

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Г. Г. КАЗАРЯН, кандидат економічних наук
(Одеський національний економічний університет)

Анотація. *Мета статті* – визначити ефективні зарубіжні моделі надання медичних послуг для громадян з особливими потребами з метою подальших імплементації та розроблення стратегії державного регулювання ринку медичних послуг України. **Методика дослідження.** У роботі використано загальнонаукові методи: аналіз, синтез, індукція, дедукція, конкретизація, абстрагування, метод історичного й логічного дослідження. **Результати.** Статтю присвячено актуальній темі соціально-економічної адаптації громадян з особливими фізичними потребами у процесі становлення та розвитку вітчизняного ринку медичних послуг. Автор наголошує, що, визначаючи можливості становлення й запровадження в нашої державі певної моделі формування та функціонування ринку медичних послуг, треба враховувати економічну, соціальну ситуацію та рівень розвитку цього ринку в Україні. Зроблено акцент на зарубіжний досвід та проаналізовано ефективні зарубіжні моделі надання медичних послуг для громадян з особливими потребами з метою подальших імплементації та розроблення стратегії державного регулювання ринку медичних послуг України. **Практична значущість результатів дослідження.** У світовій практиці найбільшого поширення набули такі моделі формування й функціонування ринку медичних послуг, що характеризуються найбільшим соціально-економічним ефектом: державна, бюджетно-страхова та комерційна, які застосовуються залежно від взаємозв'язків державних і приватних важелів впливу на медичну сферу. Надано пропозиції щодо нормативного забезпечення розвитку ринку медичних послуг з урахуванням специфіки розвитку страхової медицини для інвалідів та інших верств населення.

Ключові слова: стратегія державного регулювання, соціально-економічна адаптація інвалідів, медичні послуги, громадяни з особливими потребами.

Постановка проблеми в загальному вигляді та зв'язок із найважливішими науковими чи практичними завданнями. Недостатні якість та ефективність медичних послуг в Україні в контексті соціально-економічної адаптації людей з особливими потребами та інвалідів, низький рівень забезпеченості медичними послугами вразливих верств населення зумовлюють потребу в розробленні стратегії державного регулювання медичної сфери України. Як показує світова практика, розвинений ринок медичних послуг забезпечує людям з інвалідністю належний доступ до якісного медичного обслуговування, опосередковано сприяючи збільшенню тривалості життя, поліпшенню здоров'я, збереженню генофонду.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Наукові розробки вітчизняних фахівців О. П. Дяченка, О. М. Галицького, О. Б. На-

умова, О. І. Гонти, І. Ю. Гришової, І. О. Маркіної, О. В. Митяй, І. М. Мищака, О. Г. Мельника, Т. С. Шабатури, Т. Л. Шестаковської, С. С. Стоянової-Коваль свідчать, що аналіз зарубіжного досвіду щодо запровадження та функціонування систем медичного обслуговування, у тому числі державного регулювання ринку медичних послуг, допомагає обрати дієві для України моделі та способи регулювання інфраструктури такого ринку та запровадити спеціальні програми для громадян з особливими потребами.

Формування цілей статті (постановка завдання). Метою статті є визначити ефективні зарубіжні моделі надання медичних послуг для громадян з особливими потребами з метою подальшої імплементації та розроблення стратегії державного регулювання ринку медичних послуг України.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. У світовій практиці найбільшого поширення набули такі моделі формування й функціонування ринку медичних послуг, що характеризуються найбільшим соціально-економічним ефектом: державна, бюджетно-страхова та комерційна, які застосовуються залежно від взаємозв'язків державних і приватних важелів впливу на медичну сферу.

За державної моделі охорони здоров'я галузь фінансується переважно (до 80 %) за рахунок бюджетних коштів. Таку модель застосовують у Великобританії, Іспанії, Швеції. За бюджетно-страхової моделі охорона здоров'я забезпечується цільовими внесками підприємців, громадян і субсидіями держави із загальних чи спеціальних бюджетних надходжень. Причому фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування переважає в більшості розвинутих країн. Так, у Німеччині його частка становить 78 %, у Італії – 87 %, у Франції – 71 % [1–4].

