

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

**Брокарєв Віктор Георгійович**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК332.142.4  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ ПОЛІКЛІНІЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ**  
**ТРЕТИННОГО РІВНЯ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ**  
(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

**В. Г. Брокарєв**  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
**Довженко Валентина Анатоліївна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

К.є.н., доцент  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: **Брокарєва Віктора Георгійовича**

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » грудня 2020 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор \_\_\_\_\_ Якобчук В.П.  
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

« \_\_\_\_ » грудня 2020 р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти **Брокарєв Віктор Георгійович** захистив  
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_

за шкалою ECTS \_\_\_\_\_

за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

\_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Пугачова Н.С.  
(прізвище, ім'я, по батькові)

## АНОТАЦІЯ

Брокарєв В. Г. Механізми управління поліклінічним обслуговуванням третинного рівня в умовах медичної реформи. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет Міністерства освіти і науки України, Житомир 2020.

Досліджено теоретичні основи механізмів управління поліклінічним обслуговуванням, адміністрування і його вплив на здоров'я населення та економічну обґрунтованість послуги. Проаналізовано зарубіжний досвід реформування систем охорони здоров'я та адміністрування медичної послуги на третинному рівні. Запропоновано напрями удосконалення системи управління медичними послугами.

*Ключові слова: медична послуга, управління, медична сфера, економічна обґрунтованість, інформаційні технології.*

## SUMMARY

Brokarev V. G. Mechanisms of clinic service management of tertiary level in medical reform conditions. Qualification Work on manuscript rights. Work on obtaining an educational degree «Master» in specialty 281 «Public Administration» – Polissia National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr 2020.

The theoretical bases of mechanisms of clinic service management were analysed. The theoretical bases of administration and its influence on people health and economic assurance of service were analysed as well. The foreign experience of reforming health care systems and medical administration at the tertiary level was analysed. The directions of improvement of management system of medical service are offered.

*Key words: medical service, management, medical area, economic assurance, information technologies.*

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ВСТУП  | 5  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ                           | 8  |
| РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПОЛІКЛІНІЧНИМ ОБСЛУГОВУВАННЯМ НА ПРИКЛАДІ КНП «ЖОКЛ ІМ. О. Ф. ГЕРБАЧЕВСЬКОГО» ЖОР | 14 |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ   | 19 |
| ВИСНОВКИ   | 28 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ   | 31 |
| ДОДАТКИ  | 33 |

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Проголошені Загальною Декларацією прав людини, Європейською соціальною хартією, соціальні, освітні, культурні права людини основні принципи діяльності сучасної системи забезпечення медичною допомогою всіх верств населення на рівні держави та громад визначають необхідність підтримання здоров'я населення у якісному стані та своєчасне надання адекватної медичної допомоги є найважливішими завданнями сучасної системи управління охороною суспільного здоров'я України. Ці завдання відповідають викликам необхідності пошуку нових шляхів осучаснення механізму публічного управління сферою охорони здоров'я України.

Виведення даної галузі з глибокої системної кризи, забезпечення як медичної, так і соціальної та гуманітарної безпеки розвитку держави в цілому та її людського потенціалу зокрема, являє собою генеральну мету покращення управління медичною сферою країни. Це обумовлено тим, що показники суспільного здоров'я та здоров'я окремих громадян є узагальнюючими характеристиками рівня та якості життя, індексом соціального, культурного та економічного розвитку суспільства в цілому. Рівень національної безпеки держави, відтворення трудових ресурсів, відповідність показників життєдіяльності підростаючого покоління нормативам, якість життя людей пенсійного віку та інших верств населення безпосередньо та опосередковано залежать від стану діяльності медичної сфери та її фінансування. Адекватне фінансування можливо тільки в тому випадку, якщо кошти будуть іти за пацієнтом. Тобто медичний заклад буде отримувати кошти за кількість пролікованих пацієнтів та в залежності від складності випадку. Реальне реформування та модернізація усіх ланок механізму публічного управління медичною галуззю зумовлює стратегічний пріоритет динамічного розвитку громад в умовах децентралізації та сталої адміністративної реформи.

Значних наукових здобутків з огляду на реформу управління у державному секторі набули такі вітчизняні вчені, як В. Бакуменко [3], Т.

Биркович [5], Р. Войтович [14], В. Гошовська [17], Н. Дацій [19], О. Карпенко [26], Ю. Ковбасюк [28], О. Лебединська [32], О. Оболенський [37], А. Рачинський [56], І. Розпутенко [62], С. Телешун [71], В. Трошинський [67] та ціла плеяда зарубіжних вчених, але сьогодні в науковій літературі залишаються прогалини, що пов'язані з проблемами ефективності функціонування механізмів державного управління медичною галуззю та вірного адміністрування медичних послуг. Все це обумовлює актуальність теми.

**Мета та завдання головного дослідження.** Мета роботи – розкриття теоретико-методологічних засад та оцінки механізму розрахунку та управління медичними послугами в Україні в умовах реформування медичної галузі. Досягнення конкретної мети обумовило необхідність вирішення наступних завдань :

- відобразити вплив медичної реформи в Україні на якість надання медичних послуг ;
- описати зарубіжний досвід побудови і реформування та фінансування систем охорони здоров'я;
- визначити стан адміністрування медичних послуг в Україні та розрахунку вартості послуги ;
- обстежити ефективність державного управління медичними послугами в умовах реформування медичної галузі ;
- показати напрями та шляхи ефективного фінансування, адміністрування та розрахунку медичних послуг ;
- визначити шляхи застосування інформаційних технологій в медичній сфері.

**Об'єкт дослідження** – процес публічного управління медичними послугами в Україні.

**Предмет дослідження** – теоретичні та практичні аспекти дослідження напрямів розрахунку та адміністрування медичних послуг в Україні в умовах медичної реформи.

