

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління  
та національної безпеки

Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності  
та публічного управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

Берегова Марина Олександрівна  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 332.142  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ**  
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»  
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

\_\_\_\_\_ Берегова М.О.  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Якобчук Валентна Павлівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Кандидат економічних наук, професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2020

**Висновок кафедри** \_\_\_\_\_  
за результатами попереднього захисту: \_\_\_\_\_

Протокол засідання кафедри \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_ захистив (ла)  
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:  
сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_  
за шкалою \_\_\_\_\_  
за національною шкалою \_\_\_\_\_

секретар ЕК

\_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

## АНОТАЦІЯ

Берегова М.О. Державне регулювання системи охорони здоров'я в умовах децентралізації. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2020.

Обґрунтовано актуальні питання державного нормативно-правового регулювання системи охорони громадського здоров'я у процесі децентралізації влади в Україні. Досліджено тенденції розвитку законотворчої діяльності. Визначено вплив політики реформування на систему охорони здоров'я країни. Сформульовано перспективи розвитку цієї соціальної сфери держави.

Ключові слова: госпітальні округи, громадське здоров'я, державне регулювання, децентралізація, законодавча база, медична реформа, система охорони здоров'я.

## SUMMARY

Beregova M. O. State Regulation of Health Care System In The Context of Decentralization. - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2020.

Reasonably topical issues of state legal regulation of the health care system in the process of decentralization of power in Ukraine. The tendencies of the development of his legislative activity are investigated. The influence of the reform policy on the country's health care system is determined. The prospects for the development of this social sphere in the state have been formed.

Keywords: hospital districts, public health, government regulation, decentralization, legal framework, medical reform, health care system.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	8
Висновок до розділу .....	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ РЕФОРМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЇЇ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ .....	15
Висновок до розділу .....	23
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ СИСТЕМНОЇ РЕФОРМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СФЕРОЮ В КОНТЕКСТІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ.....	24
ВИСНОВКИ .....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	30

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Система охорони громадського здоров'я України, згідно з державною політикою уряду України, кардинально перетворюється задля покращення як окремих галузевих показників здоров'я населення, так і поступового стабільного розвитку економічної доцільності галузі держави вкупі із реформою з децентралізацією владних функцій держави. На відміну від попередніх намагань внести окремі зміни в функціонування системи, нині перетворення мають більш виражений характер. Саме тому виникає об'єктивна необхідність аналізу здійснених Верховною Радою, Кабінетом Міністрів і Міністерством охорони здоров'я України заходів та оцінки їх впливу на результати роботи системи охорони здоров'я у цілому.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Питанням розробки методичних і практичних аспектів функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я присвячені дослідження вчених Розпутенка І., Войтовича Р., Бирковича Т., Трощинського В., Дація Н., Карпенка О., Слабкого Г., Ковбасюка Ю., Лебединської О., Гошовської В., Радиша Я., Рачинського А., Телешуна С., Бакуменка В., Оболенського О. та ін. Важливість та актуальність проблеми, яка досліджується, недостатня розробленість теоретичних і методологічних питань, визначили вибір теми дипломної роботи, її мету і завдання, а також методи дослідження.

**Метою дипломної роботи** є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо становлення і розвитку нової організаційно-функціональної системи охорони здоров'я України.

Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

- обґрунтувати законодавчу сутність та організаційну структуру системи охорони громадського здоров'я, а також основні етапи її становлення в Україні;
- визначити роль державної політики України у функціонуванні галузі охорони здоров'я;

- провести аналіз чинного законодавства України у вказаній сфері;
- здійснити оцінку реорганізаційних змін у результаті децентралізаційних процесів діяльності системи охорони здоров'я;
- охарактеризувати перспективи реформування системи охорони здоров'я України.

**Об'єктом** дослідження є процес становлення та розвитку системи охорони здоров'я внаслідок її докорінної реформи в Україні.

**Предметом** даного дослідження є сукупність теоретичних, юридичних та практичних аспектів становлення й розвитку галузі охорони здоров'я України.

**Методологічну та теоретичну основу** досліджень склав критичний та позитивний аналіз практичних розробок побудови державної політики і наукових праць провідних вітчизняних вчених в опрацюванні новітніх змін організаційно-функціональних складових системи охорони здоров'я, монографічної і періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою розвитку системи охорони здоров'я України, законодавчих і нормативних актів України, матеріалів Верховної Ради України та документів Кабінету Міністрів, які визначають взаємодії учасників.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі використовуються загально-наукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

**Особистий внесок автора.** Дослідження - завершена робота. Представлені автором результати наукових досліджень одержані особисто автором. Висновки та пропозиції, отримані в ході дослідження, спрямовані на удосконалення власне системи охорони здоров'я та збереження і укріплення здоров'я народу України.

**Кваліфікаційна робота** складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому охарактеризовано законодавчі засади функціонування системи охорони громадського здоров'я; аналітичного розділу 2, в якому здійснено

аналіз положень законодавчої бази системи охорони здоров'я України, що потребують удосконалення та досліджено окремі особливості її функціонування; розділу 3, в якому визначено перспективи та пропозиції функціонування системи охорони здоров'я України; висновків; списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Як і кожна із структурних побудов держави, сфера охорони здоров'я має власну нормативно-правову базу, яка складає політичну і стратегічну сутність функціонально-галузевої вісі навколо якої має формуватися вся повноцінна діяльність всіх складових системи, спрямованої на виконання свого основного завдання – збереження, укріплення та відновлення здоров'я народу України.

Теоретичні аспекти нормативно-правових основ українського законодавства стосовно охорони здоров'я становлять повноцінно струнку цілісну юридичну основу, котру умовно можливо ідентифікувати як взаємопов'язану п'ятищаблеву групу правових норм:

1. Конституція України;
2. Основи законодавства України про охорони здоров'я;
3. Профільні закони, що регулюють діяльність галузі за окремими визначеними спеціальностями;
4. Кодекси, що містять права, обов'язки та відповідальність медичних працівників і пацієнтів;
5. Юридичні документи центральних та місцевих органів державної виконавчої влади.