Приватна модель передбачає формування розвинутої інфраструктури ринку медичних послуг. Медичне забезпечення є платним, водночас частину вартості медичних послуг пацієнти оплачують самостійно, а частина відшкодовується за рахунок спеціально створених фондів медичного страхування, як це застосовується у США, Японії.

Названі країни обрані для огляду зарубіжних систем охорони здоров'я не випадково. Вони характеризуються високим рівнем розвитку медицини в умовах ринкових відносин, а також задоволення потреб населення в медичній допомозі, позитивними тенденціями основних показників здоров'я населення.

У країнах із державною системою організації охорони здоров'я медичне обслуговування не є цілком безкоштовним для населення та припускає надходження коштів від нього як додаткове джерело фінансування.

Система охорони здоров'я у Великобританії жорстко централізована та має три сектори: місцеві органи й заклади охорони здоров'я, позалікарняна медична допомога, стаціонарна медична допомога. Розподіл грошей здійснюється на основі диференційованого нормативу бюджетної забезпеченості на одного жителя району, який враховує відмінності територій, наприклад, за статевим складом, та ряд інших

соціально-економічних характеристик. Первинна медична допомога надається переважно приватними лікарями загальної практики, національної системи охорони здоров'я (НСОЗ). Хоча лікарні є власністю держави, вони мають статус лікарняних органів НСОЗ – самокерованих організацій, наділених значно більшими правами, ніж заклади, безпосередньо керовані районними відділами охорони здоров'я. Отже, лікарні мають додаткові можливості формувати свій дохід за рахунок надходжень за договорами з різними суб'єктами медичного ринку.

Незалежні лікарі загальної практики виступають у ролі фондоотримувачів. Це означає, що вони фінансуються згідно із чисельністю прикріпленого населення з додаванням у нормативи фінансування частини витрат на інші види медичної допомоги, а потім вступають у договірні відносини зі стаціонарами й фахівцями амбулаторної ланки, розраховуючись із ними за надані послуги. Надпланові обсяги оплачуються за кожен випадок окремо, але тільки на основі поточних витрат на їх надання, тобто за нижчими тарифами. Отже, зменшується кількість випадків госпіталізації, яка може виходити за межі погоджених обсягів.

Найперспективнішими напрямками з точки зору запозичення британського досвіду для використання у вітчизняній практиці є розвиток і реорганізація стаціонарної медичної допомоги для громадян з особливими потребами, перенесення акценту на амбулаторно-поліклінічну допомогу, розбудова інституту лікаря загальної практики. Для цього в сучасних умовах розвитку вітчизняної сфери медичних закладів доцільно розробити таке.

По-перше, встановити принцип конкурентного розміщення замовлень на конкурсних засадах на надання медичної допомоги, обов'язкове проведення конкурсу на укладення договорів із лікарями; зобов'язання сторони, що фінансує, в частині розгляду альтернативних варіантів та оцінки їх порівняльної ефективності на основі критерію задоволення потреб населення й витрат; використання конкретного алгоритму конкурсного розміщення замовлень, який базується на специфікації вимог до обсягу та якості медичної допомоги й розгляді заявок медичних організацій на їх виконання, списку вимог визначення безпосередньо покупцем медичної допомоги на основі оцінки потреб населення, обраних пріоритетів

і чинної стратегії розвитку охорони здоров'я.

По-друге, забезпечити проведення конкурсного відбору з обов'язковим наданням інформації щодо витрат на кожен вид медичної допомоги. Під час виконання вимог щодо обсягу та якості послуг вирішального значення набуває ціна послуг, тобто за інших рівних умов перевага віддається лікарням, що запропонували нижчу ціну. Отже, інформація про цінові витрати має відкритий характер: кожна лікарня ознайомена із пропозиціями потенційних конкурентів.

По-третє, чітко визначити право фінансових аудиторів на здійснення перевірки обґрунтованості цін, що особливо важливо для лікарень-монополістів.

