

*Резнікова Н.В.<sup>1</sup>,  
Рубцова М.Ю.<sup>2</sup>*

**Проблема комерціалізації медичних послуг й дотримання конкуренції в сфері охорони здоров'я: механізми викривлення ринку та особливості їхній протидії**

*Анотація.* У статті розглянуто ринок послуг з охорони здоров'я крізь призму конкуренції. Перешкоди для входу, інформаційна асиметрія та економія на масштабі визначені як іманентні риси моделей конкуренції на ринку послуг з охорони здоров'я. Виокремлено напрямки регулювання ринків послуг з охорони здоров'я. Зазначено, що бар'єри для входження на ринок медичних послуг, виступаючи як проявом ринкових сил, таких як економія на масштабі, так і державних адміністративних обмежень, ведуть до його концентрації, заохочуючи злиття і поглинання у секторі охорони здоров'я, не сприяючи при цьому покращенню якості останнього та пригнічуючи його інновативність. Водночас, з огляду на бар'єри входження на ринок, а відтак спотворення конкуренції, існуючі надавачі медичних послуг використовують ринок для втримання високих цін за низької якості останніх.

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

---

<sup>1</sup> доктор економічних наук, доцент, професор кафедри світового господарства і міжнародних економічних відносин Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка

<sup>2</sup> кандидат економічних наук, доцент кафедри міжнародного бізнесу Інституту міжнародних відносин Київського національного університету імені Тараса Шевченка

**Annotation.** *The market for health care is studied in the article through the prism of competition. Barriers for access, information asymmetry and economy on scales are defined as immanent features of competition models in the market in health care. It is noted that barriers to entering the medical services market, acting as a manifestation of market forces, such as economies of scale and state administrative constraints, have led to its concentration, encouraging mergers and acquisitions in the health sector, without contributing to the improvement of the quality of the latter and suppressing its innovation. At the same time, given the barriers to entry, and thus distortion of competition, existing healthcare providers use the market to keep prices high for the poor quality of the latter.*

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

**Аннотация:** *В статье рассмотрен рынок услуг здравоохранения через призму конкуренции. Препятствия для входа, информационная асимметрия и экономия на масштабе определены как имманентные черты моделей конкуренции на рынке услуг здравоохранения. Выделены направления регулирования рынков услуг здравоохранения. Отмечено, что барьеры для вхождения на рынок медицинских услуг, выступая как проявлением рыночных сил, таких как экономия на масштабе, так и государственных административных ограничений, ведущих к его концентрации, поощряя слияния и поглощения в секторе здравоохранения, не способствуют при этом улучшению качества последнего и подавляя его инновационность. В то же время, с учетом барьеров входа на рынок, а следовательно и искажения конкуренции, существующие провайдеры медицинских услуг используют рынок для удержания высоких цен при низком качестве последних.*

**Ключевые слова:** *модели конкуренции на рынках услуг в сфере здравоохранения, рынок медицинских услуг, информационная асимметрия, экономия на масштабе, регулирование рынков услуг.*

**Постановка проблеми.** Медичні послуги беззаперечно виступають носієм специфічних ознак, а відтак — характеризуються унікальними можливостями з позицій їхньої комерціалізації, часом деформуючи моделі конкуренції в умовах вільного ринку.

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

**Виклад основного матеріалу.** Унікальність сфери охорони здоров'я є незаперечним фактом, де під «унікальністю» мають на увазі принципи, за якими вона функціонує порівняно з принципами вільного ринку, які керують усіма іншими секторами економіки. Причини унікальності охорони здоров'я називаються різні, але деякими з найбільш поширених є такі: складності в

наданні послуг; різниця в рівні освіченості як пацієнтів (що впливає на вибір ними медичних послуг), так і фахівців з охорони здоров'я (що актуалізує проблему інформаційної асиметрії); притаманна цьому сектору економія на масштабі; істотна роль третіх сторін. Попри існуюче обмеження застосування принципів вільного ринку поширене твердження про те, що сектор охорони здоров'я в цілому не може працювати на принципах вільного ринку, є дискусивним. Прикметно, що державна політика підтримує деякі з цих особливостей, зокрема оплату третіми сторонами, зводить контрпродуктивні бар'єри для входження на ринок, підтримує непрозорі методи ціноутворення, сприяє перекосам в інноваційній активності, гальмуючи останню, а також накладає обмеження на заходи відшкодування в рамках державних програм. Загалом така практика привела до обмеження вибору, обмеження конкуренції та неоптимальності ринків, на яких підвищуються ціни і знижується якість. Окремими штатами в США, зокрема, введено закони, які вимагають від тих, хто бажає увійти на ринок, отримання державного дозволу, а подекуди і дозволу від існуючих суб'єктів, що напряду деформує конкурентні відносини.