Усі дослідники тематики законодавства України у частині охорони здоров'я чомусь у Конституції вбачають тільки 49 статтю («Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [1]).

Але, на нашу думку, слід зауважити більш значну та широкую зацікавленість Основного закону України в охороні здоров'я як системи, а також і в індивідуальному здоров'ї кожного окремого громадянина, оскільки державою заявлено про те, що здоров'я громадян України є найвищою цінністю держави [1].



Проголошуючи рівні конституційні права і свободи громадян Конституція у статті 24 також торкається освіти і професійної підготовки спеціалістів медичної галузі [1]. Так, стаття 27 надає невід'ємне право на життя, яке безумовно не може бути здійснено без наявності в особи повноцінного здоров'я. На нашу думку, цю позицію Конституції слід трактувати більш зацікавлено аніж убивство чи каліцтво. «Кожен має право захищати своє життя і здоров'я...» Право є у кожного, але можливість на його здійснення відсутня.

Стаття 43 «включає можливість заробляти собі на життя працею» і передбачає також підтримання свого здоров'я у належному стані [1]. У 46 статті йдеться про соціальний захист у разі втрати тимчасової, тривалої чи повної працездатності, а також й у старості щоб «...забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму» [1]. «...право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» декларує ст. 50 Конституції [1].

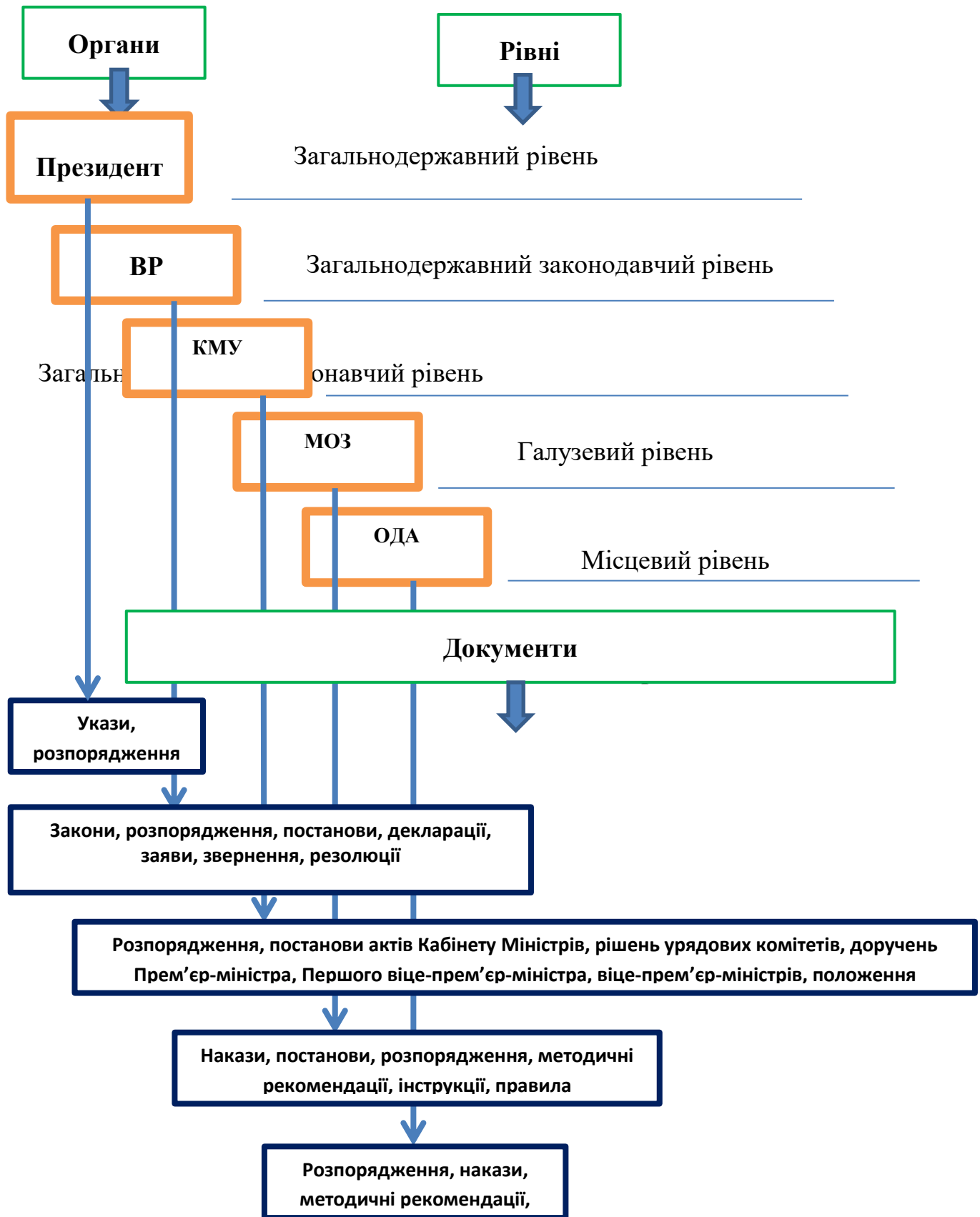
Про важливість для людей і значимість для держави системи охорони здоров'я і власне здоров'я населення свідчить і той факт, що статтею 64 Конституції не передбачено серед інших обмеження статей 24 та 27 навіть в умовах воєнного чи надзвичайного стану, офіційне тлумачення чому надано Рішенням Конституційного Суду [2].

Основи законодавства України про охорону здоров'я уведені в дію Постановою Верховної Ради в 1993 році (Основи) визначають основні положення та принцип системи охорони здоров'я України, основи організаційних засад галузі, визначає її як фундаментальний обов'язок суспільства та держави, формує та реалізує її політику у зв'язку з цим установлює права та обов'язки громадян в галузі, принагідні стандарти та відповідний рівень життя («споживацький кошик», житло, безпечна праця, забезпечення соціальним та медичним обслуговуванням, убезпечення навколишнього середовища на території помешкання людей зусиллями комунальних та санітарно-епідеміологічної служб, інших елементів життєзабезпечення).

Динамічність Закону відображено у тому, що майже кожен рік законодавство України вносить зацікавлені зміни та доповнення в Основи у відповідь на нові виклики сучасності.

