

DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2025-82-1>

УДК 334.722:004.9

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ТРАНСФОРМАЦІЇ БІЗНЕС-МОДЕЛЕЙ У СФЕРІ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ

ECONOMIC ASPECTS OF TRANSFORMATION OF BUSINESS MODELS IN PRIVATE MEDICINE

Лаврененко Валентина Віталіївнакандидат економічних наук, професор,
Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1371-8452>**Lavrenenko Valentyna**

Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman

У статті досліджено економічні аспекти трансформації бізнес-моделей у сфері приватної медицини в умовах структурних змін сучасної економіки. Обґрунтовано, що вичерпання традиційних транзакційних підходів до організації медичних послуг зумовлює перехід від товаро-домінантної до сервіс-домінантної логіки створення цінності, у межах якої ключову роль відіграють екосистемні форми координації. Проаналізовано еволюцію моделей монетизації у приватній медицині – від оплати за послугу до ціннісно-орієнтованих, підписних та платформних моделей. Показано, що цифрові технології виступають інфраструктурною умовою формування медичних екосистем, а не самостійною стратегією розвитку. Визначено ключові економічні обмеження та невирішені проблеми, пов'язані зі стійкістю екосистемних бізнес-моделей у довгостроковій перспективі.

Ключові слова: бізнес-модель, трансформація, приватна медицина, медичні послуги, сервіс-домінантна логіка, медична екосистема, цифрова економіка, економіка послуг.

The article addresses the economic transformation of business models in the field of private healthcare under conditions of structural change in the global service economy. The relevance of the study is driven by the growing mismatch between traditional transaction-based healthcare models and contemporary socio-economic, demographic, and technological dynamics, which increasingly require integrated, value-oriented and patient-centric approaches. The purpose of the article is to conceptualize the transformation of business models in private healthcare and to identify the key economic mechanisms underlying the transition from fragmented service provision to ecosystem-based configurations. The research is based on a qualitative analytical methodology combining conceptual analysis, comparative economic assessment and logical generalization. The study applies an institutional and systemic approach to examine changes in value creation logic, revenue models and coordination mechanisms within private healthcare markets. Particular attention is paid to the evolution of monetization models, including fee-for-service, value-based care, subscription models and platform-oriented configurations, as well as to the infrastructural role of digital technologies in enabling ecosystem interaction. The results demonstrate that the transformation of business models in private healthcare is not limited to technological adoption but reflects a deeper shift in economic logic, characterized by the redistribution of risks, long-term orientation toward outcomes, and the emergence of new forms of coordination among market participants. The study identifies ecosystem models as a dominant trajectory of development, highlighting their advantages in terms of economic sustainability, scalability and value co-creation, while also outlining unresolved issues related to market concentration and long-term competitiveness. The practical value of the article lies in its potential application for healthcare managers, policymakers and researchers when designing, evaluating or adapting business models in private healthcare under conditions of economic uncertainty and structural transformation.

Keywords: business model, transformation, private medicine, medical services, service-dominant logic, medical ecosystem, digital economy, service economy.

Постановка проблеми. Сучасна глобальна індустрія охорони здоров'я перебуває в стані глибокої структурної трансформації, зумовленої змінами соціоекономічних, техно-

логічних та демографічних умов. Традиційна архітектура надання медичних послуг, що формувалася протягом останнього століття, демонструє системну кризу ефективності,

яка проявляється у зростанні витрат, фрагментації допомоги та обмеженій орієнтації на довгострокові результати здоров'я. Ця криза має глобальний характер і відображає фундаментальну невідповідність між усталеними бізнес-моделями та сучасними потребами суспільства.

Історично склалося так, що медицина функціонувала в межах так званої товародомінантної логіки (Goods-Dominant Logic – G-D). У цій парадигмі медична допомога розглядається як набір дискретних, відчужуваних продуктів або послуг – візит до лікаря, хірургічна операція, діагностичний тест чи рецепт на ліки. Ці «продукти» вважаються носіями внутрішньо закладеної цінності (embedded value), яка передається від виробника (лікаря, клініки) до споживача (пацієнта) в момент транзакції [1]. Економічним втіленням цієї логіки стала модель оплати за послугу (Fee-for-Service – FFS), де дохід провайдера прямо пропорційний обсягу виконаної роботи.