Деякі витрати на охорону здоров'я становлять витрати на послуги зі швидкої допомоги, які не є споживчими послугами. Поширене твердження про те, що сектор охорони здоров'я в цілому не може працювати на принципах вільного ринку, контроверсійне. Більшість медичних послуг є звичайними послугами або послугами на вибір пацієнта, надання яких може бути забезпечено ринком для підвищення добробуту пацієнта. В одному з досліджень [8] визначено, що витрати відділів швидкої допомоги становлять приблизно 6% сукупних витрат США на охорону здоров'я. В іншому дослідженні [9] 43% витрат на охорону здоров'я визначено як «такі, які можуть бути об'єктами купівлі», а інші 11% витрат – це витрати на ліки за рецептами, тобто предмети, які зазвичай можуть бути об'єктами купівлі. Окреслене обумовлює необхідність розмежування між медичними послугами, які можуть і не можуть бути об'єктами купівлі, і сприяти тому,

щоб операції купівлі, з яких у більшості складається сектор, здійснювались на звичайних ринкових засадах. Прикметно, що державна політика і регулювання часто діють у цілком протилежний спосіб, перешкоджаючи застосуванню звичайних ринкових сил до категорії медичних послуг, які можуть бути об'єктами купівлі, і в результаті розглядаючи весь сектор так, нібито він тотожний послугам швидкої допомоги.

Ще один поширений аргумент на користь припущення про спотворену конкуренцію на ринку медичних послуг лежить в площині того, що з огляду на різну кваліфікацію постачальників медичних послуг і їх покупців (тобто пацієнтів) усвідомлений вибір споживача є нереальним. Водночас інформаційні викривлення властиві й іншим ринкам послуг, які працюють на принципах вільного ринку (наприклад, рна ринку фінансового консалтингу). Втім, якщо припустити, що надавачі медичних послуг мають вигоду від пацієнтів, продаючи останнім послуги, призначення яких ті не розуміють або не потребують, можна припустити, що до медичних працівників висуваються підвищені вимоги щодо дотримання жорстких стандартів етики. Навіть якщо буде згода стосовно того, що такий ризик виправданий, є інші шляхи вирішення цієї проблеми без відходу від принципів вільного ринку. Наприклад, на багатьох ринках існує різниця між відповідними знаннями, кваліфікацією, навичками покупців і продавців, і прогнозовано, що менш освічена сторона звернеться до неупередженого консультанта, який допоможе їй прийняти правильне рішення (тим самим, підвищуючи ціну де-факто отриманої послуги). Крім того, представники третіх осіб, такі як групи спостерігачів, можуть здійснювати моніторинг суб'єктів усередині системи охорони здоров'я. Відсутність прозорого ціноутворення та інформації про якість виступають перешкодами у функціонуванні ринку медичних послуг та викривлюють його.

Ринкова система не забезпечує оптимального рівня охорони здоров'я через ряд обмежень, до яких ми відносимо несприятливий вибір і моральний ризик. Так, наприклад, потенційні споживачі медичних послуг можуть

надавати страховим компаніям неповну інформацію про стан їхнього здоров'я, а відтак у майбутньому стимулювати останні до підвищення суми страхових внесків з метою забезпечення себе від надмірних витрат. За такої ситуації люди, що не обізнані у своєму діагнозі або здорові на момент прийняття рішення щодо необхідності придбання страхової послуги можуть відмовитись від її споживання, що, в свою чергу, загострить проблему несприятливого вибору. З іншого боку, поведінка застрахованих людей також може змінюватися у бік нехтування превентивними засобами контролю за станом здоров'я, оскільки за умови спожитої страхової послуги вони матимуть змогу отримати гарантовану умовами контракту допомогу (ситуація, що характеризує моральний ризик). Відтак страхові компанії ризикують отримати більші витрати, які будуть враховані ними при розрахунку вартості наступних страхових послуг. У разі, якщо страхові компанії матимуть доступ до профілів здоров'я своїх клієнтів, вони уникатимуть страхування нездорових людей (завищуючи ціни послуг або надаючи не оптимальний (а відтак дешевший) обсяг обслуговування) та заохочуватимуть страхування здорового населення [10].

