}

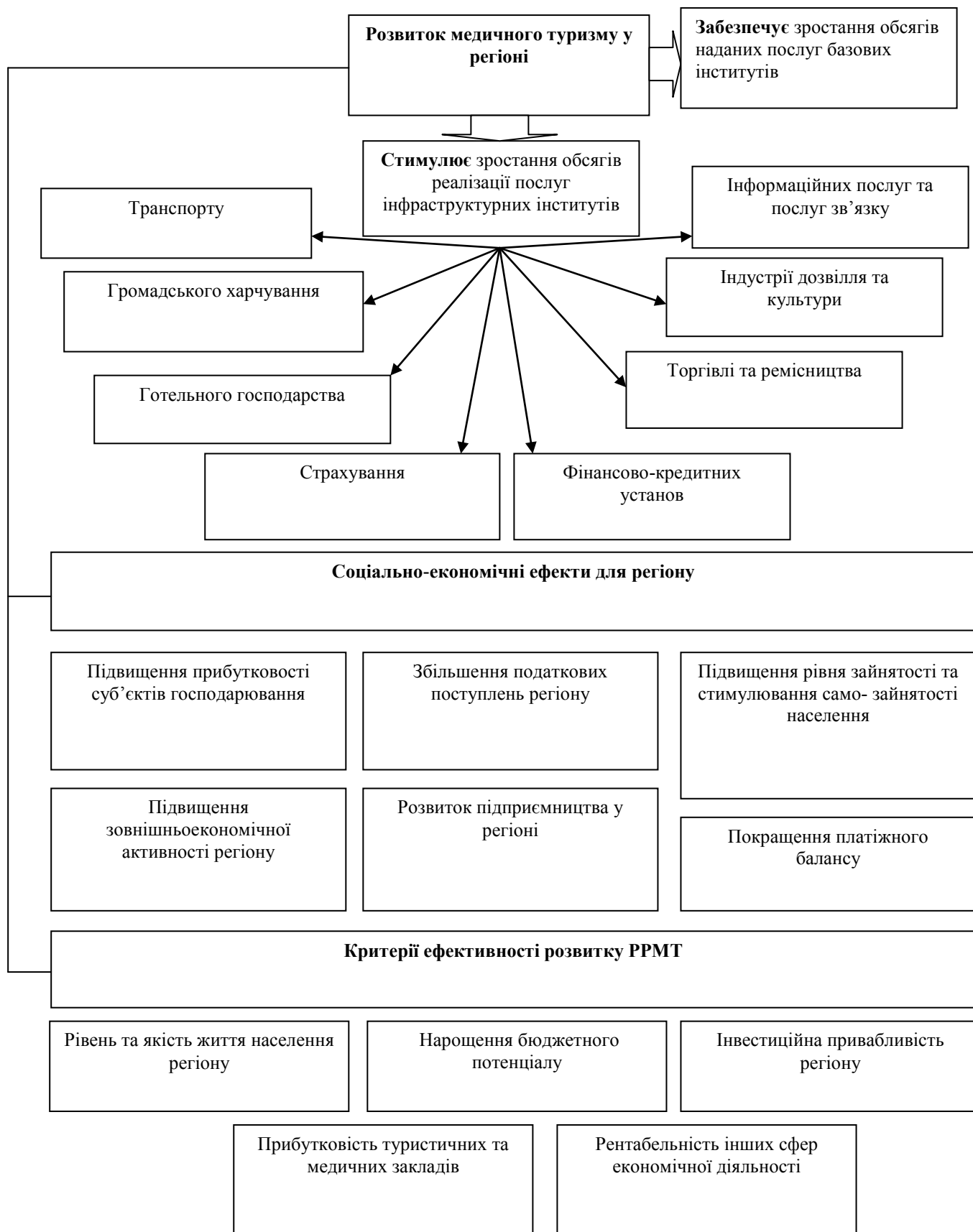


Рис. В.1. Вплив розвитку РРМТ на соціально-економічний розвиток регіону

Перелік факторів впливу на ВРП для апробації моделі оцінки мультиплікативного ефекту