Однак, як зазначають дослідники [1], ця модель містить у собі внутрішній конфлікт, який у літературі описується як «парадокс пацієнта» [2]. Його суть полягає в тому, що фінансові стимули системи охорони здоров'я орієнтовані переважно на лікування хвороб, а не на підтримання здоров'я. У моделі FFS здоровий пацієнт не генерує доходу для клініки, що формує стимули до збільшення кількості втручань, гіпердіагностики та фрагментації допомоги. У таких умовах вузька спеціалізація та епізодичний характер послуг переважають над цілісним підходом до благополуччя людини. Водночас споживачі цінують не самі медичні втручання, а кінцевий результат – здоров'я та якість життя (well-being), які система в межах G-D логіки не здатна гарантувати як результат «поставки» послуги [1].

Ситуація ускладнюється впливом глобальних мегатрендів. Старіння населення та зростання поширеності хронічних захворювань, таких як діабет, серцево-судинні патології, онкологія, зумовлюють потребу не в епізодичних втручаннях, а в безперервному, лонгїтудному супроводі, який традиційні моделі надання медичної допомоги забезпечити не в змозі [3]. Водночас цифрова трансформація суттєво змінила очікування пацієнтів. Звикнувши до безшовного клієнтського досвіду в ритейлі, фінансових сервісах та транспорті, пацієнти очікують аналогічного рівня зручності, прозорості та персоналізації від медичних послуг. Вони дедалі частіше прагнуть виступати активними учасниками процесу

лікування, використовуючи дані зі смартфонів та носимих пристроїв [4].

Відповіддю на ці виклики стає перехід до екосистемної логіки, заснованої на підході Service-Dominant Logic (S-D). У цій парадигмі фокус зміщується з транзакцій на відносини, з надання послуг – на створення цінності, а з ізольованих клінік – на інтегровані платформи, що об'єднують пацієнтів, лікарів, страховиків, технологічні компанії та інших стейкхолдерів у єдину мережу [5; 6].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз академічних досліджень 2021-2025 рр. засвідчує зміщення фокусу з переважно технічних аспектів цифровізації на осмислення архітектурних та економічних трансформацій у сфері охорони здоров'я. Теоретичним підґрунтям цих змін є праці С. Варго та Р. Лаша, у яких сформульовано засади сервіс-домінантного підходу до створення цінності. Подальший розвиток цих ідей у медичному контексті представлено, зокрема, в роботах А. Джойнера та інших дослідників, які розглядають пацієнта як активного співтворця цінності, а медичні послуги – як механізм інтеграції ресурсів для підтримки здоров'я та благополуччя [1]. Аналітичні дослідження McKinsey та BCG підтверджують, що перехід до екосистемних моделей створює передумови для подолання обмежень так званого «залізного трикутника» охорони здоров'я (доступність, якість, вартість), зміщуючи акцент з оптимізації окремих транзакцій на координацію та синергію між учасниками екосистеми [1; 4; 6; 7].

Попри активний розвиток наукових досліджень, низка аспектів переходу до екосистемних моделей у медицині залишається недостатньо вивченою, формуючи так звані «білі плями» у науковому знанні.

По-перше, недостатньо досліджено питання економічної стійкості медичних екосистем в умовах низької маржинальності. Переважна частина наявних теоретичних моделей і емпіричних досліджень сформована в контексті фінансово стабільних та високодохідних ринків, що обмежує їх застосовність до інших економічних умов. Механізми забезпечення довгострокової життєздатності приватних медичних екосистем за умов підвищеної економічної невизначеності потребують подальшого теоретичного осмислення [8; 9].

По-друге, обмежено представлені лонгїтудні дослідження довгострокових економічних наслідків ефекту замикання пацієн-

тів у цифрових екосистемах (patient lock-in). Недостатньо вивченим залишається вплив таких моделей на мобільність пацієнтів, конкурентну динаміку та формування вартості медичних послуг у довгостроковій перспективі, що ускладнює оцінку їх ефективності з позицій ринкової конкуренції.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є дослідження економічних аспектів трансформації бізнес-моделей у сфері приватної медицини на основі переходу від сервісної до екосистемної логіки створення цінності. Для досягнення поставленої мети у статті передбачено вирішення таких завдань: розкрити сутність зміни парадигми від товаро-домінантної до сервісно-орієнтованої логіки в охороні здоров'я та обґрунтувати її значення для трансформації бізнес-моделей у приватній медицині; проаналізувати еволюцію моделей монетизації у приватних медичних закладах - від транзакційних форм оплати до ціннісно-орієнтованих, підписних та платформних підходів у межах екосистемної логіки.