**Методи дослідження.** З метою досягнення поставленої мети в дослідженні використано спеціальні методи пізнання явищ та процесів в сфері охорони здоров'я, загальнонаукові та інструменти аналізу і синтезу, наукового абстрагування, індукції та дедукції, єдності логічного і історичного, монографічний метод.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Серед багатьох класифікацій моделей організації охорони здоров'я, що прийняті у різних країнах світу, існують чотири класичних (які різняться, в основному, за джерелами фінансування):

- 1) модель Бісмарка – медичне страхування, соціальна (німецька);
- 2) модель Беверіджа – державне фінансування, універсалістська (англійська);
- 3) модель приватного фінансування охорони здоров'я, недержавна (американська);
- 4) модель Семашка (колишня радянська, соціалістична).

Бюджетно-страхове фінансування охорони здоров'я, як змішаної моделі, перевагою має те, що страхові внески носять цільовий характер і захищені від політичного впливу. Величина цих внесків незалежна від ризику будь-якої хвороби, обсяг медичної допомоги є універсальним для всього загалу застрахованих, не залежить від розміру внеску і визначається лише конкретними потребами окремої людини. Ця система визначається трьома каналами надходження коштів за різними пропорціями. Внески здійснюються з державного чи місцевого бюджету, а також за рахунок працюючих і роботодавців. Страхові відрахування є неоподаткованими витратами, які самі по собі є податком. Роботодавці зацікавлені не лише у ефективно працюючих співробітниках, що можливо лише за умови їх стабільного здоров'я, а також за допомогою пакету різних соціальних послуг вони намагатимуться утримати найбільш цінних працівників.

Кожна з моделей отримує свої переваги і недоліки і застосовується у кожній окремій країні залежно від існуючих традицій, соціально-економічних та географічних особливостей відповідної території.

Серед основних проблем визначених в Концепції є:

1. катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів;
2. низька якість та ефективність надання послуг;
3. неефективне витрачання бюджетних коштів.

В основі Концепції лежить переміна механізму асигнування системи охорони здоров'я шляхом створення та запровадження новітніх, відмінних від існуючих, основ моделі фінансування, які вбачають прозорі реальні гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку виникнення хвороби, ефективний та справедливий розподіл суспільних коштів та скорочення неформальних платежів, створення мотиваційних умов до покращення якості та кількості медичної допомоги населенню України.

Ці послуги є безкоштовними – декларація є необхідною, аби визначати компенсацію для лікарів. Натомість Розрахунки для вторинного та третинного рівня медичної допомоги тривають і, згідно прогнозу міністерства, для цього буде потрібно ще близько двох років. Відтак спеціалізована та високоспеціалізована ланки працюватимуть у звичному режимі і лише з 2020 р. планується перейти на нові принципи роботи. Втім скористатися допомогою лікаря-спеціаліста під час дії реформи можна лише за рішенням сімейного лікаря чи педіатра. Якщо незалежно від призначення лікаря первинної ланки, пацієнт звернеться до відповідного профільного фахівця самостійно, він муситиме самотужки оплатити його послуги. Попри той факт, що відтепер медичні послуги формально надаватимуться на страховій основі, жодних додаткових відрахувань через це, українці не робитимуть. Оскільки завдяки реформі було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), що фактично виконує роль страховика. Гроші на покриття видатків надходять до цієї фінансової організації з державного бюджету. Із тих фактичних податків, які вже сплачують громадяни, і будуть накопичуватись «страхові внески, які буде передбачено на отримання необхідної у рамках пакету медичної допомоги та послуг.

Якщо раніше держава спрямовувала кошти на асигнування системи охорони здоров'я, тобто утримувала заклади охорони здоров'я, то відтепер бюджетні кошти спрямовуватимуться на закупівлю у медичних закладів медичної допомоги та наданих послуг. Держава платитиме за це не тільки державним і комунальним, але й приватним закладам охорони здоров'я. Такий підхід має змусити медичні заклади змагатися за пацієнтів, створити здорове конкурентне середовище, позбавить необхідності фінансування лікарень, які не виконують передбачене навантаження, на яке вони розраховані, створить вільні умови окремим лікарям, що зможуть ефективно працювати як приватні підприємці.

До безкоштовних медичних послуг належать: невідкладна, первинна та паліативна медична допомога. Усі звернення до педіатрів та терапевтів, сімейних лікарів, оперативне лікування, ургентні втручання, догляд та знеболювання для важких та невиліковно хворих залишатимуться безоплатними для тих, хто звернувся по таку допомогу. У Міністерстві охорони здоров'я України зазначають, перелік безкоштовних медичних послуг буде єдиним для усіх адміністративно-територіальних одиниць по всій країні, і обраховуватимуться вони за єдиною тарифною сіткою, незалежно від місця надання таких послуг. Буде визначено і частину послуг як офіційно платними. У Міністерстві охорони здоров'я України прогнозують, що йтиметься передусім про окремі діагностичні і лабораторні дослідження, косметологічні втручання, естетичну хірургію і стоматологію за винятком екстрених епізодів. Неможливо надавати високоспеціалізовану допомогу в невеликих медичних закладах, в містах та селах з малою кількістю населення, тому що для цього потрібне дороге обладнання, яке не може дозволити собі бюджет невеликого міста і яке потрібно обслуговувати та утримувати відповідних фахівців високої спеціалізації.

Також для постійного удосконалення фахівців потрібен великий потік пацієнтів, яких немає у маленьких містах.

Тому було прийняте рішення сконцентрувати високоспеціалізоване обладнання в опорних лікарнях, які розташовані у великих містах та на відстанях зручних для доставки ургентних категорій пацієнтів.

Кожен медичний заклад зможе утримувати себе за рахунок того що НСЗУ буде оплачувати послуги, які надаються пацієнтам. Чим більшу кількість та дорожчу послугу буде надавати лікарня тим більше коштів буде отримувати. Пацієнти мають право обирати медичний заклад незалежно від місця реєстрації – тому лікарні будуть боротись за пацієнтів завдяки цьому виросте якість послуг. Лікарі теж будуть зацікавлені в більшій кількості пацієнтів та дорожчій послугі – від цього залежить величина зарплати.