По-четверте, забезпечити реалізацію комплексу організаційних заходів щодо обмеження сформованої монополії медичних організацій таких, як:

- перетворення дільничних лікарів на часткових фондоотримувачів із правом розпоряджатися коштами на надання спеціалізованої амбулаторної допомоги та частиною коштів на надання стаціонарної допомоги;
- проведення періодичної перереєстрації пацієнтів із правом вибору поліклініки й дільничного терапевта, а також сімейних лікарів;
- здійснення експертизи під час спорудження нових великих спеціалізованих центрів та придбання дорогого устаткування;
- підтримка створення мережі дрібних і середніх приватних організацій охорони здоров'я, залучення їх на конкурсних заходах до виконання програми державних гарантій у сфері надання медичної допомоги.

У Німеччині склалася змішана система фінансування охорони здоров'я. Головним джерелом фінансування є державне медичне страхування (ДМС). Станом на 2016 р. ДМС було охоплено 88 % населення, ще 10 % застраховано у приватному секторі, 2 % задіяно в інших спеціальних державних програмах (для військовослужбовців, осіб, які проходять альтернативну службу, поліцейських, одержувачів соціальної допомоги та іммігрантів, які добуваються політичного притулку), 0,2 % жителів не мали жодної медичної страховки [6].

Фактичний внесок системи ДМС у загальні витрати охорони здоров'я становить понад

60 %. 10,5 % надходить від трьох інших складових державної страхової системи (1,7 % – із коштів пенсійного страхування (здебільшого, на відновлювальне лікування), 1,7 % – страхування від виробничого травматизму, 7,0 % – страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду) та 7,8 % – із державної скарбниці [6].

Одним із головних принципів державного устрою й системи охорони здоров'я в Німеччині є розподіл повноважень між землями, федеральним урядом та створеними в законному порядку організаціями громадянського суспільства. У сфері охорони здоров'я органи влади передають повноваження самоврядним організаціям платників і виробників послуг, тобто зацікавленим структурам із відповідним рівнем професійних знань у цій сфері. Насамперед, це лікарняні каси, об'єднання таких кас та їхніх лікарів, які є квазідержавними організаціями та мають органи управління, котрі приймають рішення щодо фінансування, надають послуги в обсязі, гарантованому Законом про обов'язкове медичне страхування.

Усі страхувальники, які отримали державний медичний страховий поліс, мають право на практично однаковий спектр медичних послуг, який не залежить від розміру страхового внеску. Вартість медичної страховки для кожного громадянина визначається згідно з його доходом. Працівники з річним доходом, нижчим від установленого рівня, повинні бути учасниками системи обов'язкового медичного страхування. Ті, чий дохід перевищує певний поріг, можуть добровільно бути членами системи або застрахуватися в одній із 45 приватних страхових компаній. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці – через свого роботодавця. Особи, які не працюють застраховані через члена сім'ї, який працює.

Певна група населення Німеччини, наприклад керівники приватних компаній, особи, котрі обіймають громадські посади, працюють у соціальних державних структурах, має право на приватне медичне страхування. Їхній дохід (понад 48,6 тис. євро на рік) дає їм можливість відмовитися від державного обов'язкового страхування та перейти на приватне, а отже, отримувати ширший спектр медичних послуг. Крім того, їх спектр може обиратися страхувальником за бажанням та визначає суму

страхового поліса. Розмір щомісячних страхових внесків залежить від загального стану здоров'я, статі й віку страхувальника та в середньому становить 200–300 євро.

До переваг німецької системи охорони здоров'я варто зарахувати високі показники якості надання медичної допомоги, оснащеності медичним обладнанням лікувально-профілактичних установ, кваліфікації медичних працівників і, найголовніше, доступності медичного обслуговування для всіх верств населення. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безоплатних послуг, урахуваючи профілактику захворювань, амбулаторне й стаціонарне лікування, рецептурні лікарські засоби, медичне устаткування, оплату проїзду до медичного закладу тощо.