Виклад основного матеріалу дослідження. Аналіз еволюції бізнес-моделей у сфері охорони здоров'я передбачає звернення до змін у підходах до формування та створення цінності. Перехід від товаро-домінантної до сервіс-домінантної логіки сформував теоретичне підґрунтя розвитку сучасних екосистемних моделей.

Товаро-домінантна логіка тривалий час визначала економічне мислення, починаючи з індустріальної епохи. У медичному контексті це зумовило трактування лікування як послідовності стандартизованих виробничих операцій. Організація діяльності лікарень будувалася за принципом функціонального поділу процесів, у межах якого пацієнт послідовно взаємодіяв з окремими підрозділами системи надання медичних послуг.

Ключові обмеження товаро-домінантної логіки в медичному контексті проявляються у кількох взаємопов'язаних аспектах.

По-перше, така модель відтворює асиметрію інформації між лікарем і пацієнтом, де лікар виступає носієм експертного знання, а пацієнт – пасивним отримувачем рекомендацій. Це ігнорує той факт, що пацієнт володіє унікальним знанням про власний спосіб життя, досвід і суб'єктивні відчуття, які є критично важливими для досягнення стійких результатів лікування [1].

По-друге, система, побудована на товаро-домінантній логіці, орієнтована на окремі епі-

зоди медичного втручання, що робить її відносно ефективною для реагування на гострі стани, але малоприсадибною для управління хронічними захворюваннями. Останні потребують безперервної взаємодії, підтримки змін поведінки та способу життя, які не можуть бути забезпечені в межах епізодичної моделі надання послуг [1].

По-третє, у межах цієї логіки формується ілюзія внутрішньої закладеної цінності медичних втручань, коли процедура або лікарський засіб розглядаються як носії цінності самі по собі. Водночас у сервіс-домінантному підході цінність визначається не фактом обміну, а реальним покращенням стану пацієнта, що відповідає розмежуванню між цінністю обміну (value-in-exchange) та цінністю використання (value-in-use) [10].

Сервіс-домінантна логіка, розроблена С. Варго та Р. Лашем, пропонує альтернативний підхід до осмислення процесів створення цінності в медицині. У межах цього підходу сервіс розглядається як застосування компетентностей – знань і навичок – для користі іншої сторони, тоді як матеріальні товари, зокрема медичне обладнання або лікарські засоби, виконують роль механізмів розповсюдження послуг [10; 11]. Ключові положення цього підходу в контексті охорони здоров'я можна узагальнити у вигляді таких принципів.

По-перше, ключовим принципом сервіс-домінантної логіки є співстворення цінності, за якого цінність не передається від лікаря до пацієнта в готовому вигляді, а формується у процесі їхньої взаємодії. Пацієнт у цьому випадку виступає активним учасником процесу, залучаючи власні дані, суб'єктивний досвід, дотримання рекомендацій та зусилля щодо зміни способу життя. Без активної участі пацієнта, зокрема належного дотримання призначень, навіть клінічно оптимальні втручання не забезпечують очікуваного результату [1; 12].

По-друге, сервіс-домінантний підхід ґрунтується на розумінні цінності у використанні, згідно з яким медична послуга набуває реальної цінності лише тоді, коли вона призводить до покращення стану здоров'я або якості життя пацієнта. Це зміщує аналітичний фокус з моменту надання або оплати послуги на довгостроковий процес лікування, відновлення або підтримки здоров'я [10].

По-третє, важливим елементом сервіс-домінантної логіки є принцип інтеграції ресурсів, відповідно до якого всі учасники системи – лікарі, медичний персонал, пацієнти

та члени їхніх сімей, фармацевти, а також цифрові та агентські системи – виступають інтеграторами ресурсів. Ефективність медичної системи визначається її здатністю забезпечити узгоджену взаємодію цих ресурсів задля досягнення спільної цілі – покращення здоров'я пацієнта [12].

Екосистема охорони здоров'я виступає організаційним втіленням принципів сервіс-домінантної логіки та може бути визначена як мережа взаємопов'язаних акторів, об'єднаних спільною ціннісною пропозицією. На відміну від лінійних моделей створення цінності, характерних для традиційних ієрархічних структур, в екосистемі цінність формується нелінійно – у процесі багатосторонньої взаємодії між учасниками.

У межах сервіс-домінантної логіки оркестратор (координатор) екосистеми, незалежно від його функціонального статусу – технологічна компанія, мережа медичних закладів або страховий провайдер, – не орієнтований на безпосереднє володіння всіма ключовими ресурсами системи. Натомість його роль полягає у формуванні правил, стандартів та інфраструктурних умов, які забезпечують ефективну взаємодію між учасниками екосистеми з мінімальними транзакційними витратами [4; 6].