Від зміни джерел фінансування змінюється вплив та адміністрування органів місцевого самоврядування на медичні заклади. Якщо раніше медичні заклади фінансували відповідні органи місцевого самоврядування ( міські, районні, обласні ради) то тепер кожен заклад самостійно повинен заробляти кошти на своє утримання та зарплати працівникам. Тому буде зацікавлений в економії коштів на енергоносіях, оптимізації кількості працівників та в ефективному використанні наявних ресурсів (ліжок, апаратури, приміщень). В умовах ринкової економіки буде відбуватись конкуренція між державними, комунальними та приватними медичними закладами, боротьба за пацієнта.

Директори медичних закладів мають бути зацікавлені у гарних фахівцях, платити їм відповідну зарплату, так як пацієнти будуть іти до висококласних спеціалістів.

На цей час реформи відбуваються не за графіком по багатьом причинам: всесвітня пандемія на COVID-19внесла свої корективи в цей процес, НСЗУ при підрахунку вартості медичної послуги значно занизила розцінки на послуги і вони виявились нижче собівартості і лікарні працюють в збиток, держава виділила на фінансування значно менше коштів ніж потрібно, не запроваджено медичне страхування. Нажаль реформа відбулась на половину і медична галузь опинилась в гіршому стані ніж до реформи. Пацієнти не отримують вчасну та

якісну медичну допомогу, медичні працівники не отримують нормальну зарплату, в лікарнях не вистачає фінансування.

Впроваджено електронну систему охорони здоров'я «eHealth», завдяки якій медичні картки українців стали електронними, у ній планується утримувати всю медичну інформацію про пацієнта на кшталт «електронної історії хвороби», що дасть можливість лікарю в необхідних випадках, незалежно від місця перебування і від стану хворого швидко ознайомитись з особливостями хвороби конкретного пацієнта для найбільш ефективного медичного втручання, а записатися на візит до лікаря можна буде через електронну мережу. Також завдяки цій системі хворі зможуть відслідковувати наявність у конкретних лікарнях безкоштовних ліків.

Розраховуючи вартість медичних послуг Національна служба здоров'я України (НСЗУ), повинна була врахувати багато складових з яких складається медична послуга. Вартість медичної послуги складається з таких витрат:

- це заробітна плата медичного персоналу (який безпосередньо надає медичні послуги) за час її надання(час витрачений безпосередньо на послугу) згідно з окладами й тарифами з усіма надбавками та доплатами – це податки такі, як єдиний соціальний внесок на заробітну плату – це різні матеріальні витрати на медикаменти та медичні розхідні матеріали(спирт, вата, рукавички та інше), які використані під час надання медичної послуги.

- це непрямі витрати, які неможливо безпосередньо віднести до медичної послуги (прибирання приміщень, та інше).

- це амортизаційні відрахування на обладнання, яке задіяно для надання медичної послуги.

#### КЛАСИФІКАЦІЙНІ ОЗНАКИ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ:

1. За видами медичної практики :

- консультації
- діагностика
- лікувальна справа

2. За місцем надання послуг:

- стаціонар
- поліклініка
- швидка та невідкладна допомога
- санаторії, профілакторії та інше

3. За складністю:

- прості послуги
- складні послуги

4. За часом виконання:

- короткострокові
- довгострокові

5. За кількістю учасників, зайнятих у наданні послуги:

- одноосібні
- групові

6. За характером економічних відносин :

- послуги державних установ
- послуги комунальних установ
- послуги приватних установ

Після того, як НСЗУ провело розрахунок вартості медичних послуг в Україні, державні та комунальні медичні заклади почали працювати в умовах наближених до ринкових та конкурувати з приватними медичними закладами.

**РОЗДІЛ 2.**  
**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ПОЛІКЛІНІЧНИМ**  
**ОБСЛУГОВУВАННЯМ НА ПРИКЛАДІ**  
**КНП «ЖОКЛ ім. О. Ф. ГЕРБАЧЕВСЬКОГО» ЖОР**

Консультативна – діагностична поліклініка є окремим підрозділом КНП «ЖОКЛ ім. О. Ф. Гербачевського» ЖОР, але функціонує в тісній співпраці з іншими відділеннями обласної лікарні. В зв'язку з медичною реформою змінилась система управління поліклінічним обслуговуванням : з'явилися електронні направлення за які НСЗУ перераховує кошти на медичний заклад, кожен лікар має ввести направлення в систему eHealth та створити взаємодію. Якщо у пацієнта відсутнє електронне направлення то він має оплатити послугу з власних коштів, за електронним направленням всі маніпуляції та консультації оплачує державний бюджет через НСЗУ. Медичний заклад зацікавлений в якомога більшій кількості пацієнтів та у більшій вартості послуги, щоб заробити кошти на своє функціонування і тут виникає конкуренція між різними формами медичних закладів ( «боротьба за пацієнта»). В цій ситуації дуже важлива унікальність тієї послуги, яку може надати медичний заклад та якість обслуговування – чим більш унікальна послуга та краща якість обслуговування тим більше зможе заробити медичний заклад. Розглянемо на прикладі поліклініки як окремого підрозділу які послуги, в якому обсязі та якої якості послуги зможе вона надавати. Чи здатна буде «вижити» в умовах ринкової економіки, заробити кошти на свій подальший розвиток , як окремий суб'єкт підприємницької діяльності. Все це залежить від якості та ефективності управління поліклінікою.