Нова редакція законодавства надала доконечні визначення дефініціям медична допомога, медичні послуги, доступність медичної допомоги, якість медичної допомоги, пацієнт, сімейний лікар та деяким іншим, неясність або невизначеність яких на цей час призводять фактично до неможливості надання безоплатної медичної допомоги [2].

Принципи, що закладені в Основах про охорону здоров'я отримали подальший конкретний розвиток у низці спеціальних профільних законодавчих актів у сфері здоров'яохорони, затверджених Верховною Радою: «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», «Про лікарські засоби», «Про курорти», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про донорство крові та її компонентів», «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Розкривати їх зміст та аналізувати кожен з приведених документів у межах нашого дослідження немає можливості, та й самі назви законів майже повністю оголошують закладену у них сутність [3]. Ієрархічну будову державної інфраструктури та її нормативно-правової бази щодо функціонування системи охорони здоров'я України представлено на рис. 1.1. Прогресивним у новій редакції Основ є залучення міжнародного досвіду про додаткові фінансові надходження у систему охорони здоров'я у вигляді медичних страхових внесків, що визначається як одна із форм соціального захисту громадян. Страхування здоров'я населення України наразі знаходиться на своїй початковій стадії розвитку. Попередньо передбачається використовувати два шляхи: добровільний, як фрагмент особистого страхування (індивідуального чи колективного) та загальнодержавний (обов'язковий), як складовий елемент державного соціального страхування. Організаційні, правові та фінансові підстави мають бути визначені відповідними законодавчими нормами.



**Рис. 1.1. Ієрархічна конструкція державної інфраструктури та її нормативно-правової бази щодо функціонування системи охорони здоров'я України.**

Нині у світі в основній функціональності превалюють: державна, страхова та приватна системи. Але у чистому вигляді вони не існують.

Державна система охорони громадського здоров'я розгортається як здійснення її політики у соціальному напрямі у посиленні свого впливу і контролю над діяльністю медичних і страхових організацій, коли централізоване фінансування також дозволяє стримувати зростання вартості лікування. Але серед головних недоліків державної системи слід відзначити її схильність до монопольного управління, відсутність можливості вибору лікаря і лікувального закладу.

В основу страхової системи покладено принцип солідарності де оплата за здійснені діагностичні і медичні втручання здійснюється за рахунок:

1. Відрахування із доходів підприємців.
2. Розходи із заробітної плати та інших статків громадян.
3. Формування страхового фонду з державного бюджету.

Приватні системи страхування є децентралізованими, позбавлені державного нормування з розвинутою інфраструктурою страхових організацій. Держава повністю відмежована від турботи про здоров'я своїх громадян. Піклуванням за нього повністю займаються саме страхові компанії.

Кожна країна, яка взяла собі за приклад ту чи іншу систему охорони здоров'я у пострадянському періоді повністю її не наслідувала, а набула свій, унікальний склад. Прикладом можуть слугувати Польща, Словенія, Естонія де реалізовано одну з найбільш успішних медичних реформ та ін.

Знайти свій шлях удосконалення системи здоровоохорони намагається ось уже майже три десятки років й Україна. Працівники практичної медицини, науковці, державні діячі, політики, законотворці перебувають у дискусіях, але і досі немає єдиного бачення концепції реформування охорони здоров'я [4].

Підставою для створення лікарняних кас в Україні, як прототип медичних страхових добровільних об'єднань громадян у 1992 році став Закон

України № 2460-ХІІ «Про об'єднання громадян». Почин знайшов позитивний відгук у населення і на сьогодні у державі вже існують таких організацій декілька сотень [5].

У новій редакції Основ знайшли тлумачення питання екстреної та швидкої медичної допомоги. Випадки гострих хвороб, отруєнь, травм, тобто інциденти, які погрожують життю громадян підпадають під вид екстреної медичної допомоги. Визначено заклади охорони здоров'я, що мають надавати медичну допомогу, а також участь підприємств, установ, служб, організацій та окремих громадян у транспортуванні хворих і постраждалих до лікарняних установ, установлення осіб, повинних надавати першу лікарняну та у відповідних обсягах кваліфіковану медичну допомогу. Цей вид допомоги за встановленими стандартами безпосередньо на місці пригоди мають надавати медпрацівники, які призначені для цього за територіальним принципом.

Швидкою медичною допомогою вважається служба з відповідними функціями, обладнана транспортом, апаратурою та персоналом на базі закладів охорони здоров'я. Такий вид медичної допомоги у закладах охорони здоров'я усіх форм власності надається безплатно усім жителям України, незалежно від місця помешкання [6].

Функції санітарно-епідеміологічної служби в Україні, внаслідок її ліквідації у березні 2017 року, делеговано Державній службі з питань безпеки харчових продуктів і захисту прав споживачів, яку створено 2014-го року з метою реорганізації натомість Держветфітослужби, Держспоживінспекції та Санепідслужби. Це сталося після того як уряд відступився від задумів її реорганізації, відзначивши, що її подальше існування як структури, якою вона є, недоцільно.

Незважаючи на протест РНБО в уряд, що потрібно повернути СЕС, [7], Київським апеляційним адміністративним судом у лютому 2016 року скасовано рішення уряду щодо реорганізації Держсанепідемслужби приєднання її до Держпродспоживслужби [8, 9]. Отож, станом на сьогодні

завдання ДержСЕС розподілено поміж Міністерством аграрної політики і продовольства України [10].

### Висновок до розділу

Висновком до даного розділу може бути твердження, що теоретична база, що стосується функціонування галузі охорони здоров'я України є розвинутою, всеохоплюючою, достатньою для існуючої системи, але такою, що не в змозі забезпечити свої основні функції, реалізувати основні принципи та працювати в нових соціально-економічних умовах розвитку сучасної держави.