Стосовно використання досвіду Німеччини для побудови страхової моделі фінансування охорони здоров'я в нашій державі варто зауважити, що, враховуючи ментальність і ставлення більшості населення до свого здоров'я, не всі складові німецького страхування цілком прийнятні для України. Ідеться, зокрема, про повний страховий захист застрахованого з боку лікарняних кас. І з погляду застрахованої особи, ціна послуги в такому випадку дорівнює нулю, оскільки вона не знає її вартості послуги. У такої особи складається враження, що послуги охорони здоров'я надаються безоплатно й без обмежень. Подібний вакуум відповідальності спричиняє неправильну поведінку індивідуума. Отже, у застрахованого не виникає стимулів берегти своє здоров'я, запобігати його погіршенню та раціонально використовувати послуги медичних закладів.

Проте багато в чому досвід Німеччини може бути корисним для України. Так, становить інтерес система оплати праці лікарів, яка дає змогу переважно виключати можливість зловживань із боку медичних працівників у контексті призначень зайвих медичних процедур, обстежень тощо. Страхові організації оплачують медичну допомогу, котра надається лікарями, на базі балової системи оцінки рівня наданих послуг. Розмір відшкодування лікарям на підставі зароблених ними балів розраховується як співвідношення загальної кількості балів, зароблених усіма лікарями, та регіонального бюджету охорони здоров'я. Відповідно до цього зростання обсягу наданих медичних послуг

у регіоні означатиме, що кожний бал матиме меншу цінність. З метою обмеження можливостей лікарів щодо отримання більшого прибутку за рахунок необґрунтованого включення у звіт довшого переліку наданих послуг, комітети лікарів і фондів охорони здоров'я здійснюють постійний нагляд за діяльністю медичних установ, тож будь-яке відхилення звітних даних від реального обсягу наданих послуг негайно відображається у статистичних спостереженнях за медичною установою, а винні зазнають відповідного покарання.

Отже, на етапі вибору шляху (моделі) законодавчого забезпечення обов'язкового медичного страхування в Україні, формування інфраструктури ринку медичних послуг та розвитку медичного права науковцям і законодавцям слід уважніше розглянути позитивний досвід Німеччини, а саме:

- можливість працівника забезпечувати медичне страхування членів його сім'ї, котрі не працюють;
- обмеження суми заробітної плати, з якої стягується страховий внесок;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичної установи.

До найбільших перешкод на шляху запровадження страхової медицини в Україні належить складність розрахунку вартості медичних послуг, які надають лікарні, а отже, й страхового тарифу. Унаслідок відсутності економічно обґрунтованої ціни на медичну послугу та її стандартизації ведення протоколів має суто формальний характер. Введення медичного страхування також сприятиме зменшенню частки тіньового сектора на вітчизняному ринку медичних послуг, котра перевищує кілька мільярдів гривень на рік, та легалізації цих коштів. Зазначене передбачає жорсткий контроль ефективності їх використання. Отже, необхідно створити систему аудиту медичних установ і замовників із боку держави, що закуповують подібні послуги за кошти бюджету.

Очікуваними позитивними результатами реформування охорони здоров'я та запровадження системи медичного страхування є:

- зменшення навантаження на бюджет за рахунок додаткових позабюджетних коштів;
- передавання місцевим органам влади право використання фондів обов'язкового медичного страхування (перерозподіляти кошти, отримані від страхувальників в

інтересах регіону), тобто децентралізація управління лікувально-профілактичною діяльністю;

- поліпшення якості надання медичних послуг та функціонування інфраструктури ринку медичних послуг загалом.

