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

Бондаренко Людмила Григорівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351:614.2: 351.773(043.3)(477)
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ З УРАХУВАННЯМ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

(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

Л. Г. Бондаренко
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Зінчук Тетяна Олексіївна
(прізвище, ім'я, по батькові)
д.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання, посада)

Житомир – 2021

АНОТАЦІЯ

Бондаренко Л. Г. ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ З УРАХУВАННЯМ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр», спеціальність «Публічне управління та адміністрування», – Поліський національний університет, м. Житомир, 2021 рік.

В кваліфікаційній роботі розкрито сутність дефініцій «медична послуга» та «державне управління медичними послугами» в сучасному контексті ринкових умов; визначено чинники розвитку системи охорони здоров'я України та системи надання первинних медичних послуг, зокрема; проаналізовано національну та світову практику управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні; надано характеристику фінансового забезпечення сучасної системи надання медичних послуг в Україні. Надано пропозиції щодо стратегічних напрямів побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг.

Ключові слова: державне управління, медичні послуги, первинний рівень медицини, система охорони здоров'я, публічне управління.

SUMMARY

Bondarenko L. G. STATE MANAGEMENT OF THE PROCESS OF PROVIDING MEDICAL SERVICES AT THE PRIMARY LEVEL, TAKING INTO ACCOUNT THE INTERNATIONAL EXPERIENCE

Qualification work for obtaining the educational qualification level "Master", specialty "Public Administration", – Polissia National University, Zhytomyr, 2021.

The qualification work reveals the essence of the definitions of "medical service" and "public administration of medical services" in the modern context of market conditions is revealed; determined the factors of development of the health care system of Ukraine and the system of primary health care, in particular; the national and world practice of management of the process of providing medical services at the primary level is analyzed; the characteristic of financial maintenance of modern system of rendering of medical services in Ukraine is given. Proposals on strategic directions for building an effective national model of public administration in the process of providing medical services are provided.

Keywords: public administration, medical services, primary level of medicine, health care system, public administration.

ЗМІСТ

Стор.

ВСТУП…… 5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ…….. 7
Висновки до розділу 1…….……..... 13
РОЗДІЛ 2. НАЦІОНАЛЬНА ТА СВІТОВА ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ.....…….…… 14
Висновки до розділу 2……..... 21
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ПОБУДОВИ ЕФЕКТИВНОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ…. 22
Висновки до розділу 3……. 27
ВИСНОВКИ…… 28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…… 31
ДОДАТКИ…… 36

ВСТУП

Актуальність теми. Державне управління процесом надання медичних послуг є визначальним фактором здоров'я нації і полягає у застосуванні керівних функцій та дієвих механізмів перерозподілу наявних ресурсів системи охорони здоров'я. За часи незалежності в системі охорони здоров'я України не відбулося кардинальних змін з боку державного управління. В необхідності дослідження можливих дієвих практик змін на краще у системі державного управління в сфері надання медичних послуг громадянам і полягає актуальність даного дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретико-методологічне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні з урахуванням міжнародного досвіду.

Для досягнення мети визначені наступні *завдання кваліфікаційної роботи*:

- розкрити сутність дефініцій «медична послуга» та «державне управління медичними послугами» в сучасному контексті ринкових умов;
- визначити чинники розвитку системи охорони здоров'я України та системи надання первинних медичних послуг, зокрема;
- -проаналізувати національну та світову практику управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні;
- надати характеристику фінансового забезпечення сучасної системи надання медичних послуг в Україні;
- надати пропозиції щодо стратегічних напрямів побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процес державного управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні з урахуванням міжнародного досвіду.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні, методичні і прикладні аспекти державного управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні з урахуванням міжнародного досвіду.

Методологічною основою дослідження є методи і прийоми наукового пізнання. Застосування даних методів обумовлювалося системним підходом, що дало можливість досліджувати проблему державного управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні з урахуванням міжнародного досвіду в єдності її соціального значення, політичного, економічного та юридичного змісту. Застосування *логіко-семантичного методу* дало можливість розкрити сутність понятійного апарату предмету дослідження; *абдуктивного методу* – здійснити збір та обробку інформації щодо здійснення державного управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні. *Метод аналізу та синтезу*; *історичний і порівняльний методи* було використано з метою здійснення аналізу існуючих національних та світових практик управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні. для визначення стратегічних напрямів побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг було використано синергетичний підхід.