## РОЗДІЛ II.

### АНАЛІЗ СТАНУ РЕФОРМИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ЇЇ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ

Вже на початку новітньої історії незалежності України постало питання докорінних змін у багатьох галузях господарювання держави для наближення їх до таких розвинених країн Європи і світу. Накопичення проблем у секторі громадського здоров'я виявило багато протиріч як в її економіці, організації, законодавстві так і безпосередньо у наданні медичної допомоги та послуг і пов'язаною з ними незадовільною медичною, соціальною та економічною ефективністю, власне для чого створено цю систему. Незадоволеність функціонуванням сфери охорони здоров'я виявили як самі споживачі медико-санітарної допомоги, медичні працівники, так і державні керівники, які приймають рішення на самому високому рівні. Зазначене поряд із партійними мурмураціями, корупційними проявами у здійсненні своїх функцій державними службовцями на різних рівнях та політичними різнобарвами гілок державної влади, їх запекла боротьба за владу у державі зовсім не сприяло як інтеграції суспільства взагалі, так і його консолідування і спрямування на вирішення насущних загальносуспільних завдань. До такого висновку, перш за все, призвели відсутність політичної волі у здійсненні реальної докорінної реформи у сфері охорони громадського здоров'я, нехтування базовими принципами охорони здоров'я, відсутність достатнього фінансування, невідповідність до відповідних змін кадрового складу, управлінців галузі, та й самих громадян як та інші.

Про усе наведене вище свідчить такий факт, як призначення на найвищий пост керівника галузі. Так, за період незалежності України, тобто створення самостійної української держави (1991 – 2020 рр.) [11, 12], на посаду міністра охорони здоров'я України різними політичними силами від влади призначено 21 особу, багато з яких, мали сумнівний галузевий управлінський, лікарський досвід чи взагалі медичну освіту, дехто з них не

мали ні того ні іншого, декілька з них взагалі не мали українського громадянства, термін перебування на посаді становив мінімально від 48 діб до трохи більше 2 років, дехто вплив на хвилях майданних революцій, четверо з них працювали виконуючими обов'язки міністра [2]. Слід зазначити, що на відміну від цього від березня 1946 року по серпень 1991 року (впродовж 44 років міністрами охорони здоров'я Української РСР призначені і працювали усього 8 всесвітньовідомих лікарів, які мали великий досвід організації охорони здоров'я на багатьох її попередніх ланках, були визнаними організаторами, вченими, які внесли значний вклад у розвиток галузі.

Поряд із прогресивним розвитком Основ, також слід зазначити і окремі прогалини вказаного законодавства. Ними не надано визначення таким поняттям як високотехнологічна та високовартісна медична допомога та діагностичні процедури. Це вносить неясність та труднощі, або навіть неможливість при створенні протоколів лікування та стандартів якості при поданні медичної допомоги та послуг. І слід все ж таки зазначити, що ці два поняття досить широко використовується як у науковій літературі та у засобах масової інформації.

Незважаючи на те, що галузь охорони здоров'я досі вряди-годи працювала, до цього часу вона накопичила безліч негараздів та значну кількість проблем, що сталося завдяки саме невідповідності нинішньої ситуації розвитку України тим викликам, що постали перед системою охорони здоров'я.

Намагання керівників держави перестановити економіку України на нові, нехарактерні для неї, ринкові рейки викликали зміни і у такій соціальній царині, якою є сфера охорони здоров'я. І у переважній більшості вони у якісному змісті не є позитивними.

І перш за все це невідповідність Основного закону України та закладених в Основи законодавства України про охорону здоров'я основних принципів діяльності охорони здоров'я можливостям та реаліям сьогодення



України, недофінансування витрат з бюджету, які перетворили конституційну норму 49 статті у декларативну причину соціальної напруженості у суспільстві та майже повної нездатності здійснювати покладені на галузь функції.

Сучасний етап розвитку української галузі охорони здоров'я характеризуються запровадженням реформи, яка на твердження її розробників має на меті і здатна забезпечити доступність, безпеку, підвищення якості надання медичної допомоги та усунення фінансових та інших ризиків для громадян, з однієї сторони, та підвищення у цьому зацікавленості власне працівників галузі, з другої.

Така функція системи охорони громадського здоров'я України, як медична допомога фінансується з бюджету держави та органів місцевого самоврядування. Права громадян на її отримання непорушні і за Конституцією України є невідчужуваними. Законом України засновано Основи про охорону здоров'я ще у 1992 році, тобто ще раніше за прийняття Конституції України.

Але найяскравішим фактом реформування системи охорони є поєднання її з делегуванням власних повноважень держави на місцевий рівень об'єднаних територіальних громад.

На нашу думку, це є найрозумнішим та найвиваженішим підходом до подальшого розвитку нашої держави в якому найбільш раціонально та довершено формуватиметься державна політика громад відносно як системи охорони здоров'я, а відтак і здоров'я їх членів.

Дійсність вказаного, в першу чергу, полягає в конструкції новітнього адміністративно-територіального поділу зон впливу, автономності економічної діяльності та професійної наступності окремих елементів системи охорони здоров'я та створення нових структур надання медичної допомоги.

Цей процес Україною розпочато ще у 1916 році коли Кабінетом міністрів видано постанову у відповідності до статті 35-2 Основ

законодавства України про охорону здоров'я керівникам територій адміністративного розподілу України у місячний термін подати Міністерству охорони здоров'я України свої бачення та пропозиції щодо переліку та складу госпітальних округів щодо формування госпітальних округів [13].

Заради справедливості слід зазначити, що ці процеси у багатьох аспектах виявилися досить чутливими та болісними як для самих працівників галузі, так і для самого населення. Політики виказуючи небажання нести відповідальність за таку важливу та чутливу сферу й непрофесійність у медицині використовують її в політичній боротьбі за владу, породжуючи неправдиві висновки для мешканців нібито закриються більшість лікарень, медичних працівників скоротять, тим самим заважаючи повноцінно упровадити реформу у галузі охорони здоров'я.

Але разом із тим зауважимо, що цей крок держави було апробовано впродовж чотирьох років у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві і він показав свою дієздатність і можливість розповсюдження цього корисного підсумованого досвіду на всю державу [14].

Для ясності наведемо визначення цієї організаційно-функціональної структурної одиниці повністю. «Госпітальний округ – функціональний комплекс медичних установ, які розташовано на компактній території, для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню такої території. До складу госпітального округу повинно входити не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я. Перелік медичних втручань з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги затверджуватиметься МОЗ, так само як і примірні таблиці матеріально-технічного оснащення лікарень. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування 1-го рівня має обслуговувати не менше 120 тис осіб, 2-го рівня – не менше 200 тис осіб» [15].