Варто наголосити: хоча залучення приватного капіталу в медичну галузь сприяє підвищенню ефективності та якості регулювання й управління закладами системи охорони здоров'я, воно вимагає фінансової віддачі, а прагнення її отримати може призвести до переважання комерційного інтересу суб'єктів ринку медичних послуг над соціальною функцією постачальника медичних послуг. Досвід окремих країн, передусім Східної Європи та СНД, свідчить, що внаслідок приватизації, держава практично втрачає контроль над якістю надання медичних послуг у приватних закладах, лікарських засобів тощо. Отже, чим більше інфраструктура ринку медичних послуг спирається на ринкові механізми у фінансуванні й наданні медичних послуг, тим пильнішим повинен бути контроль із боку органів державної влади. Цьому сприятиме створення жорстких механізмів акредитації, фіксації вимірюваних і реєстрованих результатів лікування, а також позбавлення медичного закладу, що не досягає запланованих результатів, певної частини фінансування. Зазначене можливе за умови створення повністю інформатизованої системи, яка реєструватиме кожен дію персоналу та всі показники якості.

В Україні приватизація не застосовується, хоча з погляду чинного законодавства є легітимною. Крім того, оскільки вона передбачає можливість поступового передання функцій медичних закладів державної й комунальної форм власності з надання певної частини медичних послуг приватним постачальникам, то може бути використана для забезпечення організації первинної медико-санітарної допомоги на основі моделі лікаря загальної практики (сімейного лікаря), а також спеціалізованої амбулаторної допомоги з використанням послуг приватних лікарів.

У лютому 2016 р. розроблено Концепцію реформування охорони здоров'я [9], що передбачає чітке визначення меж державних гарантій у галузі, тобто обсягу медичних послуг, який можна покрити з бюджету кожному громадянину із зібраних податків. Цей гарантований пакет медичної допомоги буде універсаль-

ним, тобто надаватися незалежно від статків, стану здоров'я чи місця проживання. Медичні послуги в рамках гарантованого пакета надають постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника.

До такого пакета ввійдуть послуги, неотримання яких призведе до негайної загрози здоров'ю або життю. Екстрена допомога буде забезпечена за будь-яких умов, у тому числі та, що надається не лише дорогою до лікарні, а й після прибуття до неї. У гарантованому пакеті також будуть прописані пріоритетні напрями охорони здоров'я. Передусім, це первинна медична допомога. Сімейні лікарі, терапевти, педіатри – саме на них у європейських країнах припадає до 80 % звернень за медичною допомогою, тоді як в Україні – лише близько 20 % (під час опитування компанією з маркетингових досліджень TNS на замовлення Національної ради реформ протягом останніх шести місяців до лікаря первинної ланки звернувся 21 % респондентів). Консультації спеціалістів (тільки за направленням сімейного лікаря) також будуть гарантовані, однак із частковою оплатою з боку пацієнта. Аналогічні умови встановлюються щодо обстеження й лікування у вузьких спеціалістів. Звернення без направлень будуть повністю платними, як у всіх цивілізованих країнах. До гарантованого пакета поступово включатимуться ліки за рецептом сімейного лікаря чи педіатра, з яким можна буде звернутися до аптеки та отримати медикаменти – безкоштовно або із частковою оплатою.

До нових особливостей вітчизняної системи охорони здоров'я буде збір внесків на медицину із загальних податків. Як показує міжнародний досвід, власне модель збору коштів (соціальне страхування чи загальні податки) не визначає ефективність роботи системи. Практика підтвердила, з одного боку, неефективність систем охорони здоров'я, орієнтованих на соціальне страхування (наприклад, у Росії), із другого – високу ефективність таких систем, у яких збір коштів здійснюється за рахунок загальних податків (наприклад, у Великобританії, Данії, Італії, Іспанії, Норвегії, Швеції). Багато пострадянських країн намагалися запровадити страхові внески, проте успішним був досвід лише тих із них, що швидко подолали неформальний сектор в економіці – Естонії, Латвії та Литви.