Зміна парадигми створення цінності зумовлює відповідну трансформацію економічних механізмів у системі охорони здоров'я. У сучасних моделях відбувається поступовий перехід від суто транзакційних схем до складніших форм розподілу ризиків і доходів між учасниками екосистеми.

Модель оплати за послугу FFS залишається однією з найбільш поширених у світі, особливо в приватному секторі країн із трансформаційною економікою. Її привабливість

зумовлена адміністративною простотою, за якої кожне медичне втручання має формалізований код і фіксовану ціну. Водночас ця модель характеризується внутрішньо притаманним інфляційним ефектом: фінансові стимули орієнтовані на збільшення обсягу наданих послуг, що може призводити до надлишкових втручань без пропорційного покращення показників здоров'я населення [1].

Крім того, домінування FFS підвищує вразливість медичного бізнесу до зовнішніх шоків. Досвід пандемії COVID-19 засвідчив, що клініки, діяльність яких ґрунтувалася виключно на епізодичних візитах, зазнали суттєвих фінансових втрат унаслідок тимчасового припинення планової медичної допомоги [13].

Моделі, орієнтовані на цінність (Value-Based Care), сформувалися як спроба узгодити фінансові стимули провайдерів із клінічними та соціальними інтересами пацієнтів. На відміну від оплати за обсяг наданих послуг, у цих моделях винагорода прив'язується до досягнення вимірюваних результатів лікування, зокрема зниження повторних госпіталізацій, контролю хронічних станів або покращення показників якості життя.

У межах цього підходу виділяють кілька рівнів інституційної зрілості. Початкові форми реалізуються через механізми оплати за результативність, коли бонуси за досягнення визначених показників якості нараховуються поверх базової моделі оплати за послугу. Наступним етапом є пакетні платежі, що передбачають фіксовану оплату за повний цикл лікування певного клінічного стану, включаючи післяопераційний догляд та реабілітацію, що стимулює координацію між різними ланками медичної допомоги та зниження ускладнень [14].

Таблиця 1

Порівняння домінантних логік та відповідних бізнес-моделей у приватній медицині

Параметр	Сервісна модель (G-D Logic)	Екосистемна модель (S-D Logic)
Цільова функція	Максимізація обсягу послуг	Максимізація результатів здоров'я
Роль пацієнта	Пасивний об'єкт втручання	Активний співтворець
Структура даних	Фрагментовані, ізольовані	Інтегровані, інтероперабельні
Джерело прибутку	Маржа на кожній транзакції	Ефективність управління ризиками, підписки
Конкурентна перевага	Контроль активів (лікарні, обладнання)	Контроль інтерфейсу та даних пацієнта
Інновації	Закриті (внутрішній R&D)	Відкриті (Open Innovation, API)

Джерело: сформовано автором на основі [1; 4; 6; 7; 10; 11]

Більш зрілі моделі включають механізми спільної економії, за яких провайдери отримують частину зекономлених коштів у разі зниження сукупних витрат на лікування визначеної популяції за умови збереження або підвищення якості медичних послуг [13]. Найвищим рівнем розвитку моделей, орієнтованих на цінність, є подушове фінансування, коли медичний провайдер отримує фіксовану суму на пацієнта за певний період і бере на себе повний фінансовий ризик за результати його лікування. Такий підхід створює потужні стимули до профілактики та довгострокового управління здоров'ям [14].

Критичною умовою ефективного впровадження моделей, орієнтованих на цінність, є наявність розвинених систем збору даних і аналітики, необхідних для стратифікації ризиків та прогнозування витрат. Саме в цьому контексті екосистемні моделі, що поєднують клінічні, фінансові та технологічні ресурси, отримують структурну конкурентну перевагу.

Підписні та членські моделі поступово поширюються у сфері охорони здоров'я як альтернатива епізодичним формам надання медичних послуг. Їх ключовою характеристикою є зміщення акценту з оплати за окреме втручання на забезпечення постійного доступу пацієнта до медичної допомоги протягом визначеного періоду.

Одним із поширених прикладів таких підходів є моделі індивідуалізованої первинної допомоги (*concierge medicine* та *direct primary care*), у межах яких пацієнти або роботодавці сплачують регулярний внесок за необмежений доступ до первинної медичної допомоги в онлайн- та офлайн-форматах. Для медичних провайдерів це створює передбачуваний потік доходів і знижує залежність від кількості окремих візитів, що, своєю чергою, дозволяє перерозподілити час лікаря на користь довгих та якісніших консультацій [15].