Підсистеми РРМТ	Перелік факторів
Медична підсистема	Валовий регіональний продукт на душу населення, грн. (x_1); кількість середнього медперсоналу в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_2); кількість лікарняних ліжок в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_3); післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології (на 1000 хірургічних операцій; кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (стоматологи) в регіоні) (x_4); інвестиції в основний капітал закладів охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_5); забезпеченість населення лікарями усіх спеціальностей, осіб в розрахунку на 10 тис. населення регіону (x_6); кількість зайнятого населення у сфері охорони здоров'я та наданні соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. населення (x_7); кількість вивільнених працівників у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги в розрахунку на 10 тис. населення регіону (x_8); кількість оздоровлених осіб в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону в медичних закладах (x_9); кількість оздоровлених осіб в розрахунку на 1 середньооблікового працівника санаторно-курортних і оздоровчих закладах регіону (x_{10}); індекс споживчих цін на послуги з охорони здоров'я (x_{11}); експорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{12}); імпорт послуг у сфері охорони здоров'я регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{13}); обсяг реалізованих послуг в сфері охорони здоров'я людини в розрахунку на 10 тис. населення регіону; кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (хірургічні спеціалісти) (x_{14}); кількість лікарів в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (акушери і гінекологи) (x_{15}); кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (педіатри) (x_{16}); кількість лікарів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (психіатри) (x_{17}); кількість операцій на органах травлення в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{18}); кількість операцій кістково-м'язевої системи в стаціонарах регіону в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{19}); кількість операцій на шкірі та підшкірній клітковині в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{20}); кількість акушерських операцій в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб жінок регіону (x_{21}); кількість операцій на вусі/горлі/носі в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{22}); кількість операцій на вусі/горлі/носі в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{23}); кількість операцій на органах зору в стаціонарах регіону за їх видами в розрахунку на 100 тис. осіб населення регіону (x_{24}).
Туристична підсистема	Кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_1); кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_2); кількість туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_3); кількість іноземних туристів, обслугованих суб'єктами туристичної діяльності в регіоні, з метою лікування в розрахунку на 1 іноземного туриста, що відвідав регіон (x_4); кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 10 тис. осіб

	населення (x_5); кількість реалізованих в регіоні суб'єктами туристичної діяльності туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_6); кількість реалізованих суб'єктами туристичної діяльності регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_7); вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України в межах України в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_8); вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок громадянам України за кордон в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_9); вартість реалізованих туроператорами регіону туристичних путівок іноземцям для подорожей в Україні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{10}); доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{11}); доходи від надання туристичних послуг в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{12}); операційні витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{13}); витрати суб'єктів туристичної діяльності в регіоні на послуги сторонніх організацій на медичне обслуговування при виробництві туристичного продукту в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{14}); середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності, що мають вищу або середню спеціальну освіту в галузі туризму в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{15}); середньооблікова кількість штатних працівників суб'єктів туристичної діяльності в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{16}); продуктивність праці в туристичній сфері регіону (обсяг послуг/чисельність працівників) (x_{17}); кількість суб'єктів туристичної діяльності в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{18}); кількість туристичних фірм, що мають власні сайти в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{19}); рівень забезпечення землями природно-заповідного фонду, тис. га, в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{20}); кількість об'єктів природно-заповідного фонду в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{21}); кількість об'єктів історико-культурної спадщини в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{22}); кількість внз на 10 тис осіб населення регіону (x_{23})
Інфра-структурна підсистема	Одноразова місткість місць готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_1); кількість приїжджих осіб, яким були надані послуги готелів та інших місць для тимчасового проживання в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_2); кількість музеїв в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_3); кількість санаторно-курортних закладів в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_4); кількість інтернет-провайдерів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_5); кількість інтернет-користувачів в регіоні в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_6); рівень забезпеченості інноваційно-активними підприємствами в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_7); інвестиції в основний капітал в діяльність підприємств транспорту та зв'язку регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_8); інвестиції в основний капітал в діяльність готелів та ресторанів регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_9); щільність автомобільних доріг загального користування з твердим покриттям в регіоні (x_{10}); роздрібний товарооборот підприємств ресторанного господарства регіону в розрахунку на 10 тис. осіб населення регіону (x_{11}); кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності готелів та ресторанів в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{12}); кількість суб'єктів економічної діяльності в регіоні, що надають послуги у сфері діяльності транспорту та зв'язку в розрахунку на 10 тис. населення регіону (x_{13}); дохід від експлуатації готелів та інших місць для тимчасового проживання в регіоні в розрахунку на 1 туриста, що відвідав регіон (x_{14}).