Держава повинна відмовитися від утримання інфраструктури медичних закладів за рахунок постатейного кошторисного фінансування та поступово перейти до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам, – принцип «гроші йдуть за пацієнтом», тобто кошти з бюджету одразу потрапляють у лікарню, до якої звернувся пацієнт, минаючи Міністерство охорони здоров'я й обласні, міські чи районні адміністрації. Чиновники не повинні видавати лікарям гроші – вони мають автоматично надходити туди, де була надана послуга. Для цього в цивілізованих країнах створені національні організації-замовники. До них належать страхові фонди або бюджетні агенції, що виплачують лікарням кошти за надані послуги (звичайно, в межах гарантованого обсягу). Крім того, вони контролюють, щоб ці послуги відповідали стандартам якості. Наприклад, у Польщі це робить Narodowy Fundusz Zdrowia (Державний фонд здоров'я), у США – система «Medicare», у Великобританії – агенція «National Health Service».

Сьогодні держава передає надходження від податків до місцевих бюджетів, котрі за ці кошти утримують свої обласні, міські, районні заклади – хороші й погані, ефективні та неефективні, порожні й переповнені. Через це Україна має в кілька разів більші лікарняні потужності, ніж країни, подібні за територією та чисельністю населення. Так, згідно з Європейською базою даних кадрових і технічних ресурсів охорони здоров'я ВООЗ (WHO European Database for Human and Technical Resources for Health), станом на 2015 р. в Україні налічувалося 2 156 лікарень, в Іспанії – 764, Польщі – 1 072. [7].

Нова система охорони здоров'я стимулюватиме медичні заклади поліпшувати умови перебування в них пацієнтів, що сприятиме підвищенню якості послуг і доходів медичних працівників.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 р. № 2002-19 передбачає надання автономії закладам охорони здоров'я через їх реорганізацію в комерційні підприємства шляхом зміни їхнього правового статусу. Зазначено також, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. Авто-

номізація лікарень дасть можливість державі оплачувати лікування певних хвороб тим лікарням і лікарям, до котрих звернувся конкретний пацієнт.

Загальний аналіз запропонованих заходів показав, що результатом передбаченого реформування без належної підготовки буде лише приватизація медичних закладів, переведення медичної системи на комерційну приватну форму. Немає гарантії того, що окреслені реформи сприятимуть розвитку й поліпшенню інфраструктури ринку медичних послуг в Україні, підвищенню доступності високоякісних медичних послуг для населення.

Висновки із зазначених проблем і перспективи подальших досліджень у поданому напрямі. Отже, необхідно внести зміни й доповнення до чинного законодавства України, а саме: різні нормативні документи містять суперечливі та взаємовиключні норми й положення. Наприклад, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає загальнодоступність медичних послуг, орієнтованість держави на сприяння розвитку медичних закладів. Водночас Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» вводить суттєві обмеження на певні види надання медичних послуг тощо. З огляду на зазначене та з урахуванням ступеня розвитку медицини, рівня надання медичних послуг, політичної й економічної ситуацій в Україні, а також економіко-соціального становища населення, удосконалення вітчизняного ринку медичних послуг має здійснюватися шляхом поступової реалізації передбачених заходів на базі наявної інфраструктури ринку надання медичних послуг, а не різких, масштабних і затратних дій, як наразі планується.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Мельник О. Державна підтримка людей з обмеженими фізичними можливостями в Україні / О. Мельник // Науковий вісник Полісся. – 2016. – № 4 (8). – С. 232–239.
2. Казарян Г. Г. Державна політика в сфері інклюзивної освіти в Україні / Г. Г. Казарян, В. П. Петровський // Zbiór artykułów

naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowo-badawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii (31.05.2017). – Warszawa, 2017. – С. 17–21.