В штатному розкладі поліклініки знаходяться такі спеціалісти:

- керівники закладів – 1 посада ;
- терапевти – 3 посади ;
- дієтолог – 1 посада ;
- сімейні лікарі – 1 посада ;

- пульмонологи-1 посада ;
- ревматологи-3,5 посади ;
- кардіологи – 4 посади ;
- гастроентеролог – 2 посади ;
- нефролог – 1 посади ;
- ендокринолог – 3,25 посади ;
- алерголог – 1 посада ;
- інфекціоніст – 1 посада ;
- хірург – 1, 25 посади ;а
- судинний хірург – 1, 25 посади ;
- торакальний хірург – 0, 5 посади ;
- проктолог – 1 посада ;
- невропатологи – 4,25 посади ;
- ортопед-травматолог – 2 посади ;
- уролог – 2,5 посади ;
- нейрохірург – 1 посада ;
- сексопатологи 0,25 – посади ;
- ендоскопіст – 0,25 посади ;
- стоматолог – 0, 75 посади ;
- акушер-гінеколог – 2 посади ;
- офтальмолог – 3,5 посади ;
- отоларинголог – 4 посади ;
- невролог – 4,25 посади ;
- психотерапевти – 1 посада ;
- дерматовенерологи – 1 посада ;
- рентгенологи – 2 посади ;
- статистици – 1 посада ;
- лікарі імунологи – 1 посада ;
- гематологи – 1,75 посади ;
- методисти – 0,25 посади ;

- спеціалісти з вищою не медичною освітою – ,5 посади ;
- середній медичний персонал ( медичні сестри) – 43,5 посади ;
- медичні статистики – 2 посади ;
- молодший медперсонал – 15,5 посад;

Загалом всього персоналу по штатному розкладу поліклініки – 128,75 посад, а лікарів 52,5 посади. При реформуванні медичної системи в ринкових умовах ці 52 лікарі мають заробити кошти на зарплату собі, допоміжному медичному персоналу та на комунальні послуги. В ринкових умовах керівництвом поліклініки було прийнято рішення вирахувати адекватну вартість медичної послуги, яка забезпечить самоокупність медичного закладу та буде доступною для пацієнта. Після підрахунку вартості послуги вираховали, що вона становить 50 гривень. З одного боку виконано головну умову – послуга доступна для більшості населення області. З іншого боку чи зможе поліклініка забезпечити самоокупність закладу?

Виконаємо прості арифметичні підрахунки :зарплата молодшого медичного персоналу приблизно – 4800гр, середнього медичного персоналу в залежності від категорії – 5000-5500гр, лікарів в залежності від категорії та спеціальності – 5500-7000гр. Візьмемо найвищі зарплати та помножимо на кількість персоналу, таким чином ми вирахуємо максимальний фонд заробітної плати. 52,5 лікарям при зарплаті 7000 гривень на зарплату потрібно-367500гривень, середньому медичному персоналу-43,5 посади при зарплаті 5500 потрібно-239250 гривень, молодшому медичному персоналу-15,5 посади при зарплаті 4800 потрібно-74400 гривень на місяць. Ще є інший персонал – це 17,5 посади, при зарплаті в середньому 6000 гривень потрібно ще 122500 гривень. Загалом фонд заробітної плати за місяць становить-803650 гривень.

Один лікар, в залежності від спеціальності може прийняти в день 15-20 пацієнтів, якщо вони є. В місяць при 22 робочих днях це 440 пацієнтів ( візьмемо максимальну кількість ), при вартості послуги 50 гривень це 22000 гривень може заробити для поліклініки один лікар. Якщо у нас є 52,5 посади то це відповідно 1155000 гривень, а фонд заробітної плати 803 650 гривень.

Залишається 351350 гривень. З цієї суми треба сплатити за витратні матеріали, податки, комунальні послуги. Якщо ми підрахуємо всі ці витрати то коштів не вистачить навіть на покриття собівартості послуги, а якщо медичний заклад планує розвиватися, закуповувати новітнє обладнання, щоб надавати якісні медичні послуги то і поготів.

При підрахунку вартості послуги лікаря-спеціаліста виявилось багато недоліків : більшість медичного персоналу не була готова працювати в ринкових умовах, це стосувалось не тільки звичайних лікарів, а і керівників, які не розуміли як вирахувати вартість послуги. Чому так сталось? Тому, що багато років лікарні фінансували централізовано через субвенції з різних рівнів бюджетів і керівникам не потрібно було заробляти кошти а треба було «вибивати» або «випрошувати» їх. Коли вираховували вартість послуги лікаря спеціаліста то виявилось, що вона вартує 50 гр. З чого має складатись вартість послуги? У вартість послуги має входити : амортизація обладнання та приміщень, витратні матеріали (канцелярські товари, антисептики, маски, рукавички та інше), комунальні послуги, зарплата лікаря, який надає послугу та додаткового персоналу (середній та молодший медичний персонал, статистичний відділ, бухгалтерія, господарський двір, головний лікар, завідувачий, водії та інші), вартість оренди земельної ділянки за яку сплачує лікарня та податки. Як виявилось вартість послуги вираховували економісти, які не врахували всі ці аспекти. Наприклад зарплату медичного персоналу для розрахунку послуги взяли за попередній рік, а не підвищену яка мала би бути при ринкових умовах, коли буде відбуватись конкуренція між різними медичними закладами та боротьба за кращих фахівців. Не врахували комунальні послуги та вартість оренди тому що ці витрати мають відбуватись з бюджету. Так сталось, що вартість послуги не покриває витрати медичного закладу на її надання та виявилась збитковою. НСЗУ в свою чергу теж занизив вартість медичної послуги, вона теж виявилась збитковою для медичних закладів. Як наслідок медичний персонал отримував мінімальну зарплату, а найкращі фахівці почали звільнятись та переходити в приватні медичні заклади

де вірно розраховали медичну послуги, врахували підвищені зарплати для лікарів та створили кращі умови для лікарів та пацієнтів. Для зрівняння вартість послуги лікаря-спеціаліста коштує від 300 до 450 гривень в залежності від фаху лікаря та категорії, в той час яку в державній установі нарахували всього 50 гривень!