Іншими словами: госпітальний округ – це поєднання в одну медичну установу існуючих закладів охорони здоров'я у місті з чисельністю з понад 40 тис. осіб кількох районів за територіальною ознакою відповідно до критерію доступності (визначеного показнику доїзду в одну годину), чисельності населення, наявних лікувальних закладів, що було прийнято назвати – єдиний медичний простір. Окрім того зазначено, що територія єдиного медичного простору може не збігатися з географічною місцевістю державного адміністративного поділу, а реалізується за медичною доцільністю.

Основною структурною одиницею цього утворення визначається лікарня інтенсивного лікування вторинного рівня із застосуванням «високих технологій» розрахованих на певну кількість мешканців (от тут саме і впливає досить вільне трактування і термінологічна та практична невизначеність цієї дефініції, що є недопустимим, з нашої точки зору для втілення в базис реформи). Їх завданням є цілодобове забезпечення інтенсивної медичної допомоги в екстрених (у відділеннях невідкладної допомоги на 50 постраждалих на добу), та планових епізодах цілодобово і у стаціонарному порядку. Крім того їх забезпечення і функціонування повинно враховувати і ряд інших додаткових моментів (наявність автомобільних доріг важливого значення, залізничних колій, їх будівельні і геофізичні особливості та сучасний стан, високий рівень тих чи інших хвороб у структурі захворювань на відповідній території, потреба у відновному лікуванні, та інших видах медичної допомоги).

Отже, госпітальний округ, як єдиний медичний простір в межах відповідної території, існує абсолютно для вторинного щабля надання медичної допомоги, не торкаючись функцій як первинної медико-санітарної, а також найвищої третинної ланок медичного забезпечення.

«Ми маємо розуміти, що формування госпітального округу має бути спільним рішенням населення на конкретних територіях (громадах, містах,

районах) і точно не рішенням одного чиновника будь-якого рівня влади» [16].

На плечах держави у цілому та органах місцевого врядування лежить вантаж повного комплексу завдань і радикальних змін з реформування системи охорони здоров'я: піднесення соціального рівня лікаря, забезпечення достойної заробітної платні усього медичного складу наряду з гідними умовами праці для забезпечення гарантованого доступного та ефективного рівня медичної допомоги пацієнтам.

«Слід зазначити, що створення госпітальних округів здійснюється з урахуванням належного робочого навантаження для закладів охорони здоров'я, дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги, поточних демографічних показників тощо» [17].

Сучасною постановою КМУ 2019 року, доповненою у червні 2020 року щодо порядку створення госпітальних округів на відміну від попереднього нормативного акту змінено термінологію та сутність основної структурно-функціональної одиниці. Пунктом 2 постанови КМУ лікарні інтенсивного лікування перетворено на опорні заклади охорони здоров'я, затверджених Кабінетом Міністрів України згідно Переліку опорних закладів охорони здоров'я, і які діють адекватно до затвердженого Міністерством охорони здоров'я України положення про них – «...багатопрофільні заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, які відповідають або можуть бути підвищені до рівня багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого або другого рівня» [18].

Пунктами 15 і 16 Постанови визначено багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування першого рівня для 120 тис. і другого рівня – не менш як 200 тис. населення.

Поєднання принципів:

- безпечність медичної допомоги;
- її якість;
- своєчасність;

- доступність;
- економічна ефективність ресурсів;

розглядається як базис для утворення госпітальних округів. Як організаційно-правовий консультативно-дорадчий орган при вищих місцевих органах самоуправління створено госпітальні ради з метою визначення делегованої політики у сфері охорони здоров'я та стратегії її впровадження, визначення та розв'язання проблемних питань. До управління госпітальної ради з правоможним положенням і опрацьованим планом розвитку передбачено включити входять до 21 особи із складу державних органів, органів місцевого самоврядування, закладу охорони здоров'я, підприємств, установ, організацій, в тому числі й не менше ніж двох представників громадськості.

Госпітальні ради створено задля опрацювання 5-річної програми його розвитку. А отже – «визначити, які інвестиції потрібні для того, щоб вивести лікарні на сучасний рівень» [19].

Побудування нової організаційно-функціональної структури системи охорони здоров'я України займає підготовче положення. Госпітальні ради нині збирають дані для планування подальшого розвою госпітальних округів. Положення про госпітальні округи ще має бути узгоджено із чинним українським законодавством з метою усунення можливих перепон для стратегічних та тактичних процедур реформування охорони громадського здоров'я на державному та місцевому рівнях [20].

Кабінет міністрів України на своєму засіданні у травні 2014 року підпорядкував собі Державну служб з лікарських засобів, із статусом Центрального органу виконавчої влади, з надто чималими правами, позбавивши Міністерство охорони здоров'я України повноважень безпосередньо впливати на спрямування і координацію її діяльності, а також діяльності щодо діяльності з роботи реєстрації лікарських засобів. Відтак керівництво МОЗ України вже не в змозі контролювати оборот ліків у державі, що стало ще одним із чинників корупції у цій галузі, та підвищило соціальне напруження громадськості за причини необхідності тендерних

закупівель, підвищення цін на фармакологічні препарати, інших причин надлишкової регуляції Укрдержліків України.

Отже, «сконцентрувавши всю повноту владних повноважень над виробниками, імпортерами та дистриб'юторами ліків, а також аптечними мережами: після цього рішення всі контрольні, дозвільні, інспекційні функції будуть перебувати у віданні Держлікслужби» [21].

Законодавством України визначається забезпечення галузі видатками понад 10 % від об'єму ВВП, та норму цього закону здійснено тільки на 3 %, тобто на половину від потрібного мінімуму, інша ж частка забезпечується коштом громадян [22].

Задля здійснення медичної реформи опрацьована Національна стратегія Україні на період 2015–2020 роки (Стратегія), що являє собою складову загального Національного плану реалізації комплексу реформ згідно до «Указу Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII)» [23].