Аналогічна логіка підписної монетизації простежується і в сегменті B2B-рішень для медицини. Виробники медичного обладнання дедалі частіше переходять від одноразового продажу високовартісної техніки до надання комплексних «діагностичних можливостей» за підпискою, що включає технічне обслуговування, оновлення програмного забезпечення та аналітичні інструменти на основі штучного інтелекту. Такий підхід трансформує структуру витрат медичних закладів, переводячи їх з капітальних у операційні, і знижує бар'єри входу для впровадження сучасних технологій [16; 17].

Водночас підписні та членські моделі не можуть розглядатися як завершена форма трансформації бізнес-моделей у медицині. Вони радше виконують роль базового елемента екосистемної архітектури, створюючи стабільний фінансовий фундамент та регулярну точку взаємодії з пацієнтом. Саме на цій основі стає можливим подальший розвиток платформних механізмів, інтеграція додаткових сервісів і формування складніших моделей монетизації, орієнтованих на довгострокову цінність і дані.

Платформні та маркетплейсні моделі в охороні здоров'я формують відмінну логіку створення та привласнення цінності порівняно з підписними або сервісно-орієнтованими підходами. Такі платформи, зокрема агрегатори медичних послуг, виступають посередниками між пацієнтами та провайдерами, використовуючи комбінацію кількох механізмів монетизації.

Поширеним початковим інструментом є комісійна модель, за якої платформа отримує відсоток або фіксовану плату за кожного залученого пацієнта. Водночас у науковій та прикладній літературі підкреслюються структурні обмеження цього підходу, зокрема ризик так званого витoku платформи (*platform leakage*), коли після первинного контакту сторони схильні переходити до прямих взаємодій, обминаючи посередника.

Більш стабільною формою монетизації вважається підписка для провайдерів, у межах якої лікарі або клініки сплачують за присутність на платформі та доступ до цифрових інструментів управління практикою. Такі моделі поєднують риси маркетплейсів і програмних рішень, створюючи формат сервісно-орієнтованих платформ для професійних користувачів [18; 19; 20].

Окремим напрямом розвитку платформної економіки є монетизація аналітичних продуктів на основі даних, коли екосистеми агрегують великі масиви деперсоналізованої інформації та надають узагальнені інсайти фармацевтичним компаніям, страховикам або державним інституціям для досліджень, оцінки ризиків чи планування політики [21; 22]. У цьому контексті принципово важливим є розмежування між прямим обігом персональних даних, який часто є юридично або етично неприйнятним, та наданням аналітичних висновків, сформованих на основі узагальнених даних.

Таким чином, аналіз еволюції бізнес-моделей у приватній медицині засвідчує, що

Таблиця 2

Економічні параметри основних бізнес-моделей у приватній медицині

Критерій	FFS	Value-Based Care (VBC)	Підписка / Членство	Екосистемна
Домінантна логіка створення цінності	Товаро-домінантна	Перехідна (результат-орієнтована)	Сервісно-орієнтована	Сервісно-орієнтована, екосистемна
Об'єкт монетизації	Окрема медична послуга	Клінічний результат	Доступ до сервісу	Взаємодія, дані, координація
Механізм формування доходу	Оплата за кожну дію	Оплата за досягнуті показники	Регулярні платежі	Комісії, підписки, інсайти
Розподіл фінансового ризику	На пацієнта / платника	Спільний (провайдер + платник)	Частково на провайдера	Розподілений між учасниками
Стимули для провайдера	Збільшення обсягу втручань	Підвищення ефективності лікування	Утримання та лояльність	Масштабування мережі та інтеграції
Горизонт взаємодії	Короткостроковий, епізодичний	Середньо- та довгостроковий	Довгостроковий	Безперервний
Чутливість до зовнішніх шоків	Висока	Середня	Нижча	Найнижча
Вимоги до даних та аналітики	Мінімальні	Високі	Середні	Критично високі
Інституційна складність	Низька	Середня	Середня	Висока
Обмеження моделі	Інфляція витрат, фрагментація	Складність вимірювання результатів	Обмеження спектру послуг	Високі бар'єри входу

Джерело: сформовано автором на основі [4; 13; 14; 16-22; 23]

перехід від транзакційних форм організації медичних послуг до сервісно-орієнтованих та екосистемних підходів є результатом сукупного впливу економічних, інституційних та технологічних чинників. Зміна логіки створення цінності трансформує не лише механізми монетизації, а й роль основних учасників ринку, горизонт взаємодії та способи координації ресурсів у системі охорони здоров'я. Узагальнення цих трансформацій створює підґрунтя для формулювання висновків щодо ключових тенденцій розвитку приватної медицини та обмежень існуючих бізнес-моделей.