Матриця парних коефіцієнтів кореляції (медична підсистема)

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Y	1,000	-0,069	0,577	-0,112	0,497	0,329	0,753	-0,270	0,019	-0,061	0,230	0,327
X1		1,000	0,136	0,126	0,228	0,060	0,171	0,149	-0,080	-0,373	-0,599	0,210
X2			1,000	0,187	0,301	0,178	0,494	-0,138	0,009	-0,037	0,166	0,327
X3				1,000	0,109	0,201	0,042	0,168	0,034	0,080	-0,032	-0,175
X4					1,000	0,495	0,671	0,015	0,065	-0,043	-0,275	0,048
X5						1,000	0,585	0,240	0,398	0,471	-0,190	-0,067
X6							1,000	-0,089	0,144	0,158	-0,081	0,172
X7								1,000	0,798	0,595	-0,265	-0,204
X8									1,000	0,764	-0,077	0,002
X9										1,000	0,248	-0,182
X10											1,000	0,169
X11												1,000
X12												
X13												
X14												
X15												
X16												
X17												
X18												
X19												
X20												
X21												
X22												
X23												
X24												

Продовж. табл. В.3

	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18	X19	X20	X21	X22	X23	X24
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Y	-0,048	0,854	0,316	0,669	0,468	0,506	0,642	0,356	0,520	-0,141	0,140	-0,052	0,728
X1	-0,126	0,247	-0,053	-0,198	-0,115	0,124	0,057	0,332	0,188	0,350	-0,173	0,163	0,160
X2	-0,014	0,518	0,231	0,540	0,121	0,187	0,549	0,464	0,274	0,089	-0,063	0,012	0,585
X3	0,126	-0,118	0,097	-0,210	-0,042	-0,178	0,065	0,028	-0,081	0,066	0,006	0,214	0,093
X4	0,223	0,488	0,375	0,481	0,128	0,097	0,287	-0,120	-0,089	-0,234	-0,095	-0,350	0,234
X5	0,586	0,455	0,689	0,220	0,363	0,320	0,426	0,034	0,026	-0,119	-0,055	-0,121	0,195
X6	0,302	0,794	0,596	0,582	0,496	0,442	0,687	0,103	0,260	-0,127	0,156	-0,031	0,584
X7	0,691	-0,260	0,516	-0,182	0,056	0,084	0,064	0,081	-0,244	0,044	-0,094	0,064	-0,239
X8	0,802	-0,003	0,744	0,115	0,261	0,275	0,339	0,091	-0,110	-0,086	-0,111	0,057	-0,008
X9	0,895	-0,090	0,809	0,098	0,235	0,145	0,204	-0,086	-0,180	-0,288	-0,032	-0,191	-0,091
X10	-0,018	-0,067	-0,021	0,252	0,321	0,104	0,210	0,149	0,352	-0,213	0,097	-0,041	0,229
X11	-0,136	0,307	-0,044	0,206	0,210	0,459	0,381	0,526	0,286	-0,106	-0,121	0,023	0,317
X12	1,000	-0,005	0,892	0,121	0,244	0,149	0,305	-0,160	-0,265	-0,298	-0,039	-0,180	-0,089
X13		1,000	0,381	0,417	0,334	0,571	0,530	0,348	0,546	-0,070	0,171	-0,058	0,704
X14			1,000	0,317	0,295	0,319	0,464	-0,027	-0,037	-0,335	-0,091	-0,229	0,244
X15				1,000	0,386	0,117	0,616	0,080	0,150	-0,030	-0,039	-0,218	0,465
X16					1,000	0,614	0,672	0,326	0,421	0,142	0,402	0,450	0,339
X17						1,000	0,556	0,592	0,478	0,006	0,249	0,213	0,365
X18							1,000	0,336	0,351	0,164	0,075	0,242	0,684
X19								1,000	0,639	0,276	0,108	0,244	0,302
X20									1,000	0,188	0,207	0,265	0,533
X21										1,000	0,160	0,339	0,159
X22											1,000	0,308	-0,117
X23												1,000	0,108
X24													1,000

Матриця парних коефіцієнтів кореляції (туристична підсистема)