Ще одна причина проти комерціалізації сфери охорони здоров'я на ринкових засадах полягає в її монополізації з огляду на те, що охороні здоров'я притаманна економія на масштабі (що саме по собі призводить до природних монополій та накладає обмеження на нормальне функціонування ринку). Наприклад, фіксованими виступають витрати на будівництво і обладнання медичного закладу. Щойно заклад збудовано, граничні витрати на додаткові послуги скорочуються. Саме тому, згідно з цим аргументом, економічно обґрунтовано буде мати тільки одну лікарню або пологовий будинок у сільських районах з невеликим населенням, і саме тому деякі злиття медичних закладів підвищують економічну ефективність через скорочення виробничих витрат. Така природна економія на масштабі сприяє створенню структур-монополістів, що позначається на ціноутворенні на даному ринку. Такий самий аргумент можна навести стосовно обсягів

захворюваності, коли невеликі громади не завжди матимуть потребу в багатьох фахівцях з огляду на кількість населення і рівень захворювань. Для фахівців це створює економічний стимул об'єднувати діяльність і отримувати цінову вигоду. Ми можемо продовжити наше теоретизування, припустивши, що за такої ситуації відносно невеликий ринок не сприятиме входженню конкурента, який знизить ціни, оскільки попит на відповідний тип фахівця серед населення тримається на приблизно однаковому рівні, а це означає, що поява ще одного надавача послуг лише тільки доведе ціни до такої точки, коли жоден надавач не буде прибутковим і врешті-решт залишиться тільки один. Відповідно, якість та ціна медичних послуг залежатиме від масштабів урбанізації, адже кількість постачальників послуг на пряму залежатиме від попиту на останні. Окреслене актуалізує суворе дотримання законодавства проти незаконної консолідації та недоброчесної конкуренції, що уможливить функціонування ринків медичних послуг подібно до більшості інших конкурентних ринків.

До політичних заходів, які сприятимуть консолідації в секторі охорони здоров'я, можна віднести ті, що підтримуватимуть вже існуючих суб'єктів надання послуг за рахунок невеликих провайдерів і стартапів. Крім того, здатність створити регіональні монополії на ринках медичних послуг значно залежить від географічних факторів, які в більшості усунені такими інноваціями як телемедицина. Замість схвалення політики сприяння конкуренції з боку таких проривних технологій як телемедицина, уряд часто втручається, створюючи нерівні умови, які обмежують вибір і конкуренцію на користь вже існуючих суб'єктів і за рахунок споживачів. Якщо на ринках медичних послуг існує економія на масштабі, вона навряд чи є унікальною і не заважає нормальній роботі ринку в цілому. Насправді унікальною є міра схвалення урядом політичних заходів, що загострюють ці питання.

Специфічною особливістю ринків медичних послуг порівняно з іншими ринками, для яких характерна прозора ціна, чіткі критерії якості, визначений зміст операцій купівлі-продажу та економія на масштабі,

виступає те, що вся сукупність заходів державної політики має результатом надмірну роль механізмів оплати третіми сторонами і чисельні бар'єри для входження. Механізми оплати третіми сторонами відсторонюють кінцевого споживача від прямої оплати медичних товарів і послуг. Медичні послуги не сплачуються безпосередньо споживачами – за них і від їх імені це роблять посередники, що актуалізує взаємопов'язаність ринків медичних послуг та страхових послуг. Оплата медичних товарів чи послуг третіми сторонами деякою мірою зрозуміла і необхідна, оскільки йдеться про малоймовірні, непередбачувані та витратні медичні випадки, які інакше спричинять значні фінансові втрати окремої людини або родини.

Страховання, разом із заощадженнями і фінансуванням, є ефективним механізмом скорочення впливу малоймовірних і витратних подій, але страхування, яке покриває звичайні, передбачувані послуги або послуги, які можуть бути об'єктами купівлі, має значні недоліки. По-перше, система страхування характеризується адміністративними витратами. По-друге, споживачі зацікавлені отримати за страховим полісом якомога більшу суму (оскільки премія в результаті є постійною виплатою), що, в свою чергу, створює обумовлений покриттям полісу попит на дешеві види продукції та послуг і підвищує адміністративні витрати, оскільки страхувальники займаються оцінюванням вимог. З цієї причини фірми пропонують, а користувачі страховок на більшості інших ринків обирають поліси, які надають захист від малоймовірних, але високовитратних випадків. Оскільки звичайні, передбачувані послуги або послуги, які можуть бути об'єктом купівлі, не покриваються третьою стороною на інших страхових ринках, споживачі мають значний стимул до максимізації суми, яку вони отримують від цих непокритих звичайних послуг.