Розділом 2 цієї Стратегії визначено орієнтацію на шість основних наступних принципів:

- «1. Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину.
2. Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму.
3. Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників.
4. Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія).
5. Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів.
6. Підзвітність громадам і пацієнтам» [23].

У яких знову ж таки йдеться про обмеженість ресурсів, високотехнологічну допомогу, міжсекторальну взаємодію, професіоналізм та підзвітність, взаємоповагу, співчуття, покращення якості життя, важливість

усіх, рівність в охороні здоров'я та особливо важливу роль державної підтримки.

Третій розділ, що стосується створення сучасної архітектури мережі закладів охорони здоров'я та її функціонування пропонує на основі субнаціональних планів побудувати генеральний план поділу існуючих ресурсів до заявлених потреб, коли ні те ні інше неможливе апріорі, тому що ресурси мізерні, а населення знаючи це зовсім не має бажання заявляти про свої потреби і тримається до самого останнього коли навіть і виникає нагальна потреба в отриманні медичної допомоги. А у деяких окремих випадках, як наприклад залучення до єдиного простору мереж відомчих лікарняних установ, пропонується здійснити ці дії впродовж «розумного» часу.

#### Висновок до розділу

Отож, незважаючи на повноту законодавчої бази, все більше привертають до себе увагу невідповідності, що криються перед за все в Конституції України, у законах України, підзаконних актах виконавчої влади, нормативних документах місцевих владних органів. Особливо це проглядається в умовах паралельної іншої реформи, що здійснюється у державі – делегування центральних владних функцій держави новостворюваним об'єднанням окремих груп населення України за територіальною ознакою у громади. Детерміновано цей процес як децентралізація.

### **РОЗДІЛ III.**

## **ПЕРСПЕКТИВИ СИСТЕМНОЇ РЕФОРМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СФЕРОЮ В КОНТЕКСТІ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ**

Повноваження, ресурси, стандарти і аудит – наріжні камені, що мають фундаментувати конструкцію будь-якого управління, а відтак виконувати архітектурну функцію реформу системи охорони України.

Повноваження, на нашу думку, до їх виконання повністю відображено у директивних документах стосовно реформи. Ресурси мають унормуватись у вигляді справедливої ціни на кожен вид медичної допомоги і послуги. Хоча б теоретично.

Щодо стандартів і протоколів справа виглядає не так яскраво. Тому, що, по-перше саме не встановлено наявні ресурси, а по-друге немає ні упевненості, ані можливості визначитись із ними за причини установити їх на стабільній, навіть мінімальній основі, тому, що їх найтіснішим чином має бути пов'язано з економічними факторами господарювання держави. Звідси витікає відсутність змоги системи охорони визначити той коридор, яким мусить просунутись реформа. І саме просунутись, а не пройти переможним кроком. А нестача коштів це саме той незсувно нерухомий камінь спотикання на який наражається спроба відтворити положення реформи у передбачено пристойному вигляді. Це і ВНП і неупроваджена страхова складова, різноманітні інвестиції, можливі податкові пільги та інші форми надходження асигнувань у галузь. А у такій ситуації провадити розмови про кардинальні зміни у доступності медичної допомоги, у різних її виглядах та соціальній справедливості має зміст виключно для численних партійних утворень, що виникають перед черговими виборами у владні органи [29].

Також дуже хотілося б знати, що власне у цих умовах визначається терміном «контроль» чи «аудит». Це госпітальна рада чи хтось із її членів, страховий агент-контролер, висококваліфікований лікар-спеціаліст, партійний функціонер-опозиціонер, держаний службовець, представник ради



пацієнтів чи громадський діяч. Разом з тим є потреба визначитись з його кваліфікаційною характеристикою та функціональними обов'язками. Потрібно було б створити класифікацію порушень. Встановити відповідальність за будь-які виявлені порушення в організації лікувального процесу, власне лікування, а не тільки за його тяжкі наслідки, як це було за радянських часів коли за це наступала дисциплінарна, адміністративна чи кримінальна відповідальність. Право лікаря на помилку має бути якщо не зовсім скасовано, але зведено майже нанівець наявністю стандартів і протоколів. Контроль же має здійснювати контролер-інспектор, який має перевірити організацію надання медичної допомоги, її своєчасність та повноту у відповідності до протоколу, аспектів доказової медицини подальші рекомендації щодо позалікарняної (амбулаторної) поведінки пацієнта та інші наступні заходи, такі як санаторно-курортне лікування, трудові, побутові і дієтологічні рекомендації [22].

В опорних закладах охорони здоров'я госпітального округу з його утворенням повинно бути визначено їх спеціалізацію з, обов'язковою наявністю в окрузі багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування відповідного рівня до кількості обслуговуваного населення і бригадами з високотехнологічним обладнанням, лікарня планового лікування з устаткуванням згідно профілю спеціалізації для пацієнтів з хронічними захворюваннями, лікарня реабілітаційного лікування, за необхідності інші лікувальні комплекси, хоспіс тощо. І зазначимо всі ці дії мають широко відобразитися у засобах масової інформації, щоб не було викривлень у повідомленнях щодо дій владних органів, а ще бажано із їх обговореннями у громадах.

Зазвичай, коли йдеться про медичну реформу, то перш за все, мас-медіа органи торкаються доступності до медичної допомоги, що є однобічним недалекоглядним поглядом на речі. На нашу думку. Це трапляється від журналістської необізнаності щодо докорінних трансформацій та їх кінцевих результатів в системі охорони здооров'я, а й з метою корисливої будь-якої

партійної мети. Це є неприпустимим аспектом і ще раз доводить необхідність постійної кропіткої роботи з органами засобів масового інформування та безпосередньо населенням територіальних громад. І цей додатковий тягар лягає на плечі як місцевої влади, членів ради госпітального округу, керівництва закладів охорони здоров'я. Тому, тільки спільними зусиллями, перспективним плануванням у співвідношенні до наявних ресурсів галузі на місцях, з обов'язковою орієнтацією на якість розвитку медичної допомоги, виявленням проблемних місць без замовчувань, а не масовим спротивом можливо створити сприятливі умови для просування ідей реформи та їх позитивних наслідків для людей громади [30].