3. Наумов О. Б. Інституційні детермінанти й стратегічні напрями економічного розвитку національного господарства / О. Б. Наумов, І. Б. Жиліяєв, Л. М. Наумова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2016. – № 5. – С. 89–95.
4. Gryshova I. Yu. The economic measurement of convergence of institutional impact on the sustainability of development / I. Yu. Gryshova, T. L. Shestakovska, O. V. Glushko // Scientific notes of the Institute of Legislation of the Verkhovna Rada of Ukraine. – 2017. – № 4. – С. 75–80.
5. Гришова І. Ю. Соціальні інвестиції як інструмент реалізації соціально-орієнтованого бізнесу / І. Ю. Гришова, Т. С. Шабатура // Вісник Сумського національного аграрного університету. Сер. : Економіка і менеджмент. – 2014. Вип. 4. – С. 183–187.
6. Гришова І. Ю. Соціальна відповідальність бізнесу як чинник соціально-економічного розвитку / І. Ю. Гришова, М. Ю. Щербата, В. В. Гришов // Проблеми і перспективи економіки та управління : науковий журнал. – 2015. – № 3 (3). – С. 17–28.
7. Kofman B. Sociological Aspects of Innovative Development Perspectives of Higher Education in Ukraine / B. Kofman, I. Kurovska, I. Yakaitis. Наука і освіта. – 2018. – №2. – С. 118–124.
8. Наумов О. Б. Методологічні контури державного регулювання розвитку та безпеки соціально-економічних систем / О. Б. Наумов, С. С. Стоянова-Коваль // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. – 2017. – № 6. – С. 123–129.
9. Naumov O. The impact of social policy on the development of innovative medical insurance in Ukraine // O. Naumov, T. Panyuk, L. Danylchenko // Науковий вісник Полісся. – 2017. – № 1. – С. 55–62.

REFERENCES

1. Melnyk, O. (2016). Derzhavna pidtrymka liudei z obmezhenymy fizychnymy mozhlyvostyamy v Ukraini [State support of people with disabilities in Ukraine]. *Naukovyi visnyk Polissia – Scientific bulletin Polissya*, 4 (8), 232–239 [in Ukrainian].
2. Kazarian, H. H., Petrovskyi, V.P. (2017). Derzhana polityka v sferi inkluzyvnoi osvity v Ukraini [State policy on inclusive education in Ukraine]. Proceeding from *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowo-badawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii – International Scientific and Practical Conference (on-line) organized for academic employees of the universities, scientific research and research units from the countries of the former Soviet Union and the former Yugoslavia* (pp. 17–21). Warszawa [in Ukrainian].
3. Naumov, O. B., Gileeva, I. B., & Naumova, L. M. (2016). Instytutsiini determinanty y stratehichni napriamy ekonomichnoho rozvytku natsionalnoho hospodarstva [Institutional determinants and strategic directions of economic development of the national economy]. *Naukovi zapysky Instytutu zakonodavstva Verkhovnoi Rady Ukrainy – Scientific Notes of the Institute of Legislation of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 5, 89–95 [in Ukrainian].
4. Gryshova, I. Yu., Shestakovska, T. L. & Glushko, O. V. (2017). **The economic measurement of convergence of institutional impact on the sustainability of development** // *Naukovi zapysky Instytutu zakonodavstva Verkhovnoi Rady Ukrainy – Scientific notes of the Institute of Legislation of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 4, 75–80.
5. Hryshova, I. Yu. & Shabatura, T. S. (2014). Sotsialni investytsii yak instrument realizatsii sotsialno-orientovanoho biznesu [Social investments as an instrument for the implementation of socially oriented business]. *Visnyk Sumskoho natsionalnoho ahrarnoho universytetu. Seriiia “Ekonomika i menedzhment” – Bulletin of Sumy National Agrarian University: Collected papers. A Series “Economics and Management”*, (4), (pp. 183–187) [in Ukrainian].

6. Hryshova, I. Yu. Shcherbata, M. Yu. & Hryshov, V. V. (2015). Sotsialna vidpovidalnist biznesu yak chynnyk sotsialno-ekonomichnoho rozvytku [Social responsibility of business as a factor of social and economic development]. *Problemy i perspektyvy ekonomiky ta upravlinnia : naukovi zhurnal – Problems and prospects of economics and management: scientific journal*, 3 (3), 17–28 [in Ukrainian].
7. Kofman, B., Kurovska, I. & Yakaitis, I. (2018). Sociological Aspects of Innovative Development Perspectives of Higher Education in Ukraine. *Nauka i osvita – Science and education*, 2, 118–124.
8. Naumov, O. B. & Stoianova-Koval, S. S. (2017). Metodolohichni kontury derzhavnoho rehuliuвання rozvytku ta bezpeky sotsialno-ekonomichnykh system [Methodological contours of state regulation of development and safety of social and economic systems]. *Naukovi zapysky Instytutu zakonodavstva Verkhovnoi Rady Ukrainy – Scientific notes of the Institute of Legislation of the Verkhovna Rada of Ukraine*, 6, 123–129 [in Ukrainian].
9. Naumov, O., Panyuk, T. & Danylchenko, L. (2017). **The impact of social policy on the development of innovative medical insurance in Ukraine**, *Naukovi visnyk Polissia – Scientific bulletin Polissya*, 1, 55–62.