Елемент наукової новизни кваліфікаційної роботи полягає у визначенні стратегічних напрямів побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг.

Апробація. Результати роботи доповідались на науково-практичних конференціях Поліського національного університету. Результати роботи висвітлені в 3-х публікаціях.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 40 найменувань, додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 35 сторінок, у тому числі 2 таблиці та 3 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Державне управління процесом надання медичних послуг полягає у застосуванні керівних функцій та дієвих механізмів перерозподілу капіталу з метою збереження та покращення показників здоров'я нації. Національна система охорони здоров'я довгий час існувала на засадах моделі Семашка, яка дісталася Україні в спадок від СРСР та характеризувалася тим, що медичні послуги надавалися в межах ієрархічної системи державних закладів охорони здоров'я на основі централізованого фінансового забезпечення з державного бюджету. За часи незалежності в системі охорони здоров'я не відбулося змін з боку державного управління. Така сталість підходу в управлінні одним із найважливіших секторів суспільства України в ринкових умовах проявилася негативним впливом на сферу надання медичних послуг та здоров'ї нації.

Демографічні показники та середня тривалість життя українців разом із занедбаною матеріально-технічною базою об'єктів охорони здоров'я явно свідчили про те, що громадянам потрібні зміни з цій сфері. На фоні складної геополітичної ситуації, війни на сході країні, реформи децентралізації влади, дефіцитного бюджету реформа охорони здоров'я в Україні все ж таки розпочалася. 30 листопада 2016 р. почався відлік часу реформи у вигляді схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров'я кабінетом міністрів України [1].

В основі державного управління системою надання медичних послуг лежить державна політика охорони здоров'я, мета якої – забезпечити рівні умови своєчасного доступу до отримання таких послуг для кожного

громадянина. Громадське здоров'я нації – це багатогранна категорія, яка залежить від політичних, економічних, соціальних, екологічних та безпосередньо медично-охоронних факторів і визначає демографічний, трудовий, соціально-економічний потенціал держави [4].

З метою уникнення плутанини в поняттях, визначимо основні дефініції даного дослідження, а саме «медичні послуги», «державне управління медичними послугами», «медичні послуги на первинному рівні». Ще за часів давньої Греції праці Аристотеля, Платона, Сократа містили теоретичні засади державного устрою, в яких був зроблений акцент на важливості відтворення населення, стану його здоров'я та тривалості життя як основи розвитку держави. Тобто здоров'я нації – основа існування держави, і якщо спростити всі проміжні ланки, то основна мета надання населенню медичних послуг – збереження та розвиток нації. Виходячи із такого взаємозв'язку «медична послуга» не може трактуватися як чисто економічна категорія. Це підтверджують дослідження економістів, зокрема Карла Маркса, який визначали послугу як товар за умови особливої вартості споживання, в основі якої лежить праця, але не в розумінні її як товару (певної речі). Тобто в основі вартості послуги лежить діяльність, яка супроводжує процес надання такої послуги [6].

В умовах економіки знань доречно додати до визначення послуги, що в основі її надання лежать також набуті знання. Дослідники економіки послуг також стверджують, що «послуга являє собою економічні відносини не за результатами вкладеної праці, а з приводу такої праці як діяльності, метою якої є результат [9]. Результат в даному випадку – це ефект від послуги, який в сучасних умовах сталого розвитку може трактуватися як економічний, екологічний, соціальний або синергетичний. Таким чином, предметом продажу послуги є її економічна доцільність, яка лежить в основі виробництва та реалізації таких послуг. В такому випадку, регулювання обсягу, ціна та якість послуг буде відбуватися за допомогою механізмів рільного ринку. Медична послуга не являється суто економічною категорією, в основі її