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Y	1,000	0,570	0,150	-0,120	-0,023	0,286	0,846	0,069	0,111	0,206	-0,060	0,732
X1		1,000	0,840	0,418	0,056	0,622	0,832	0,313	-0,249	-0,399	0,051	0,945
X2			1,000	0,640	0,122	0,554	0,457	0,404	-0,268	-0,440	0,116	0,647
X3				1,000	0,367	0,306	0,072	0,655	0,124	-0,356	0,487	0,287
X4					1,000	-0,050	0,029	0,297	-0,001	0,154	0,466	0,021
X5						1,000	0,534	0,212	-0,268	-0,367	-0,035	0,542
X6							1,000	0,089	-0,065	-0,020	-0,062	0,893
X7								1,000	-0,169	-0,377	0,807	0,299
X8									1,000	0,539	-0,098	-0,174
X9										1,000	-0,236	-0,327
X10											1,000	0,027
X11												1,000
X12												
X13												
X14												
X15												
X16												
X17												
X18												
X19												
X20												
X21												
X22												
X23												

Продовж. табл. В.4

	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18	X19	X20	X21	X22	X23
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Y	0,474	-0,057	-0,066	0,766	-0,204	0,641	0,578	0,698	-0,516	-0,460	-0,164	0,116
X1	0,554	0,097	0,236	0,872	-0,435	0,893	0,811	0,728	-0,256	-0,348	0,164	0,711
X2	0,384	0,127	0,317	0,552	-0,352	0,655	0,656	0,352	-0,157	-0,332	0,087	0,679
X3	0,294	0,162	0,392	0,258	-0,265	0,356	0,413	0,167	0,162	-0,231	0,244	0,522
X4	-0,036	-0,159	0,221	0,041	-0,082	0,018	0,115	0,106	0,122	-0,170	0,297	0,207
X5	0,280	0,067	0,001	0,466	-0,482	0,523	0,456	0,312	-0,016	-0,339	-0,023	0,455
X6	0,453	-0,052	0,046	0,874	-0,410	0,785	0,703	0,802	-0,341	-0,362	0,078	0,473
X7	0,370	0,116	0,619	0,423	-0,195	0,334	0,616	0,377	-0,151	-0,306	0,299	0,269
X8	-0,166	-0,204	-0,272	-0,199	0,090	-0,192	-0,245	-0,138	-0,044	-0,134	-0,225	-0,373
X9	-0,425	-0,399	-0,399	-0,317	0,017	-0,409	-0,390	-0,283	-0,184	-0,025	-0,341	-0,491
X10	0,148	-0,002	0,698	0,136	-0,208	0,110	0,252	0,370	-0,091	-0,240	0,504	0,190
X11	0,662	0,137	0,170	0,954	-0,386	0,937	0,830	0,808	-0,274	-0,323	0,158	0,613
X12	1,000	0,714	0,226	0,638	-0,075	0,845	0,588	0,461	-0,211	-0,394	-0,055	0,453
X13		1,000	0,191	0,111	0,126	0,389	0,135	-0,043	0,068	-0,030	-0,069	0,264
X14			1,000	0,237	-0,191	0,245	0,307	0,408	-0,151	-0,066	0,516	0,264
X15				1,000	-0,292	0,863	0,912	0,851	-0,355	-0,350	0,151	0,511
X16					1,000	-0,387	-0,154	-0,348	-0,070	0,037	-0,368	-0,226
X17						1,000	0,754	0,727	-0,257	-0,394	0,122	0,648
X18							1,000	0,690	-0,310	-0,364	0,110	0,528
X19								1,000	-0,323	-0,283	0,428	0,458
X20									1,000	0,622	0,465	0,136
X21										1,000	0,475	-0,045
X22											1,000	0,351
X23												1,000

Матриця парних коефіцієнтів кореляції (інфраструктурна підсистема)