Цікавим виступає досвід США у регулюванні сфери надання медичних послуг шляхом заохочення послуг страхування. Ще в 1940-х і 1950-х роках звільнення внесків на медичне страхування, які платяться роботодавцем, від податків на доход і на фонд зарплати спонукало роботодавців пропонувати



робітникам комплексне страхування. Слід зазначити, що це стимулювало роботодавців надавати працівникам компенсацію через медичну страховку, а не через збільшення зарплати та інші виплати, які не були в такій вагомій мірі звільнені від податків. Створення Medicare та Medicaid у 1965 р. привело до додаткових державних субсидій на комплексне страхування. Прийнятий у 2010 р. Закон «Про доступну охорону здоров'я» («Affordable Care Act» (ACA)) зобов'язав громадян мати комплексну страховку або платити податковий штраф. Цей штраф було скасовано в січні 2019 р. на підставі Закону про скорочення податків і робочих місць («Tax Cuts and Jobs Act» 2017 р.). Цьому рішенню передувало прийняття законопроекту, згідно з яким з 1 січня 2014 р. роботодавці та їх страховики більше не зможуть відмовляти працівникам в наданні медичної страховки або підвищувати страхові внески за неї в разі, якщо до моменту начала трудового договору у працівника вже було підтверджено важке хронічне захворювання. Законом «Про доступну охорону здоров'я» також передбачено додаткові федеральні субсидії для комплексного страхування через розширення Medicaid. Завдяки відкритим податковим субсидіям для пропонованих роботодавцями медичних страховок медичне страхування в США як правило покриває, крім малоймовірних подій, звичайні, передбачувані послуги, які можуть бути об'єктом купівлі. Федеральні закони, включаючи Закон «Про доступну охорону здоров'я», і закони штатів, які регулюють страхову політику, також вимагають покриття конкретних медичних послуг, часто з низькою спільною оплатою або без спільної оплати.

Програма Medicaid, що передбачає номінальну або нульову спільну оплату і вирахування, наглядно демонструє цю проблему. В результаті споживачі як правило не мають стимулу шукати товар або послугу з нижчою ціною, що усуває один з механізмів стримання цін надавачів таких послуг. Ця сукупність політичних заходів створила ринок медичних товарів і послуг, який від початку є інфляційним. Відтак витрати на охорону здоров'я зростають, а надавачі страхових послуг під тиском ринку агресивно

управляють цими витратами від імені своїх споживачів. В противагу зазначеному, на конкурентних страхових ринках страховики під тиском ринкових сил знижують витрати на охорону здоров'я і премії. Однак принагідно зазначити, що за такої ситуації страховики мають вигоду від зростання витрат провайдерів. Відтак у надавачів страхових послуг може не бути належних стимулів для зниження витрат провайдерів, частково тому, що підвищені ціни провайдерів перетворюються в підвищені прибутки страховиків. Це може бути особливо проблематичним на ринках без жорсткої конкуренції серед платників. Незалежно від мотивації, і можна це приписати діям страховиків, витрати на охорону здоров'я постійно зростали швидше, ніж зарплати і сукупний попит загалом.

Оплата третіми сторонами також сприяє помітному розмежуванню між виробниками і споживачами, відводячи бюрократії функцію розподілу ресурсів. Бюрократія надзвичайно сприйнятлива до тиску з боку конкретних зацікавлених груп, які лобіюють законодавців, вимагаючи покриття для всіх видів продукції, яку вони виробляють, і послуг, які вони надають. Відповідаючи потребам окремих суб'єктів ринку медичних послуг, обов'язкові виплати ведуть до збільшення кількості медичних послуг, що фінансуються із залученням третіх сторін, тим самим збільшуючи премії та податки. Збільшення премій, в свою чергу, може спонукати деяких людей більше лікуватися і отримувати більше послуг, щоб максимізувати суму сплачуваної премії. Такі дії підштовхують на використання додаткових, але не обов'язкових медичних послуг і підвищують витрати на дешеві товари та послуги. Більше того, надмірна оплата третіми сторонами змушує провайдерів служити інтересам страхових компаній, а не споживачів.

В той же час, на більшості інших ринків споживачі платять повну ціну того, що вони купують, і тому скоріш за все цікавляться вартістю продукції порівняно з альтернативами. Активна купівля споживачами стимулює конкуренцію серед виробників за ціну та якість. Оплата третіми сторонами звичайних, передбачуваних і комерційних витрат не стимулює споживачів до

отримання максимальної вартості і призводить до непрозорих цін і бюрократичної тяганини. В результаті споживачі мають менше можливостей і менше стимулів для свідомого придбання медичних товарів або послуг, порівняння цін і якості, вибору найбільш ефективних провайдерів. Це, в свою чергу, означає, що провайдери не мають особливих стимулів для інновацій та підвищення ефективності.