існування лежить гуманізм в сенсі людяності та потягу допомогти нужденному; соціалізм в сенсі рівноправ'я отримання такої послуги та політичний прагматизм з боку влади з точки зору збереження здоров'я нації, як фактору суспільного розвитку та відтворення. Отже, категорія «медичні послуги» не може бути виключно економічною, а може лише містити (або не містити) матеріальну природу свого походження (собівартість обладнання за допомогою якого надається послуга, вартість приміщення у формі амортизації, де надається послуга, знання лікаря, медперсоналу, тощо). В такому випадку, враховуючи соціальну спрямованість та гуманітарну природу походження медичної послуги механізм вільного ринку не може регулювати надання та отримання таких послуг громадянами, допущення такої ситуації може приспустити сучасне суспільство до середньовіччя, де різниця в тривалості життя між високо матеріально забезпеченими громадянами та бідняками визначалася 10 років на користь багатих. При тому, що середня тривалість життя складала 32 роки [11, с. 121]. Вільний ринок надання медичних послуг, особливо первинних медичних послуг – це ілюзія сучасності, яка зважаючи на нові виклики у формі появи нових вірусів та, відповідно, пандемій, може призвести до часткового чи повного апокаліпсису.

Таким чином, забезпечення високого рівня якості громадського здоров'я і відповідно налагодження системи надання медичних послуг громадянам відноситься до стратегічних завдань державного управління. Управління – це скерована на певний процес діяльність з метою його зміни. М. Бакуменко в своїх дослідженнях стверджує, що управлінська діяльність властива всім системам як універсальне явище матеріального світу: технічним, природним та соціальним [12]. Н. Нижник та І. Черленяки говорять про те, що явище управління – це можливості впливати на об'єкт, за допомогою регулювання систем та важелів [13] . Отже, досліджуючи державне управління як складну та багатогранну категорію, більшість вчених визнають, що будь-яка форма державного управління не може бути сталою, загально визначеною та всебічно застосовною. На нашу думку, державне управління системою надання

медичних послуг, як і будь-якою іншою сферою, має здійснюватися на основі ефективної та визначеної у часі стратегії, застосування двостороннього діалогу з населенням та постачальниками медичних послуг на принципах відкритості, підзвітності та відповідальності.

В системі надання медичних послуг на первинному рівні ми виокремлюємо три взаємодіючі та взаємопов'язані сторони: пацієнт (або його представники), надавачі медичних послуг та держава (державні та муніципальні органи влади). За законом України медична послуга (первинна послуга медичної допомоги) – це послуга, яка надається громадянам закладами охорони здоров'я або ліцензованою фізичною особою-підприємцем яка є лікарем загальної практики (сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-терапевтом та іншим супроводжуючим його рішення медичним персоналом). Замовник даних послуг може бути держава, органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи [15], [16].

Варто зазначити, що сьогодні зважаючи на пріоритети сталого розвитку, ВООЗ ставить за основну мету ефективне управління системою охорони здоров'я в кожній країні. Так, наприклад в стратегії сталого розвитку людства до 2030 р, однією із офіційних затверджених цілей такого розвитку є Good Health and Well-Being «забезпечення здоров'я та здорового способу життя для всіх та в будь-якому віці». Сутність даної мети полягає у нарощуванні потенціалу всіх країн у сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я, тобто забезпечення досконалої системи надання медичних послуг на первинному рівні [14].

Так, зважаючи на цілі сталого розвитку та гнітючий стан національної медицини, в Україні в 2016 році розпочалася реформа системи охорони здоров'я. Протягом кінця 2016 р.- 2017р відбувався підготовчий етап реформи, який передбачав інформаційно-просвітницьку комунікацію із суспільством та інституційні зміни, які були б базисом для впровадження ефективних змін. Починаючи з 2018 р. українці вперше за історію незалежності мали змогу

обрати сімейного лікаря та педіатра, незалежно від місця своєї реєстрації. Весь спектр наданих первинних медичних послуг пацієнтам забезпечуються за рахунок державного бюджету на 100%. Оплата організації роботи первинної ланки покладена на Національну службу здоров'я України. Розмір оплати в даній системі залежить від кількості укладених декларацій між лікарями загальної практики, сімейними лікарями (педіатрами) та громадянами. Таку систему оплати характеризують словосполученням «гроші йдуть за пацієнтом» [18]. Станом на листопад 2021 року понад 78% наших громадян уклали договір на отримання первинних медичних послуг (декларацію) з лікарями. Динаміку укладення декларацій у 2021 році прискорила процедура вакцінації від COVID-19, оскільки при цьому для громадян більш зрозумілий механізм щеплення. Найвищий відсоток пацієнтів, які обрали лікаря та уклали декларації у Київській (95%), Хмельницькій (91%), Львівській (90%) областях.