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Y	1,000	-0,001	0,706	-0,082	-0,071	0,649	0,920	0,001	0,774	0,355	-0,082	0,897	-0,112	0,784	0,009
X1		1,000	0,204	-0,280	0,615	0,146	0,079	0,219	0,133	0,206	-0,553	0,036	-0,107	0,231	0,437
X2			1,000	-0,039	-0,018	0,864	0,739	0,035	0,523	0,731	-0,102	0,783	-0,492	0,868	-0,155
X3				1,000	-0,274	0,004	-0,181	0,214	-0,076	-0,098	0,079	-0,068	0,022	-0,176	-0,226
X4					1,000	-0,161	0,102	-0,167	0,178	0,417	-0,594	-0,062	0,120	0,232	0,523
X5						1,000	0,645	0,208	0,485	0,528	-0,056	0,704	-0,351	0,776	-0,108
X6							1,000	0,066	0,825	0,518	-0,063	0,894	-0,081	0,881	0,129
X7								1,000	0,133	-0,153	0,079	0,052	-0,028	-0,002	0,158
X8									1,000	0,429	-0,055	0,792	0,276	0,778	0,499
X9										1,000	-0,136	0,451	-0,240	0,735	0,152
X10											1,000	-0,067	-0,082	-0,265	-0,279
X11												1,000	-0,130	0,853	0,085
X12													1,000	-0,165	0,672
X13														1,000	0,159
X14															1,000

Оцінка якості побудованої моделі

Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	МЕДИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ													
	Параметри													
	a ₀	a ₂	a ₄	a ₆	a ₁₁	a ₁₃	a ₁₄	a ₁₅	a ₁₆	a ₁₇	a ₁₈	a ₁₉	a ₂₀	a ₂₄
Незміщена оцінка дисперсії залишків	431610621,5													
Стандартні помилки оцінок параметрів	64774,167	243,17249	112,49741	356,16226	604,21626	730,81852	0,8780764	2,7285243	631,79744	355,56844	1767,5708	25,168279	18,348257	19,161065
Відносний показник розсіювання	948,57304	777,00558	198,24529	535,47404	436,85951	51,614045	175,23579	42,364764	161,83296	253,05554	313,6371	668,84473	1148,36	120,7399
Значущість коефіцієнта детермінації	7,7974118													
Значущість коефіцієнта множинної кореляції	9,673104													
Значущість побудованої моделі	36,066526													
Значущість параметрів економетричної моделі	0,1054215	0,1286992	0,5044256	-0,186750	-0,228907	1,9374571	-0,5706597	2,3604522	0,6179211	0,3951702	-0,318840	0,1495115	0,0870807	0,8282266
Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	ТУРИСТИЧНА ПІДСИСТЕМА РРМТ													
	Параметри													
	a ₀	a ₁	a ₆	a ₁₁	a ₁₂	a ₁₅	a ₁₇	a ₁₈	a ₁₉	a ₂₀	a ₂₁			
Незміщена оцінка дисперсії залишків	336827223,2													
Стандартні помилки оцінок параметрів	4662,6392	6,6295419	50,147406	3,8326723	6585,9453	6017,3533	67,759521	5108,4721	33065,47	1865,6669	852,15673			
Відносний показник розсіювання	22,117593	46,908107	31,065183	56,103412	364,0163	250,1432	256,78867	451,25312	1408,846	55,727011	84,22288			
Значущість коефіцієнта детермінації	16,896754													
Значущість коефіцієнта множинної кореляції	12,331698													
Значущість побудованої моделі	76,341367													
Значущість параметрів економетричної моделі	4,521288	-2,1318277	3,2190379	1,7824228	0,274713	-0,399771	-0,3894253	0,2216051	0,0709801	-1,794462	-1,1873258			
Параметри та критерії кореляції та регресії за результативним підходом	ІНФРАСТРУКТУРНА ПІДСИСТЕМА РРМТ													
	Параметри													
	a ₀	a ₂	a ₅	a ₆	a ₈	a ₉	a ₁₁	a ₁₃						
Незміщена оцінка дисперсії залишків	333508890													
Стандартні помилки оцінок параметрів	2742,708566	1,8412662	9046,2386	516904,62	0,3914272	13545423	1,7418431	465,66895						
Відносний показник розсіювання	55,06552375	91,122702	518,20268	86478,382	126,31795	55419387	99,01342	115,18995						
Значущість коефіцієнта детермінації	30,42831													
Значущість коефіцієнта множинної кореляції	13,51184													
Значущість побудованої моделі	137,3676													
Значущість параметрів економетричної моделі	1,816018321	1,0974214	0,1929747	0,0011564	0,7916531	-1,804E-06	1,0099641	-0,8681313						