Також не були враховані інші аспекти надання послуг такі як зручність. Коли в приватних та і міських медичних закладах пацієнт приходить на конкретний час та не чекає в черзі то в обласній консультативно-діагностичній поліклініці не змогли цього зробити, що особливо важливо в умовах пандемії «корона вірусу». Коли одночасно під кабінетом знаходиться багато пацієнтів і вони довго чекають своєї черги це погане адміністрування медичної послуги. Багато пацієнтів підуть в приватні медичні центри або інші комунальні медичні установи. В наш час інформаційних технологій зробити поліклініку без черг дуже просто - є багато інтернет програм. «Поліклініка без черг» – це така система контролю та управління потоком пацієнтів, яка вже функціонує в багатьох медичних закладах України. І чому ця система або інша не функціонує до цього часу в обласній поліклініці питання риторичне.

Зі всього вище перерахованого можна зробити висновок, що в ринкових умовах в період реформування медичної галузі управління поліклінічним обслуговуванням виявилось неефективним та фінансово не спроможним себе забезпечити не економічно не адміністративно.

### РОЗДІЛ 3.

## НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ПОСЛУГАМИ

Реформа у своїй сутності передбачає суттєві зміни в механізмі функціонування об'єкта з можливою зміною базових принципів, як результат ми отримаємо принципово новий об'єкт. Діюча реформа системи охорони здоров'я України охоплює всі підрозділи системи охорони здоров'я – головне це управління цією системою та її адміністрування, забезпечення її відповідними фінансовими та людськими ресурсами, повне фінансування та контроль надання якісних медичних послуг.

Всесвітня організація охорони здоров'я, МВФ, європейські медичні організації вважають основним фактором для результативного функціонування системи охорони здоров'я у будь-якій державі світу функцію фінансування. Також відсутність ефективної та сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я означає відсутність в нашій державі механізмів для забезпечення ефективного управління цією державою, відсутність ефективного планування та використання її ресурсів а відтак і управління здоров'ям населення, що є основною метою діяльності цієї системи.

Тому завершення реформи системи фінансування охорони здоров'я це одне з головних завдань держави і повинно бути головним пусковим механізмом для започаткування глобальних реформ у цій життєво важливій сфері та забезпечити створення в нашій державі якісної, з використанням сучасних технологій, достойної європейської зарплати для медичних працівників та отримання якісних доступних послуг для пацієнтів відповідно до стандартів світових лідерів у медицині.

Це наводить на думку про те, що радикальним вирішенням проблеми є докорінна зміна порядку фінансування галузі. Цей шлях пройшли більшість пострадянських країн. Він передбачає три компоненти:

1. Розмежування замовника та постачальника послуг. Орган влади, який

володіє закладом і фінансуючи його, неодмінно створює конфлікт інтересів, а тому заклади припиняють перебувати на утриманні органів влади, стають автономними і відповідальність за їх господарську діяльність покладається на їх керівництво.

2. Перехід від утримання потужностей до фінансування результатів. Це означає перехід від фінансового утримання медичного закладу органом місцевого самоврядування до фінансування закладу пацієнтом або замовником послуги (а він не є власником закладу).

3. Створення системи «єдиного платника», що полягає у мінімізації кількості замовників послуг. Створення НСЗУ ( Національної служби здоров'я України ), у якій є відділення в регіонах, реалізувала цей компонент на практиці та стала національним акумулятором публічних коштів.

Головна мета президента та уряду нашої держави це одночасно з реформою децентралізації країни – здійснити глобальну реформу фінансування охорони здоров'я та перерозподілити фінансові потоки : « гроші рухаються за пацієнтом ». На шляху реформи галузі існують деякі взаємозумовлені складнощі реформування. Реформування галузі відбувається не систематично, можна сказати хаотично. Не має системного підходу до забезпечення здоров'я нації, відбуваються окремі зміни у функціонуванні медичної сфери, а корпоративні інтереси ставить вище суспільних.

Нова модель фінансування системи суспільного здоров'я передбачає перехід від автоматичного фінансування кошторисів закладів охорони здоров'я до асигнування за результатами діяльності цих закладів. Головні напрями втілення положень зміни системи надходження коштів у галузь визначені Розпорядженням КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Відповідно до нього, до втілення в Україні, як модель, пропонується державне солідарне медичне страхування. Для фінансування оновленої системи галузі залишаються кошти із загальнодержавних податків Державного бюджету України,. Виплати

для лікування окремого пацієнта не співвідносяться до розміру її індивідуальних внесків.

Перший напрям Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я є – переміна механізму формування видатків на охорону здоров'я шляхом закупівлі медичних послуг. За таким принципом відбуватиметься зміна постатейного фінансування кошторису бюджетних закладів охорони здоров'я –, відповідно до їх існуючої ресурсної інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), на виплати за фактично пролікованих випадків або чисельності приписного населення), а також аптекам як постачальникам призначених лікарських засобів. Такий підхід цілком відповідає оголошеному принципу «гроші ходять за пацієнтом».

Предметом закупівлі є система «Прозоро», якою визначені обсяги первинної, вторинної, третинної, екстреної медичної допомоги та лікарських засобів (державний гарантований пакет медичної допомоги). Вартість всіх цих послуг покривається страхувальником повністю або частково. Державні гарантії мають відповідати економічним можливостям суспільства та фінансуються згідно статті 95 Конституції України.

Закон України :«Про державні фінансові гарантії на медичне обслуговування населення» – цим законом визначено головні методи оплати за надання медичних послуг. Згідно до закону, для оплати діяльності (відшкодування витрат) постачальників можуть застосовуватися: змішаний метод оплати, оплати за окрему послугу, глобальний бюджет, оплата за кожен окремо пролікований випадок по методу розподілу за діагностично-спорідненими групами. На всій території держави встановлюються єдині тарифи оплати за надані медичні послуги, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які постачаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата за тарифом гарантована всім виробникам медичних послуг за угодами про медичне обслуговування.