Медичні послуги на первинній ланці забезпечують наразі в Україні більше як 24 тисячі лікарів. Перелік первинних медичних послуг за рахунок бюджету чітко визначений Порядком надання первинної медичної допомоги [20], і включає консультації з метою профілактики та контролю основних захворювань, базові дослідження та аналізи, вакцинацію відповідно до календаря щеплень, інсулін, створення електронних рецептів на "Доступні ліки", електронні направлень на проведення досліджень чи лікування та ін [20].

Вслід також зазначити, що було розроблено та введення в дію електронну систему eHealth, яка допомагає економити час лікаря та пацієнта, робить безконтактним запис до лікаря у будь який час та у будь-якому місці. В грудні 2020 р. КМУ схвалив Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, метою якої є формування умов і засад розвитку електронної системи eHealth в Україні [23], яка покликана на вирішення існуючих проблем в нормативному полі, технічному та ресурсному забезпеченні, безпеки використання інформації в контексті покращення якості процесу надання медичних послуг.

Чинниками, які надалі визначатимуть розвиток системи охорони здоров’я України та системи надання первинних медичних послуг, зокрема, вважаємо: запровадження медичного страхування; рівень державного та приватного фінансового забезпечення; децентралізацію закладів надання медичних послуг у сенсі організації процесу надання таких послуг; досконалість нормативно-правового поля регулювання надання медичних послуг; управлінський та фаховий кадровий потенціал системи охорони здоров’я.

Висновки до розділу 1

1. Визначено теоретичні та методологічні основи державного управління в сфері медичних послуг. Встановлено, що державне управління процесом надання медичних послуг полягає у застосуванні керівних функцій та дієвих механізмів перерозподілу капіталу з метою збереження та покращення показників здоров'я нації. В основі державного управління системою надання медичних послуг лежить державна політика охорони здоров'я, мета якої – забезпечити рівні умови своєчасного доступу до отримання таких послуг для кожного громадянина.

2. Розкрито сутність дефініцій «медична послуга» та «державне управління медичними послугами». Встановлено, що «медична послуга» не може трактуватися як чисто економічна категорія. Вважаємо, що в основі надання медичної послуги лежить не товар, а гуманізм в сенсі людяності та потягу допомогти нужденному; соціалізм в сенсі рівноправ'я отримання такої послуги та політичний прагматизм з боку влади з точки зору збереження здоров'я нації, як фактору суспільного розвитку та відтворення. В такому випадку, вільний ринок надання медичних послуг, особливо первинних медичних послуг – це ілюзія сучасності, яка зважаючи на нові виклики у формі появи нових вірусів та, відповідно, пандемій, може призвести до часткового чи повного апокаліпсису. Забезпечення високого рівня якості громадського здоров'я і відповідно налагодження системи надання медичних послуг громадянам відноситься виключно до стратегічних завдань державного управління.

3. Чинниками, які визначатимуть майбутній розвиток системи охорони здоров'я України та системи надання первинних медичних послуг, зокрема, вважаємо: запровадження медичного страхування; рівень державного та приватного фінансового забезпечення; децентралізацію закладів надання медичних послуг у сенсі організації процесу надання таких послуг; досконалість нормативно-правового поля регулювання надання медичних послуг; управлінський та фаховий кадровий потенціал системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

НАЦІОНАЛЬНА ТА СВІТОВА ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

В листопаді 2016 року країною було взято курс на розбудову нової системи охорони здоров'я та надання медичних послуг з метою збереження та покращення здоров'я нації та більш ефективного використання бюджетних коштів. Пріоритетними напрямами державного управління реформою системи охорони здоров'я було визначено: вільний та рівноправний доступ громадян до якісних первинних медичних послуг, запровадження оновленої системи ранньої та ургентної діагностики, розвиток програми «Доступні ліки», трансформація системи фінансування процесів надання медичних послуг.