Висновки. Проведене дослідження засвідчує, що трансформація бізнес-моделей у приватній медицині має системний характер і відображає глибоку зміну логіки створення цінності в охороні здоров'я. Перехід від товаро-домінантної парадигми та моделей оплати за послугу до сервісно-орієнтованих і екосистемних форм організації медичних послуг зумовлений не стільки технологічним

прогресом, скільки економічною та інституційною вичерпаністю традиційних підходів.

Аналіз еволюції моделей монетизації демонструє, що домінування транзакційної логіки, зокрема Fee-for-Service, супроводжується внутрішніми суперечностями, пов'язаними зі стимулюванням обсягу втручань за відсутності орієнтації на довгострокові результати здоров'я. Моделі, орієнтовані на цінність, підписні та платформні підходи формують альтернативний економічний механізм, у межах якого відбувається перерозподіл фінансових ризиків і відповідальності між учасниками системи та створюються передумови для довгострокового управління здоров'ям пацієнтів.

Екосистемні бізнес-моделі постають як організаційне втілення сервіс-домінантної логіки, за якої цінність формується у процесі взаємодії між множинними акторами - медичними провайдерами, пацієнтами, страховиками, технологічними компаніями та іншими

стейкхолдерами. У таких моделях ключовим джерелом конкурентної переваги стає не володіння окремими активами, а здатність координувати ресурси, управляти даними та забезпечувати інтегровану взаємодію в межах спільної інфраструктури.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що підписні та платформні моделі не є фінальною стадією трансформації бізнес-моделей у медицині, а виконують роль структурних елементів екосистемної архітектури. Їх ефективність визначається ступенем інтеграції з ширшими механізмами створення

цінності, зокрема моделями, орієнтованими на клінічні результати та довгострокову стійкість системи.

Загалом, еволюція бізнес-моделей у приватній медицині відображає перехід від фрагментованих, епізодичних форм надання послуг до цілісних екосистем управління здоров'ям. Подальші дослідження доцільно зосередити на аналізі прикладних кейсів реалізації екосистемних стратегій, а також на оцінці їх економічної стійкості та інституційних обмежень у різних соціально-економічних контекстах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Joiner K. A., Lusch R. F. Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*. 2016. Vol. 3. P. 25-33. <https://doi.org/10.2147/IEH.S93473>
2. McKee M., Stuckler D. The Crisis of Capitalism and the Marketisation of Health Care: the Implications for Public Health Professionals. *Journal of Public Health Research*. 2012. Vol. 1, No. 3. P. 236-239. <https://doi.org/10.4081/jphr.2012.e37>
3. PwC. Future of Care: Healthcare Ecosystem – How We Care for Ourselves. PwC. 2021. URL: <https://www.pwc.com/gx/en/issues/business-model-reinvention/how-we-care-for-ourselves/future-of-care-healthcare-ecosystem.html> (дата звернення: 15.10.2025)
4. McKinsey & Company. The next wave of healthcare innovation: the evolution of ecosystems. McKinsey & Company. 2024. URL: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-next-wave-of-healthcare-innovation-the-evolution-of-ecosystems> (дата звернення: 18.10.2025)
5. Viswanadham N. Ecosystem model for healthcare platform. *Sādhana*. 2021. Vol. 46, No. 4. P. 188. <https://doi.org/10.1007/s12046-021-01708-y>
6. Boston Consulting Group. Five principles of highly successful health care ecosystems. BCG. 2021. URL: <https://www.bcg.com/publications/2021/five-principles-of-highly-successful-health-care-ecosystems> (дата звернення: 20.10.2025)
7. Jani S., Gudergan S., Drennan J., Heide M., Zailani S. Service-dominant logic and primary care services: developing a conceptual framework. *International Journal of Quality & Service Sciences*. 2019. Vol. 11, No. 1. P. 127-145. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-10-2018-0109>
8. Hospitalogy. Downfall of Babylon Health. *Hospitalogy*. 16.05.2023. URL: <https://hospitalogy.com/articles/2023-05-16/downfall-of-babylon-health/> (дата звернення: 22.10.2025)
9. Ormel G., Rutter M., Stott D. Life stress and social support in clinical depression: a test of the buffering model. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1991. Vol. 179, No. 6. P. 375-383. <https://doi.org/10.1097/00005053-199106000-00004>
10. Hype Innovation. Ecosystems: goods-dominant vs service-dominant logic. *Hype Innovation*. 2023. URL: <https://www.hypeinnovation.com/blog/ecosystems-goods-dominant-vs-service-dominant-logic> (дата звернення: 25.10.2025)
11. Pantano E., Pizzi G., Scarpi D., Dennis C. Competing during a pandemic? Retailers' ups and downs during the COVID-19 outbreak. *Systems*. 2020. Vol. 5, No. 2. P. 37. <https://doi.org/10.3390/systems5020037>
12. Service Dominant Logic and Value Co-creation Practices in Health Care Service: Ecosystems of Brazilian Higher Education Institutions. *Anais do XXVII SEMEAD – Seminários em Administração*. 2024. URL: https://login.semead.com.br/27semead/anais/download.php?cod_trabalho=213 (дата звернення: 28.10.2025)
13. Health Catalyst. Hospital transitioning from fee-for-service to value-based reimbursements. *Health Catalyst*. 2023. URL: <https://www.healthcatalyst.com/learn/insights/hospital-transitioning-fee-for-service-value-based-reimbursements> (дата звернення: 31.10.2025)
14. PwC. Transitioning to value-based care. PwC. 2024. URL: <https://www.pwc.com/m1/en/world-government-summit/documents/transitioning-to-value-based-care.pdf> (дата звернення: 02.11.2025)
15. Amazon's Acquisition of One Medical: Legal and Business Considerations. *Florida Coastal Law Journal*. 2024. URL: http://www.fclj.org/wp-content/uploads/2024/01/76.2.1_Amazons-Acquisition-of-One-Medical.pdf (дата звернення: 05.11.2025)