До тарифів можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти, розміри та умови застосування яких єдині для всієї України.

Асигнування на постачання спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги з 1 січня 2020 р. здійснюватиметься на одного громадянина за послугу чи пролікований випадок. Для оплати стаціонарної допомоги у перспективі застосовуватиметься фінансування на підставі виплат за виконаний випадок надання послуги за розподілом на діагностично-споріднені групи.

Ідеальна система оплати послуг медицини стимулювала б більш ефективно та справедливо подання медичних послуг з правильної мотивації та з мінімумом трансакційних витрат. Адже така практика вже існує.

У ринкових умовах, фінансування у закладів охорони здоров'я повинно забезпечувати балансуювання між прибутками та витратами, симулювати постачальників, щодо підвищення якості надання медичних послуг та економічної ефективності медичної допомоги. Однак застосування вказаної методології виплат є проблематичним і протяжним процесом, а його втілення у життя потребуватиме тривалого часу, у тому числі для забезпечення придатної підготовки різних категорій медичних працівників. Інформаційні автоматизовані технології нині застосовують майже всіх сферах суспільного життя і активно інтегруються і в медицину впродовж останніх десятиліть.

У країнах Європейського Союзу, до прикладу, протягом 15 років підряд близько 500 мільйонів євро спрямовано на наукові дослідження у царині медичної інформатики. Медичні інформаційні системи – сукупність технічних методів та засобів за допомогою яких опрацьовують та аналізують медичні показники, діагнози з метою створення, зберігання та подальшого використання, передавання та захисту профільного телекомунікаційного продукту, який застосовують у процесі розв'язання поставлених завдань у галузі медичних інформаційних технологій.

Медична інформаційна технологія – інструмент, що дає змогу найбільш ефективно визначати і планувати ресурси закладу охорони здоров'я із застосуванням медичного програмного забезпечення, допомагає спростити облікову, сервісну та будь які інші види діяльності медичного закладу або

установи для надання якісних медичних послуг пацієнтам та прийняття більш раціональних управлінських рішень.

В ринкових умовах відбувається конкуренція між медичними закладами різних форм власності, як за кошти глобального бюджету (НСЗУ), кошти страхових компаній так і за кошти звичайних пацієнтів (власні кошти). Пацієнт буде обирати де йому краще отримати медичну послугу. І тут на перше місце виходить дуже важливий аспект – співвідношення ціни та якості послуги. Наскільки зручно та швидко за доступною ціною можна отримати відповідну послугу. Другий важливий момент наявність лікарів спеціалістів, які зможуть правильно поставити діагноз та призначити лікування. Третій важливий момент якісне адміністрування послуг та розуміння керівництва закладу, як працювати в ринкових умовах. Який вихід є з цієї ситуації?

В першу чергу треба організувати рекламну компанію медичного закладу, донести інформацію про послуги, які надає поліклініка та спеціалістів, які проводять прийом пацієнтів. Далі потрібно організувати електронний та телефонний запис до цих спеціалістів на зручний для пацієнта час та щоб не створювати черги, це буде зручно, як для пацієнта так і для лікаря. Можливо навіть треба буде перейти на прийом в дві зміни, якщо буде відповідна кількість пацієнтів, що дасть заробити більше коштів для поліклініки за той же період часу. Дуже важливий момент матеріальне зацікавлення в якісній роботі медичного персоналу. Це можна зробити в різний спосіб, преміювання або надбавка до зарплати. Лікар має бути зацікавлений в прийомі якомога більшої кількості пацієнтів. Від кількості пролікованих пацієнтів має залежати зарплата лікаря та медичної сестри. Керівництво поліклініки має бути зацікавлене у кращих спеціалістах, до яких підуть пацієнти і тут вже відбувається перехід кращих спеціалістів у заклади з вищою зарплатою. Керівництво поліклініки має боритись не тільки за пацієнтів, а і за кращих лікарів, намагатися їх утримати, як високою зарплатою так і гарними умовами праці, стимулювати їх до підвищення кваліфікації та навчання. Розрахунок послуги повинен відбуватися індивідуально під кожного лікаря, в залежності від спеціальності та кваліфікації

спеціаліста, тому що кожен спеціаліст витрачає різну кількість часу та витратних матеріалів на ту чи іншу послугу. Хірургічні маніпуляції повинні коштувати дорожче, тому що потребують більше витрат часу та матеріалів.

Використання медичної інформаційної системи контролює ефективність та результативність лікувального процесу і реабілітації. Електронна охорона здоров'я eHealth дає змогу ефективно розв'язувати завдання у галузі охорони здоров'я за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій незалежно від географічного перебування лікаря і пацієнта. Назва eHealth дослівно перекладається як «електронне здоров'я». Насправді eHealth – це збірне поняття, яке об'єднує інформаційні технології і сервіси в охороні здоров'я в цілому. Електронна бази даних eHealth дозволяє зберігати інформацію, що міститься у медичних картах пацієнтів, дізнаватися результати аналізів і обирати собі лікаря на підставі рейтингів і відгуків, не виходячи з дому. Основними напрями функціонування eHealth:

1) використання профільних спеціалізованих інформаційних технологій та автоматизованих програм у професійній діяльності лікарів, фармацевтів, управлінців, державних службовців, інших працівників закладів та установ охорони здоров'я;

2) обслуговування та сервіси для пацієнтів для широкого вжитку серед населення, що підвищують доступність інформації і покращують якість життя.

Спеціалізовані продукти eHealth : діагностична та лабораторна інформаційні системи; програми обліку медичних кадрів та їх якісний склад; фармацевтичні облікові та обрахункові програми; телемедична діагностика та консультивання; інші програмні продукти, основне завдання яких – автоматизувати й уніфікувати роботу фахівців для раціоналізації та пришвидшення лікарських рішень;

3) управління охороною здоров'я на рівні всієї країни, і зокрема, у Міністерстві охорони здоров'я України.