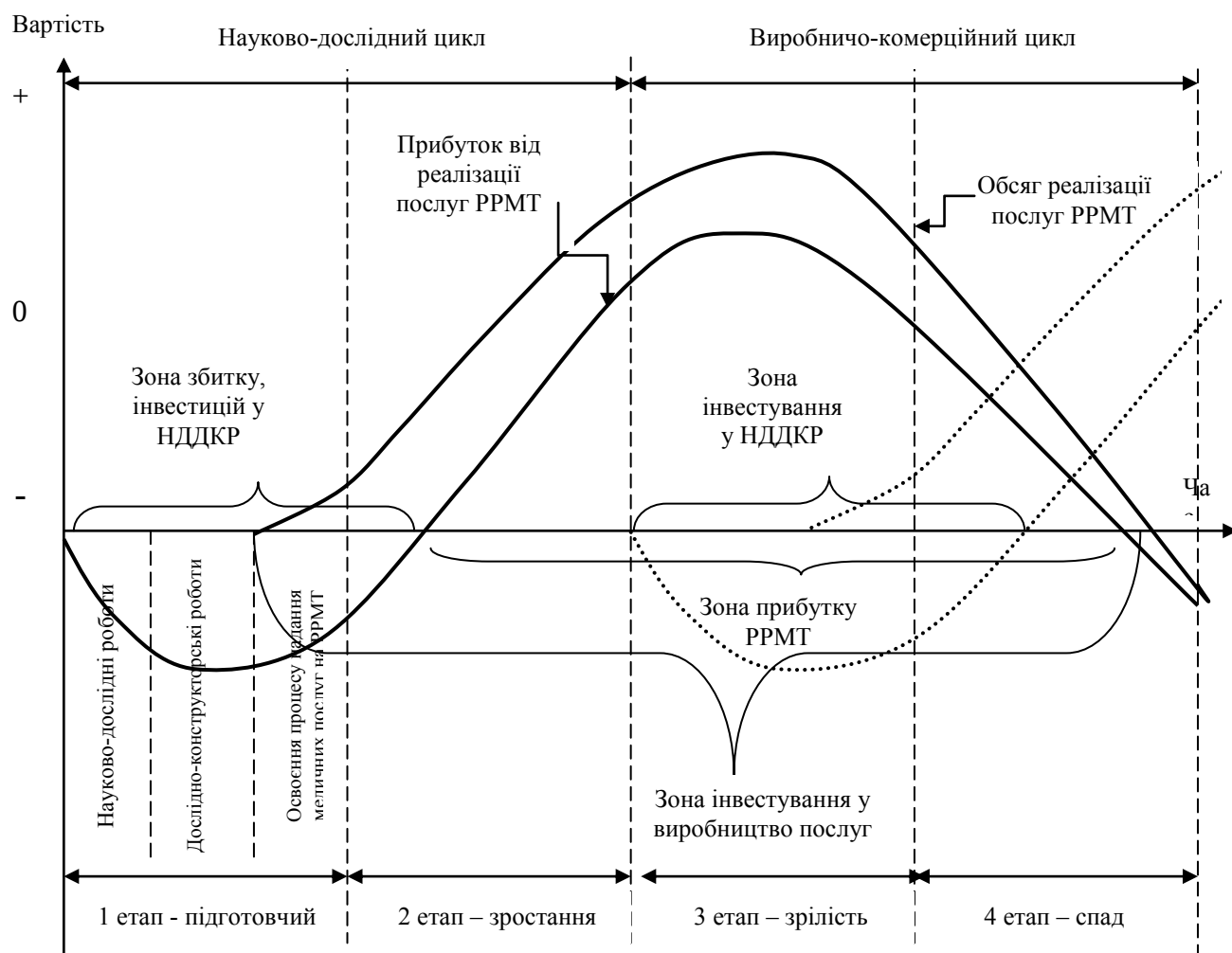


Рис. В.7. Графік життєвого циклу інновацій на РРМТ



Рис. В.8. Система забезпечення процесу продукування базових інновацій на РРМТ

Систематизація факторів, що перешкоджають інноваційному розвитку регіонів України, та напрямки нейтралізації їх негативного впливу