Зауважимо також і ще на одну реформу, що крокує поруч з медичною. Це децентралізація. Її здійснення само по собі нівелює питання доступності до медичної допомоги та медичних послуг, тому що розпорядником коштів виступає об'єднана територіальна громада. Слід пам'ятати, що госпітальний округ є додатковим інструментом швидкого прогресу територій, що об'єднались у громаду [24].

Незважаючи на те, що декотрі обласні адміністрації відверто не бажають наслідувати загальнодержавним рекомендаціям, все ж на більшості адміністративних територій вже утворено нові організаційно-функціональні структури у межах госпітальних округів та їх ради на кшталт значній кількості європейських держав (табл. 3.1).

Але, як і у всьому новому не все ураховано у період підготовки. Так деякі з проблем стосуються невідповідностей у Положенні Міністерства охорони здоров'я України стосовно заходів з формування госпітальних округів. Ось деякі з них:

- не уніфіковано механізм відбору членів госпітальної ради;
- немає цілісного підходу до кількості і системи поновлення її складу;
- відсутність дієвої здатності до розробки довготривалих планів госпітального округу;

- немає рекомендацій щодо оприлюднення необхідних даних про госпітальну раду;
- не узгоджено інші питання з існуючою нормативно-правовою базою стосовно питань системи охорони здоров'я;

Таблиця 3.1

**Створення нових організаційно-функціональних структур у межах реформи системи охорони здоров'я в областях України у за період 2017 – 2020 років відповідно до наявного сукупного населення.**

№ з/п	Адміністративні одиниці	Населення (на 2014 р)	Госпіт. округи	Опорні ЗОЗ
1.	Вінницька	1 545 416	4	10
2.	Волинська	1 031 421	н/д	7
3.	Дніпропетровська	3 176 648	5	15
4.	Донецька	4 131 808	н/д	11
5.	Житомирська	1 208 212	4	7
6.	Закарпатська	1 253 791	1	8
7.	Запорізька	1 687 401	5	9
8.	Івано-Франківська	1 368 097	1	9
9.	Київська	1 781 044	4	13
10.	Кіровоградська	933 109	4	7
11.	Луганська	2 135 913	є	5
12.	Львівська	2 512 084	н/д	9
13.	Миколаївська	1 119 862	4	6
14.	Одеська	2 377 230	5	13
15.	Полтавська	1 386 978	4	8
16.	Рівненська	1 152 961	3 (1)	7
17.	Сумська	1 068 247	1 (3)	7
18.	Тернопільська	1 038 695	н/д	6
19.	Харківська	2 658 461	н/д	15
20.	Херсонська	1 027 913	н/д	8
21.	Хмельницька	1 254 702	3	10
22.	Черкаська	1 192 137	4	8
23.	Чернівецька	901 632	4	5
24.	Чернігівська	991 294	1	9
25.	А Р Крим	1 968 550	-	-
26.	м. Київ	2 967 360	1	-
27.	м. Севастополь	385 998	-	-

- вказаним Положенням не описано функціональні обов'язки учасників госпітальних рад;

- також не визначено кваліфікаційні вимоги до кожного з членів госпітальної ради;
- рекомендації щодо недоцільності включення до складу госпітальних рад деяких посадових осіб, які за своїми обов'язками мають виконувати поради саме цих рад [25].

Враховуючи вищенаведене, Положення про госпітальні ради вимагає обов'язкового доопрацювання у найкоротший термін, щоб не гальмувати реформу і не стати прецедентом у судових справах.

«Деякі проблемні питання, здається, врегулювати нескладно. Так, для публікації протоколів засідань госпітальної ради на сайті місцевої ради, визначеної центром госпітального округу, та у місцевих ЗМІ, потребує лише доброї волі сторін. Однак поки що це також не вирішено, тому знайти будь-яку інформацію стосовно госпітальних рад наразі непросто» [26].

## ВИСНОВКИ

Законодавчо-теоретичні основи галузі охорони здоров'я України є розвинутими, всеохоплюючими, достатніми для існуючої системи у минулому, але сьогодні галузь не забезпечує свої функції, не відповідає задекларованим принципам і нездатна працювати у нових соціально-економічних умовах розвитку сучасної держави.

Привертають до себе увагу незгідності, що приховуються перед за все в Конституції України, у законах України, підзаконних актах центральної виконавчої влади, нормативних документах місцевих владних органів.

Найбільше це проступає в рамках паралельно здійснюваної іншої реформи, що вершиться у державі – передача деяких центральних владних функцій держави новостворюваним об'єднанням окремих груп народонаселення України у об'єднані громади за територіальним принципом.

Розпочата медреформа дала свої перші позитивні результати: створено нову прогресивну організаційну структуру, радикально змінено принцип фінансування первинної ланки, забезпечено доступність до гарантованої медичної допомоги та ін.

Процесу втілення новацій в охороні здоров'я вкрай заважає всесвітня коронавірусна пандемія, що внесла свої негативні корективи у графік наслідування Національній стратегії реформи.

Намагання більш ефективно розподілити та використати наявні ресурси призводять до необхідності пошуку нових джерел фінансування, а за світовим досвідом це є можливим за умови створення в Україні страхової системи у галузі охорони здоров'я.

Спираючись на досвід розвинених держав та на процеси розвитку у новітній історії України, медична реформа у сполученні з децентралізацією випродукує умови для покращення ладу надання медичної допомоги і послуг, забезпечення громадян фармакологічними засобами, а відтак і покращення здоров'я населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 11.10.2020).
2. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням громадян Проценко Раїси Миколаївни, Ярошенко Поліни Петрівни та інших громадян щодо офіційного тлумачення статей 55, 64, 124 Конституції України (справа за зверненнями жителів міста Жовті Води) 25 грудня 1997 року N 9-зп (Документ v009p710-97, поточна редакція – Редакція від 25.12.1997). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v009p710/-97#n54> (дата звернення: 11.10.2020).
3. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> 11.10.2020 (дата звернення: 12.10.2020).
4. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз : Державне управління та місцеве самоврядування / О. Худоба, 2014. – № 1 (20). – С. 133 – 145.
5. Зукин В. Реформы в отрасли здравоохранения Украины - ремонт, который никогда не заканчивается? URL: <https://medexpert.ua/meditsinskoe-uchrezhdenie/11/-meditsinskoe-uchrezhdenie/reformy-v-otrasli-zdravookhraneniya-ukrainy-remont/-kotoryj-nikogda-ne-zakanchivaetsya> (дата звернення: 17.10.2020).
6. Копачовець Н.І. Удосконалення законодавства про охорону здоров'я (нова редакція основ законодавства України про охорону здоров'я): недоліки та переваги. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_2396](https://minjust.gov.ua/m/str_2396) (дата звернення: 12.10.2020).
7. Вперед в прошлое. Коронавирус может возродить Санэпидемстанцию. Это не шутка, а идея СНБО. Кому еще это надо. URL: <https://biz.liga.net/all/fmcg/article/koronavirus-mojet-vozrodit-sanepidemstantsi>