Для реалізації цілей управління і здійснення регуляторної політики в галузі побудовано центральний компонент eHealth МОЗ України все

державного рівня, який є головною ланкою, що акумулює отримання інформації від медичних установ.

Центральний компонент eHealth МОЗ України є спеціалізованою комп'ютерною програмою з підключенням до неї інших медичних інформаційних системна місцях – в амбулаторіях, центрах первинної медико-санітарної допомоги тощо.

Головні завдання, які поставлено перед центральним компонентом eHealth– це реєстрація та облік лікувальних закладів, окремих лікарів і договорів про надання медичних послуг лікарями загальної практики. Всі лікувальні заклади незалежно від статусу власності і типу управління повинні надавати послуги за кошти бюджету, мають бути зареєстровані в центральному компоненті eHealth МОЗ України та звітувати за обсяги виконаної роботи та її якість.

Так центральний компонент eHealth накопичуватиме і опрацювання інформацію щодо медичних закладів, що отримують кошти з державного та місцевого бюджетів. Вказана інформація необхідна для здійснення головних принципів реформи – «гроші ходять за пацієнтом» і «фінансування не ліжок, а послуг», а центральний компонент eHealth став тим технологічним інструментом, який дозволить впровадити у життя зазначені принципи.

Іншою важливою ланкою eHealth є медичні інформаційні системи, які за відповідними правилами з'єднуються з центральним компонентом і створюють можливість лікувальним закладам спроводжувати інформацію в центральний компонент eHealth МОЗ України. На ринку України інформаційних систем доволі для забезпечення закладів охорони здоров'я і установ якісними і надійними рішення. Багато з компаній-виробників інформаційних технологій мають досвід за кордоном, тому є серйозний сучасний досвід у створенні спеціалізованих продуктів для охорони здоров'я.

На рівні держави Повномасштабне впровадження eHealth в Україні дає можливість отримати відповідні інструменти для цільового вжитку та контролю коштів на профілактику та лікування хвороб, а їх результати

оцінювати за конкретними стандартними ознаками. Друга важлива складова eHealth – це безліч сервісів для пацієнтів, які підвищують задоволення від наданих послуг. Серед найбільш поширених сервісів маємо інформаційні: отримання доступу до актуального графіку лікаря, розшук необхідної інформації про клініку та відгуки пацієнтів про якість лікування і обслуговування. Також отримання медичних висновків і витягів, висновки з діагностики і результатів аналізів. Загалом, сукупність сервісів eHealth істотно підвищує якість результатів медичного обслуговування, а відтак медичну і соціальну ефективність. І вкрай важливо, щоб ці сервіси були доступні громадянам не тільки в комерційних лікувальних закладах, а й в комунальних. Заклади охорони здоров'я почали все частіше впроваджувати у свою діяльність найсучасніші інформаційні рішення та розробки, оскільки це дає їм змогу ефективніше спрямовувати ресурси, запобігає створенню черг, виникненню лікарських помилок та сприяє наданню якісної медичної допомоги мешканцям віддалених територій.

Інформаційні системи спроможні співпрацювати зі стандартними формами МОЗ України, та лише деякі з них можуть формувати і вести електронну медичну картку та інтегруватися до підручного медико-діагностичного оснащення. Найшвидший розвиток отримали комплексні системи, спроможні досягнути високого економічного ефекту і які в цілому поліпшують процес медичних послуг населенню. Електронна медицина користується численним потенціалом інформаційних технологій та підтримує розвиток цілісного інтелектуального середовища: забезпечувати керування наданням медичної допомоги населенню, впроваджувати персоналу закладів новітні методи діагностики та лікування, організовувати консилиуми лікарів у реальному часі на значній, що відстані.

Охорона здоров'я прогресивна галузь щодо впровадження сучасних інформаційних технологій. Лікарська практика обслуговує значну кількість хворих, здійснює багато обстежень, створює обсяги інформації, тому без використання сучасних систем її обробки персоналу закладів і менеджерам

охорони суспільного здоров'я складно справитись з її обсягом так швидко, як це вимагається. Тому, щоденне використання автоматизованих інформаційних технологій у діагностиці та інтенсивному лікуванні а також інтеграція до світового інформаційного простору є важливими задачами при реформуванні вітчизняної охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Для удосконалення надання медичних послуг та кращого адміністрування важливим є розмежування функцій виробництва медичних послуг та їх фінансування в організації системи охорони здоров'я України. Для України корисним буде проведення кардинального реформування системи охорони здоров'я з обов'язковим зверненням уваги на якість та доступність отримання медичних послуг. Актуальним для України є запровадження такої системи охорони здоров'я, яка передбачатиме конкурентні засади щодо якості надання медичних послуг. Вказано нововведення безумовно покращить стан функціонування закладів охорони здоров'я. Так, пропонується використання комплексного підходу реформування публічного адміністрування в системі охорони здоров'я, яке засновано на врахуванні глобалізаційних процесів. Створення Державної інспекції з питань якості надання медичних послуг, до компетенції якої належатиме перевірка дотримання міжнародних медичних протоколів, дотримання медичної етики, видача, зупинення та анулювання ліцензії на зайняття медичною практикою. Прийняття національного плану дій щодо підвищення рівня фізичної активності має виражати поєднання нормативних (правових та міжнародно-правових основ регулювання сфери охорони здоров'я), управлінських (менеджмент функціонування публічної влади в сфері охорони здоров'я).