Г. Г. Казарян, кандидат економічних наук (Одеський національний економічний університет). **Государственное регулирование рынка медицинских услуг Украины в контексте социально-экономической адаптации инвалидов.**

Аннотация. Цель статьи – определить эффективные зарубежные модели предоставления медицинских услуг для граждан с особыми потребностями с целью дальнейшей реализации и разработки стратегии государственного регулирования рынка медицинских услуг Украины. **Методика исследования.** В работе использованы общенаучные методы: анализ, синтез, индукция, дедукция, конкретизация, абстрагирование, метод исторического и логического исследования. **Результаты.** Статья посвящена актуальной теме социально-экономической адаптации граждан с особыми физическими потребностями в процессе становления и развития отечественного рынка медицинских услуг. Автор подчеркивает, что при определении возможности становления и реализации в нашей стране определенной модели формирования и функционирования рынка медицинских услуг необходимо учитывать экономическую, социальную ситуацию и уровень развития этого рынка в Украине. Сделан акцент на зарубежный опыт и проанализированы эффективные зарубежные модели предоставления медицинских услуг для граждан с особыми потребностями для дальнейших имплементации и разработки стратегии государственного регулирования рынка медицинских услуг Украины. **Практическая значимость результатов исследования.** В мировой практике наибольшего распространения приобрели такие модели формирования и функционирования рынка медицинских услуг, характеризующиеся наибольшим социально-экономическим эффектом: государственная, бюджетная, страховая и коммерческая, которые применяются в зависимости от взаимоотношений государственных и частных рычагов влияния на медицинскую сферу. Рекомендованы предложения по нормативной поддержке развития рынка медицинских услуг с учетом специфики развития страховой медицины для инвалидов и других слоев населения.

Ключевые слова: стратегия государственного регулирования, социально-экономическая адаптация инвалидов, медицинские услуги, граждане с особыми потребностями.

G. Kazarian, Cand. Econ. Sci. (Odessa National Economic University). **Medical services of Ukraine market state regulation in the context of the socio-economic adaptation of disabilities.**

Annotation. The purpose of the article is to identify effective foreign models for providing medical services for people with special needs in order to further implement and develop the strategy of state regulation of the Ukrainian medical services market. **Methodology of research.** The objectives of the article implemented by using the following research methods: analysis, synthesis, induction, deduction, concretization, abstraction, the method of historical and logical research. **Findings.** The article is devoted to the actual theme of socio-economic adaptation of citizens with special physical needs in the process of formation and development of the domestic market of medical services. The author emphasizes that in determining the possibility of forming and implementing in our country a certain

*model of the formation and functioning of the medical services market, it is necessary to consider the economic, social situation and the level of development of this market in Ukraine. The emphasis on foreign experience has been analyzed and effective foreign models of provision of medical services for people with special needs have been analyzed in order to further implement and develop the strategy of state regulation of the Ukrainian medical services market. In world practice, such models of formation and functioning of the market of medical services, characterized by the greatest socio-economic effect: state, budgetary, insurance and commercial, which are applied depending on the interrelations of state and private levers of influence on the medical sphere, have become the most widespread. **Practical value.** Proposals on normative support of the development of the market of medical services are given taking into account the specifics of the development of insurance medicine for the disabled and other groups of the population.*

Keywords: state regulation strategy, socio-economic adaptation of invalids, medical services, citizens with special needs.