[yu-eto-ne-shutka-a-ideya/-snbo-komu-esche-eto-nado](#) (дата звернення: 12.10.2020).

8. Кабмін вирішив ліквідувати СЕС. URL: [https://lb.ua/news/2017/05/22/366976\\_kabmin\\_reshil\\_likvidirovat\\_ses.html](https://lb.ua/news/2017/05/22/366976_kabmin_reshil_likvidirovat_ses.html) (дата звернення: 12.10.2020).

9. Прийняття рішення про ліквідацію СЕС - формальне і не впливає на виконання Держпродспоживслужбою своїх функцій, - Володимир Лапа. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/250015875> (дата звернення: 12.10.2020).

10. Ликвидация санитарно-эпидемиологической службы в Украине: смена вывески состоялась, последующие шаги? URL: <https://uacrisis.org/ru/47408-likvidatsiya-sanitarno-epidemiologichnoyi-sluzhby> (дата звернення: 12.10.2020).

11. Постанова Верховної Ради Української РСР «Про проголошення незалежності України» 24 серпня 1991 р. № 1427-XII/. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1427-12#Text> (дата звернення: 13.10.2020).

12. Міністри охорони здоров'я України. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA\\_%D0%BC%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%80%D1%96%D0%B2\\_%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8\\_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F\\_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#Народні\\_комісари\\_охорони\\_здоров'я\\_Української\\_СРР/РСР](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA_%D0%BC%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%80%D1%96%D0%B2_%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8#Народні_комісари_охорони_здоров'я_Української_СРР/РСР) (дата звернення: 14.09.2020).

13. Постанова КМУ від 30 листопада 2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 16.10.2020).

14. Постанова КМУ від 24 жовтня 2012 р. № 1113 "Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві". URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1113-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.10.2020).

15. Госпітальні округи: хто вирішує долю лікарень? Роз'яснює Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://auc.org.ua/novyna/gospitalni-okrugi-hto-vyris/huye-dolyu-likaren-rozyasnyuye-ministerstvo-ohorony-zdorovya> (дата звернення: 14.10.2020).

16. "У питанні формування госпітальних округів важлива мудрість представників органів місцевого самоврядування", - Ірина Сисоєнко. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/4208?page=2> доступ 14.10.2020

17. Уряд затвердив Порядок створення госпітальних округів. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249582611> (дата звернення: 14.10.2020).

18. Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів) Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 589 від 19.06.2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.10.2020).

19. Що варто знати про госпітальні округи. URL: <https://www.medcv.gov.ua/archives/2655> (дата звернення: 17.10.2020).

20. Госпітальні округи в Україні. Що вже зроблено? URL: <https://glavcom.ua/country/health/gospitalni-okrugi-v-ukrajini-shcho-vzhe-zrobleno--486103.html> (дата звернення: 16.10.2020).

21. Кабмін підпорядкував собі діяльність Держлікслужби України, МОЗ втратив функції контролю за ринком ліків. URL: <https://ua.112.ua/polityka/kabmin-pidporyadkuvav-sobi-diyalnist-derzhliksluzhbi-ukrayini-moz-vtrativ-funkciyi-kontrolyu-za-rinkom-likiv-59623.html> (дата звернення: 22.10.2020).

22. Децентралізація в сфері охорони здоров'я: експерт про три «кити», на яких має триматися управління галуззю (+відео). URL: <https://decentralization.gov.ua/news/3163?page=2> (дата звернення: 16.10.2020).



23. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 27.10.2020).

24. Слабкий Г. О., Русняк В. А., Істомін С. В. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я. Сучасні медичні технології. – № 2. – 2013. – С. 109 -111.

25. Варвянська С. Госпітальні ради: як створюються і чим займаються. URL: <https://tribuna.pl.ua/news/gospitalni-radi-problemni-pitannya-stvorennya-i-diynalnosti/> (дата звернення: 11.10.2020).

26. Ковтонюк П. Об'єднані громади та медреформа: що варто знати про госпітальні округи. URL: <http://decentralization.uacrisis.org/hospitalni-okruhy> (дата звернення: 16.10.2020).

27. Универсальное здравоохранение - Universal health care: веб-сайт. URL: [https://ru.qaz.wiki/wiki/Universal\\_health\\_care](https://ru.qaz.wiki/wiki/Universal_health_care) (дата звернення 19.11.2020).

28. Sistema Único de Saúde - Sistema Único de Saúde Sistema Único de Saúde: веб-сайт. URL: [https://ru.qaz.wiki/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](https://ru.qaz.wiki/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde) (дата звернення 09.11.2020).

29. Клепікова О.А. Дослідження динаміки розвитку страхового ринку України як складової світового ринку страхових послуг / О.А. Клепікова // Вісник Одеського національного університету. Економіка. - Одеса: Астропринт, 2010. - Т. 15. - Вип. 20. - С. 101-111.

30. Горлач А.С., Левіщенко Н.С. Сучасний стан та перспективи розвитку страхового ринку України. Теоретичні аспекти та практичні проблеми управління, економіки та природокористування в Україні: зб. матеріалів учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Київ: Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2018. С. 264-266.

31. Марценюк Л.В. Страховий ринок України: сучасний стан та проблеми розвитку. Вісник Дніпропетровського національного університету залізничного транспорту. 2016. № 2 (62). С. 36-45.