Негативні фактори, перешкоди	Напрямки нейтралізації негативного впливу	Важелі впливу	Очікуваний результат
1	2	3	4
Зменшення інноваційної активності підприємств регіону	Стимулювання інноваційної активності суб'єктів господарювання регіону	Реалізація стимулюючих заходів, в першу чергу, фіскального характеру (податкові пільги), пільгові кредити, інші, зокрема виключення витрат на НДДКР, пов'язаних з основною виробничою і торговою діяльністю, із суми доходу, який оподатковується	Зростання кількості інноваційних підприємств регіону, отримання регіональною економікою конкурентних переваг на національному та світовому ринках
Низький рівень проведення підприємствами наукових досліджень	Формування кластерних структур з поєднанням інтересів підприємств та науки	Зростання державних витрат на НДДКР, запровадження пільгових кредитів малим і середнім підприємствам, які кооперуються з іншими фірмами для проведення наукових досліджень, дотації підприємствам на НДР, що виконуються по їх замовленню в учбових і НДО	Зростання частки підприємств, що займаються науковими дослідженнями, приймають участь у спільних інноваційних проектах
Недостатній обсяг фінансування НДДКР	Зміна державних пріоритетів у бюджетному фінансуванні з коротко- на довгострокові, стимулювання інноваційного інвестування	Зростання бюджетних витрат на фінансування інноваційної діяльності, збільшення контролю за ефективністю витрачання коштів, збільшення частки витрат на інноваційну діяльність у загальному обсязі доходу підприємств, розвиток венчурного капіталу, запровадження податкової знижки на приватні інвестиції в НДДКР	Збільшення обсягу фінансування НДДКР, підвищення ефективності витрачання коштів
Низький рівень наукомісткості продукції регіону та країни в цілому	Розвиток партнерських зв'язків між учасниками циклу «наука – виробництво»	Дотації малим і середнім фірмам на наукові дослідження або розробку нової технології для виготовлення продукції, державна підтримка патентування найбільш вагомих наукових результатів, спрямованість процесу створення інновацій на кінцевого споживача	Підвищення рівня наукомісткості продукції, товарів, робіт, послуг

1	2	3	4
Домінування у структурі економіки регіонів України низько-технологічних сфер діяльності	Оцінка потенційних можливостей регіональної економіки, вибір інноваційних точок росту регіону для забезпечення інноваційно-інвестиційної моделі розвитку	Запровадження диференційованої шкали оподаткування для підприємств традиційного та інноваційного виробництва	Перехід регіональної економіки на вищі технологічні уклади
Витіснення інновацій з пріоритетів державної та регіональної підтримки	Інноваційна спрямованість державної та регіональної політики - узгодження політичних, економічних, соціальних, технологічних та інших змін	Включення інноваційних пріоритетів у всі регіональні та загальнодержавні програми, пропаганда фізичних та юридичних осіб до інноваційної активності, мотивування висококваліфікованих фахівців до створення інноваційних бізнес-структур, працевлаштування за спеціальністю, вдосконалення програмно-цільового механізму реалізації пріоритетних завдань в інноваційній сфері	Підтримка інноваційних ініціатив регіональними та державними органами влади та місцевого самоврядування
Низький технологічний потенціал регіонів країни	Структурна перебудова економіки регіонів	Розробка і затвердження моделі структурної перебудови економіки регіонів	Зростання технологічного потенціалу регіонів
Значні масштаби зовнішніх міграційних потоків з регіонів	Створення в Україні нових, більш матеріально привабливих робочих місць, забезпечення взаємовигідної взаємодії у сфері економічних відносин між власниками та найманими працівниками щодо справедливого розподілу доходів	Встановлення нормативів оплати праці, зокрема: питомої ваги заробітної плати в одиниці собівартості продукції; збільшення мінімального рівня оплати праці; встановлення граничного рівня диференціації заробітної плати працівників	Повернення у регіони країни мігрантів