16. Subscription Advisory. Subscription ecosystem in medtech: opportunities and risk. *Medium*. 2023. URL: <https://medium.com/@subscriptionadvisory/subscription-ecosystem-in-medtech-opportunities-and-risk-3578444e7d95> (дата звернення: 08.11.2025)
17. Sectra. Moving from a license to a subscription-based model for health IT. *Sectra Medical*. 2024. URL: <https://medical.sectra.com/resources/moving-from-a-license-to-subscription-based-model-for-health-it/> (дата звернення: 11.11.2025)
18. MultivendorX. Best revenue model marketplace – Part 2. *MultivendorX*. 2024. URL: <https://multivendorx.com/blog/best-revenue-model-marketplace-part-2/> (дата звернення: 14.11.2025)
19. Fiare. Is a subscription or commission model better for property marketplaces? *Fiare*. 2023. URL: <https://fiare.com/articles/is-a-subscription-or-commission-model-better-for-property-marketplaces/> (дата звернення: 6.11.2025)
20. CobbleWeb. Are subscriptions the best revenue model for your service marketplace? *CobbleWeb*. 2023. URL: <https://www.cobbleweb.co.uk/are-subscriptions-the-best-revenue-model-for-your-service-marketplace/> (дата звернення: 18.11.2025)
21. N-iX. Healthcare data monetization: challenges and opportunities. *N-iX*. 2024. URL: <https://www.n-ix.com/healthcare-data-monetization/> (дата звернення: 20.11.2025)
22. Abbasi M. A., AlKalbani A. M., Jamil F. Business processes for data monetization: an empirical investigation. *Business Process Management Journal*. 2025. Vol. 31, No. 4. P. 1528-1550. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-03-2025-0150>

REFERENCES:

1. Joiner, K. A., & Lusch, R. F. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. *Innovation and Entrepreneurship in Health*, vol. 3, pp. 25-33. <https://doi.org/10.2147/IEH.S93473>
2. McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The crisis of capitalism and the marketisation of health care: the implications for public health professionals. *Journal of Public Health Research*, vol. 1, no. 3, pp. 236-239. <https://doi.org/10.4081/jphr.2012.e37>
3. PwC. (2021). Future of care: Healthcare ecosystem - How we care for ourselves. *PwC*. Available at: <https://www.pwc.com/gx/en/issues/business-model-reinvention/how-we-care-for-ourselves/future-of-care-healthcare-ecosystem.html> (accessed October 15, 2025).
4. McKinsey & Company. (2024). The next wave of healthcare innovation: The evolution of ecosystems. *McKinsey & Company*. Available at: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/the-next-wave-of-healthcare-innovation-the-evolution-of-ecosystems> (accessed October 18, 2025).
5. Viswanadham, N. (2021). Ecosystem model for healthcare platform. *Sādhana*, vol. 46, no. 4, article 188. <https://doi.org/10.1007/s12046-021-01708-y>
6. Boston Consulting Group. (2021). Five principles of highly successful health care ecosystems. *BCG*. Available at: <https://www.bcg.com/publications/2021/five-principles-of-highly-successful-health-care-ecosystems> (accessed October 20, 2025).
7. Jani, S., Gudergan, S., Drennan, J., Heide, M., & Zailani, S. (2019). Service-dominant logic and primary care services: Developing a conceptual framework. *International Journal of Quality and Service Sciences*, vol. 11, no. 1, pp. 127-145. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-10-2018-0109>
8. Hospitalogy. (2023). Downfall of Babylon Health. *Hospitalogy*. Available at: <https://hospitalogy.com/articles/2023-05-16/downfall-of-babylon-health/> (accessed October 22, 2025).
9. Ormel, G., Rutter, M., & Stott, D. (1991). Life stress and social support in clinical depression: A test of the buffering model. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 179, no. 6, pp. 375-383. <https://doi.org/10.1097/00005053-199106000-00004>
10. HYPE Innovation. (2023). Ecosystems: Goods-dominant vs service-dominant logic. *HYPE Innovation*. Available at: <https://www.hypeinnovation.com/blog/ecosystems-goods-dominant-vs-service-dominant-logic> (accessed October 25, 2025).
11. Pantano, E., Pizzi, G., Scarpi, D., & Dennis, C. (2020). Competing during a pandemic? Retailers' ups and downs during the COVID-19 outbreak. *Systems*, vol. 5, no. 2, article 37. <https://doi.org/10.3390/systems5020037>
12. Service-dominant logic and value co-creation practices in health care service: Ecosystems of Brazilian higher education institutions. (2024). *Anais do XXVII SEMEAD – Seminários em Administração*. Available at: https://login.semead.com.br/27semead/anais/download.php?cod_trabalho=213 (accessed October 28, 2025).

13. Health Catalyst. (2023). Hospital transitioning from fee-for-service to value-based reimbursements. *Health Catalyst*. Available at: <https://www.healthcatalyst.com/learn/insights/hospital-transitioning-fee-for-service-value-based-reimbursements> (accessed October 31, 2025).
14. PwC. (2024). Transitioning to value-based care. *PwC*. Available at: <https://www.pwc.com/m1/en/world-government-summit/documents/transitioning-to-value-based-care.pdf> (accessed November 2, 2025).
15. Amazon's acquisition of One Medical: Legal and business considerations. (2024). *Florida Coastal Law Journal*. Available at: http://www.fclj.org/wp-content/uploads/2024/01/76.2.1_Amazons-Acquisition-of-One-Medical.pdf (accessed November 5, 2025).
16. Subscription Advisory. (2023). Subscription ecosystem in medtech: Opportunities and risks. *Medium*. Available at: <https://medium.com/@subscriptionadvisory/subscription-ecosystem-in-medtech-opportunities-and-risk-3578444e7d95> (accessed November 8, 2025).
17. Sectra. (2024). Moving from a license to a subscription-based model for health IT. *Sectra Medical*. Available at: <https://medical.sectra.com/resources/moving-from-a-license-to-subscription-based-model-for-health-it/> (accessed November 11, 2025).
18. MultivendorX. (2024). Best revenue model marketplace – Part 2. *MultivendorX*. Available at: <https://multivendorx.com/blog/best-revenue-model-marketplace-part-2/> (accessed November 14, 2025).
19. Fiare. (2023). Is a subscription or commission model better for property marketplaces? *Fiare*. Available at: <https://fiare.com/articles/is-a-subscription-or-commission-model-better-for-property-marketplaces/> (accessed November 16, 2025).
20. CobbleWeb. (2023). Are subscriptions the best revenue model for your service marketplace? *CobbleWeb*. Available at: <https://www.cobbleweb.co.uk/are-subscriptions-the-best-revenue-model-for-your-service-marketplace/> (accessed November 18, 2025).
21. N-iX. (2024). Healthcare data monetization: challenges and opportunities. *N-iX*. Available at: <https://www.n-ix.com/healthcare-data-monetization/> (accessed November 20, 2025).
22. Abbasi M. A., AlKalbani A. M., Jamil F. (2025). Business processes for data monetization: an empirical investigation. *Business Process Management Journal*, vol. 31(4), pp. 1528-1550. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-03-2025-0150>

Дата надходження статті: 03.12.2025

Дата прийняття статті: 14.12.2025

Дата публікації статті: 29.12.2025