**Висновки.** Структура ринку послуг у сфері охорони здоров'я може бути охарактеризована, серед іншого, за ступенем обмеження конкуренції, ступенем легітимності ринку та територіальною ознакою. Фактор географічного розташування під впливом технологічних інновацій (телемедицина) та послуг медичного туризму поступово втрачає свою провідну роль, втім рівень доходів населення, зміни у його віковій структурі, якість та прогнозована тривалість життя визначають потенціал попиту на об'єкти купівлі-продажу на ринку послуг охорони здоров'я. Пропозиція на ринку послуг з охорони здоров'я визначається кількістю медичних послуг, які можуть бути надані у певний період часу за визначеною ціною. За звичайних ринкових умов високі ціни та високі граничні прибутки заохочують нових виробників і продавців. Підвищення пропозиції з часом веде до зниження цін і підвищення якості. Водночас, з огляду на бар'єри входження на ринок, а відтак спотворення конкуренції, існуючі надавачі медичних послуг використовують ринок для втримання високих цін за низької якості останніх. Бар'єри для входження можуть бути результатом звичайних ринкових сил, таких як економія на масштабі, але вони також можуть бути результатом державних обмежень. Зведені державою бар'єри для входження ведуть до висококонцентрованого і неефективного ринку. Більше того, фірми, захищені від конкурентів, напевно виділятимуть ресурси на підтримання такої ренти, не покращуючи ефективність і не вдаючись до інновацій. Протягом останніх кількох десятиліть значно зросла кількість злиттів і поглинань в усьому секторі охорони здоров'я, зокрема серед постачальників медичних послуг. Останнім часом у галузі охорони здоров'я

стали спостерігатися консолідація (менш великі та більш великі фірми на ринку) і концентрація (переважний контроль більшості операцій невеликою кількістю фірм), частково через підвищення складності та адміністративного навантаження та інших вимог уряду.

#### Література.

1. Goddard M. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? / M. Goddard // International Journal of Health Policy and Management. – 2015. – Vol. 4 (9). – P. 567–569.
2. Medical Devices Competitiveness and. Impact on Public Health Expenditure [Electronic resource] / F. Pammolli, M.Riccaboni, C. Ogliandolo, L. Magazzini, G.Baio, N.Salerno. – 2005. – Mode of access: [http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/MD\\_Report.pdf](http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/MD_Report.pdf)
3. Herrick D. M. Medical Tourism: Global Competition in Health Care [Electronic resource] / D. M Herrick. – 2007. – Mode of access: <http://www.recoverdiscover.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Medical%20Tourism%20-%20NCPA%20Report.pdf>
4. Gaynor M. Competition in Health Care Markets [Electronic resource] / M. Gaynor, R.J. Town. – 2012. – Mode of access: <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp282.pdf>
5. Dranove D. Differentiation and competition in HMO markets / D. Dranove, A. Gron, M. Mazzeo // Journal of Industrial Economics. – 2003. – Vol. 51(4). – P. 433–454.
6. Dranove D. Hospital consolidation and costs: Another look at the evidence / D. Dranove, R. Lindrooth // Journal of Health Economics. – 2003. – Vol. 22. – P. 983–997.
7. Is the impact of managed care on hospital prices decreasing? / D. Dranove, R. Lindrooth, W. White, J. Zwanziger // Journal of Health Economics. – 2008. – Vol. 27. – P. 362–376.

8. Lee M.H. Owing the cost of emergency medicine: beyond 2% / M.H. Lee, J.D. Schuur, B.K. Zink // Ann Emerg Med. – 2013. – Vol. 62(5). – P. 498-505.
9. Spending on Shoppable Services in Health Care [Electronic resource] // Health care Cost Institute. – 2016. – Issue Brief № 11. – Mode of access: [https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog\\_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16\\_0.pdf](https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16_0.pdf)[https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog\\_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16\\_0.pdf](https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16_0.pdf)
10. Резнікова Н.В. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова О.А. Іващенко, О.І. Войтович // Ефективна економіка. – 2018. – № 1. – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277>
11. Резнікова Н. В. Про співвідношення понять лікувального і оздоровчого туризму в контексті оцінки потенціалу міжнародного ринку медичних послуг [Електронний ресурс] / Н.В. Резнікова О.А. Іващенко, О.І. Войтович // Ефективна економіка. – 2018. – № 2. – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6278>
12. Резнікова Н.В. Глобальні проблеми світового господарства і міжнародних економічних відносин. – К.: ТОВ «Видавництво «Консультант», 2017. – 540 с.