Системи охорони здоров'я у цивілізованих країнах виконують функцію соціального захисту, сприяє зростанню економічного потенціалу. Вони знижують як небезпеки в царині здоров'я, так і фінансові ризики, створюють суттєвий внесок у соціальний і економічний добробут, підвищують якість життя. В умовах фінансових негараздів головною ціллю країн, яку визначила Рада ЄС, є забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, не торкаючись безпеки загальних цінностей країн ЄС: повне охоплення своїх громадян медичним сервісом, солідарність у фінансуванні, рівноправність доступу до медичної допомоги і адекватна якість медичного обслуговування. Є

доцільним пристосовувати зарубіжний досвід витрат на охорону здоров'я для перетворення галузі вітчизняної охорони здоров'я у більш якісну та продуктивну. Для цього необхідно утворити ефективну систему фінансування охорони здоров'я.

Рішенням проблеми є радикальна реформа системи фінансування охорони здоров'я.

Вона передбачає три компоненти:

1. Розмежування замовника та постачальника послуг;
2. Перехід від фінансування ресурсів до фінансування результатів;
3. Утворення такої системи «єдиного платника», що мінімізує кількість замовників послуг, різних рівнів їх розташування.

Для удосконалення процесу формування бюджетних видатків на охорону здоров'я та їх оптимізації створено:

- єдиної Національної агенції з фінансування охорони здоров'я (Національна служба здоров'я України), яка має відділення в регіонах
- впроваджено для фінансування діяльності постачальників медичних послуг нових методів оплати, а саме: змішаний метод оплати, глобальний бюджет, оплата за одну послугу, оплата за пролікований випадок по методу розподілів по діагностично-споріднених групах.

Запровадження інформаційних технологій в галузь медицини значною мірою покращить послуги пацієнтам. Дуже важливо втілення системи «Поліклініка без черг» – сервіс передбачає комплексне використання ІТ-інструментів : обов'язкове запровадження електронної черги у медичних закладах, онлайн-запис на консультації та прийом, логістична взаємодія лікарів та спеціалістів, діагностичних центрів та діагностичних лабораторій між собою задля комфорту пацієнта. А її модульна структура має можливість подальшої модернізації та інтеграції системи з іншими системами, наприклад МІС (медичними інформаційними системами). На відміну від інших систем, «Поліклініка без черг» відрізняється простим та зрозумілим інтерфейсом. Велику роль в цьому зіграла активна взаємодія з прогресивними головними

лікарями України, які допомагали тестувати систему та інтегрувати важливі оновлення. Система і надалі постійно оновлюється та удосконалюється.

Втілення системи eHealth має за мету отримання вірогідної інформації про чисельність пацієнтів, яких наглядає сімейний лікар, а сучасні інформаційні технології дозволять зменшити до повного усунення перспективу спотворення і фальсифікації інформації про пацієнтів, які знаходяться на лікуванні у лікаря. За цих умов лікар буде зацікавлений в якісних послугах і здоров'ї пацієнтів, адже системи інформатизації є залогом поліпшенням якості життя і створення нових видів обслуговування пацієнтів у країні. Отже, повноцінне здійснення медичної реформи надасть змогу утворити сучасну модель системи охорони здоров'я європейського зразка, забезпечить ефективне використання державних ресурсів у системі охорони здоров'я спрямувати фінанси на повне покриття вартості всіх фактично наданих медичних послуг пацієнтам та забезпечить населення повноцінним та якісним діагностуванням та лікуванням захворювань.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєв В. О. Про підсумки міжнародної практики реформування охорони здоров'я та рекомендації ВООЗ В. О. Алексєєв, М. Ю. Сафонова // Управління закладом охорони здоров'я. 2011. N 11. С. 40–45
2. Алексєєв В. О. Система охорони здоров'я Німеччини / В. О. Алексєєв, О. Л. Задворна // Управління закладом охорони здоров'я. – 2011. – N 1. – С. 52–62.
3. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу:<http://www.dy.nauka.com.ua/op=1&z=1227>
4. Бюджетний кодекс України від на 08.07.2010 № 2456–VI (редакція станом на 11.10.2018) [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
5. Вашев О. Є., Вашева А. О., Іванова Л. А. Сучасні тенденції політики змін надання медичної допомоги в країнах ЄС. Публічне управління XXI століття: традиції та інновації: зб. тез XVII Міжнар. наук. конгресу, 27 квітня 2017 р. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2017. с. 295–298.
6. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць. Вип. 1 (48). Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2015. с. 101–106
7. Виконання Державного бюджету України за 2015 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. Режим доступу: <http://www.treasurv.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF212666>
8. Виконання Державного бюджету України за 2016 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.treasurv.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>

9. Виконання Державного бюджету України за 2017 рік. [Електронний ресурс] / Державна казначейська служба України. Офіційний веб-сайт. – Режим доступу: <http://www.treasur.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>

10. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2016 рік» [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://www.as-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul\\_vyk\\_DBU\\_2016.pdf?subportal=ma](http://www.as-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2016.pdf?subportal=ma)

11. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2017 рік» [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://www.as-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul\\_vyk\\_DBU\\_2017.pdf?subportal=ma](http://www.as-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2017.pdf?subportal=ma)

12. Войтович Р. Модернізація державного управління в умовах глобальної інтеграції / Р. Войтович Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2013. – № 2. – С. 14–23. Голованова І.А. Економічне обґрунтування реформи сфери охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні / І.А. Голованова, О.І. Краснова // Економічний часопис ХХІ. 2014. № 3–4(2). С. 19–22.

13. Горин В.П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки В.П. Горин Наукові записки. Серія «Економіка». – 2015. – № 23. – С. 216–221.

14. Гошовська В. А. Парламентаризм в Україні. Державно-управлінські механізми реалізації функцій законодавчої влади : навч.-метод. матеріали / В. А. Гошовська, Л. А. Пашко, К. Ф. Задоя. – К. : НАДУ, 2013. – 48 с.

15. Данилишин Б. М. Децентралізація у країнах ЄС: уроки для України / Б. М. Данилишин, В. В. Пилипів Регіональна економіка. 2016. № 1. – С. 5–11

16. Дацій Н.В. Особливості оцінки якості надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України [Електронний ресурс] Режим доступу:<http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=5949&i=17>

# Додатки