1	2	3	4
Невідповідність сфери підготовки фахівців інноваційним потребам регіонального та національного ринку	Забезпечення міжнародної мобільності навчання студентів, збільшення обсягів державного замовлення підготовки фахівців технічного спрямування	Залучення ВНЗ України до міжнародних програм обміну студентами, залучення студентів до виконання НДДКР, запровадження програми державної підтримки талановитих студентів для навчання у провідних вітчизняних і зарубіжних університетах, стажування молодих вчених у зарубіжних наукових центрах, зміна норм навантаження викладачів ВНЗ, створення спеціального державного фонду цільової підготовки молоді у провідних наукових центрах світу, підвищення технологічної забезпеченості навчального процесу, доступу до світових науково-інформаційних ресурсів	Збільшення кількості зайнятих у високотехнологічних секторах регіональної економіки
Високий рівень енергомисткості виробництва	Зменшення енергетичної залежності країни та її регіонів, стимулювання енергозбереження	Державна підтримка видобутку власних джерел енергії, субсидії малим і середнім фірмам для придбання енергозберігаючих технологій, удосконалення існуючих технологій та обладнання, заміщення і вибір найефективніших енергоносіїв, удосконалення державної системи експертизи технологій, обладнання, які ввозяться у регіони	Підвищення конкурентоспроможності продукції
Низький рівень розвитку інноваційної інфраструктури регіону	Державна підтримка процесу збільшення об'єктів інноваційної інфраструктури, контроль за виконанням ними їх функцій	Дотації регіональним органам влади, учбовим, науково-дослідним установам, торговельно-промисловим палатам на створення технологічних центрів, бізнес-інкубаторів та інших об'єктів інноваційної інфраструктури, законодавча підтримка створення венчурних фондів інноваційної спрямованості	Інфраструктурне забезпечення інноваційної діяльності у регіоні
Неефективна нормативно-правова база інноваційного розвитку регіону	Приведення нормативно-правової бази у відповідність до сучасних тенденцій та вимог, зокрема щодо стимулювання інноваційної активності	Розробка, законодавче регулювання і запровадження механізмів стимулювання інвестицій у наукові дослідження і розробки	Дієвий механізм стимулювання інноваційної активності регіону



Рис. В.10. Дерево цілей функціонування регіонального кластеру медичного туризму у стоматології

Характеристика рекламних засобів стимулювання попиту на послуги стоматологічного кластера РРМТ

Засіб реклами	Переваги	Недоліки	Доцільність застосування	
			На стадії залучення туристів (стимулювання попиту на основні послуги кластеру)	На стадії обслуговування туристів (стимулювання попиту на додаткові послуги кластеру)
1	2	3	4	5
Газети	- незначні витрати; - постійне оновлення інформації.	- охоплюють переважно місцеву аудиторію; - низька якість друку	Доцільно використовувати як додатковий засіб реклами	Не доцільно використовувати
Журнали	- висока якість друку; - тривалий період повідомлення; - престиж реклами; - значна кількість вторинних читачів	- значна періодичність видання; - використання, в основному, на вітчизняному ринку	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Доцільно використовувати як додатковий засіб реклами
Он-лайн реклама	- незначна вартість; - вільне регулювання показів реклами; - необмежений обсяг реклами; - доступність широкому загалу, в тому числі за кордоном	- інноваційний вид реклами, тому не є доступним для пересічного громадянина, який не володіє навиками користування ІТ	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Не доцільно використовувати
Буклети	- висока якість; - цільове призначення, присвячене послугам кластеру або його учасника	- містить обмежений обсяг інформації; - обмежений доступ до носія реклами	Доцільно використовувати як додатковий засіб реклами	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами

1	2	3	4	5
Каталог	- висока якість; - цільове призначення, присвячене послугам кластеру або його учасника	- обмежений доступ до носія реклами; - обмежене розповсюдження носія реклами; - значні витрати при виготовленні	Доцільно використовувати як додатковий засіб реклами	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами
Прямі поштові відправлення	- носить адресний характер; - є ефективним засобом для налагодження контактів з турагенствами з різних країн світу	- значні витрати; - потребують постійного оновлення списки людей, яким адресується рекламне звернення; - є ризик помилитись у списку розсилки; - охоплює обмежену кількість потенційний туристів	Доцільно використовувати як додатковий засіб реклами	Не доцільно використовувати
Радіо	- низька вартість; - потенційними туристами є водії авто (слухачі реклами)	- рекламні звернення сприймаються лише на слух	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Не доцільно використовувати
Телебачення	- охоплення широкої аудиторії; - здатне концентрувати увагу, захоплювати; - хороше сприйняття аудиторією	- висока вартість	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Не доцільно використовувати
Зовнішня реклама (неон, бігборд, реклама на міському транспорті, електронні табло, ін.)	- миттєве сприйняття; - незначна вартість	- територіальне розташування; - не дозволяє залучити закордонних туристів	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами
Виставки	- дозволяють представити нові напрямки та програми турів; - дозволяють підшукати партнерів з-за кордону, інших міст	- значна періодичність проведення; - спрямування на пошук партнерів, а не залучення потенційних туристів	Доцільно використовувати як один із основних засобів реклами	Не доцільно використовувати