Таким чином, трансформація системи охорони здоров'я відбувається за такими напрямами: громадське здоров'я, фармація, політика, фахова освіта, медичні послуги. Станом на 2016 рік національна система охорони здоров'я мала наступну характеристику:

- ієрархічне управління за системою Семашка, де визначальними показниками якості надання медичних послуг була кількість кадрів, кількість лікарень, ліжко-місць; ігнорування бажань та вибору пацієнтом лікаря;

- високий рівень смертності, короткі строки тривалості життя, демографічне «викривлення» в сенсі старіння населення;

- недостатній рівень фінансового забезпечення системи надання медичних послуг; нераціональне використання бюджетних коштів в сенсі окладного методу оплати праці медичних працівників, і, відповідно, відсутність стимулів до професійного розвитку лікарів та іншого персоналу.

З 2018 р. українці вперше в системі охорони здоров'я мали змогу обрати сімейного лікаря та педіатра, незалежно від місця своєї реєстрації. Станом на листопад 2021 року понад 78% наших громадян уклали договір на отримання

первинних медичних послуг (декларацію) з лікарями [18]. Медичні послуги на первинній ланці забезпечують наразі в Україні більше як 24 тисячі лікарів. Перелік первинних медичних послуг за рахунок бюджету чітко визначений Порядком надання первинної медичної допомоги [20].

До переліку надання медичних послуг первинної ланки за рахунок бюджету в Україні відносять:

1. Спостереження в динаміці за станом здоров'я пацієнтів (візуальне, фізикальне, лабораторне, інструментальне дослідження).

2. Діагностика та лікування поширених інфекційних та неінфекційних захворювань, травм, інтоксикацій, патологічних та фізіологічних (станів.

3. Спостереження в динаміці за пацієнтами із хронічними захворюваннями

4. Надання невідкладної медичної допомоги у разі фізичного чи психічного розладу здоров'я пацієнтів, за виключенням потреби у вторинній або третинній медичній допомозі.

5. Направлення для надання пацієнтам вторинної або третинної медичної допомоги.

6. Комунікація з надавачами вторинної та третинної медичної допомоги.

7. Виконання обов'язкових ургентних медичних втручань щодо пацієнтів з факторами високого ризику розвитку певних захворювань.

8. Проведення вакцинації, моніоринг реакцій на щеплення, прийом ліків, здійснення епідеміологічних обстежень окремих, поодиноких випадків інфекційних захворювань.

9. Надання консультацій та здійснення профілактики виникнення залежностей, які негативно впливають на здоров'я громадян (тютюнокуріння, вживання наркотиків, алкоголю, тощо).

10. Моніторинг стану пацієнтів з неускладненими вагітностями, направлення у разі потреби до вторинної ланки системи надання медичних послуг.

11. Моніторинг стану здоров'я здорових дітей.

12. Надання певних послуг паліативним хворим (оцінка болю, загального стану в динаміці; призначення наркотичних та психотропних речовин; консультації а навчання осіб, які опікуються паліативними хворими, координація потреб таких пацієнтів).

13. Направлення пацієнтів для надання паліативної допомоги відповідно до медичних показань, якщо обсяг виходить за межі первинної медичної допомоги.

14. Призначення ліків та медичних засобів, оформлення документів згідно законодавства.

15. Ведення первинної облікової документації, надання довідок, листків непрацездатності, лікарських свідоцтв про смерть, направлень на медико-соціальну експертизу.

16. Комунікація та взаємодія з соціальними службами.

17. Взаємодія із різноманітними суб'єктами системи охорони громадського здоров'я [20].

В період 2013-2019 рр. видатки на систему охорону здоров'я в Україні складали в середньому 7,7 % ВВП/рік, і у порівнянні з іншими гуманітарними сферами він є найнижчим (рис.2.1).

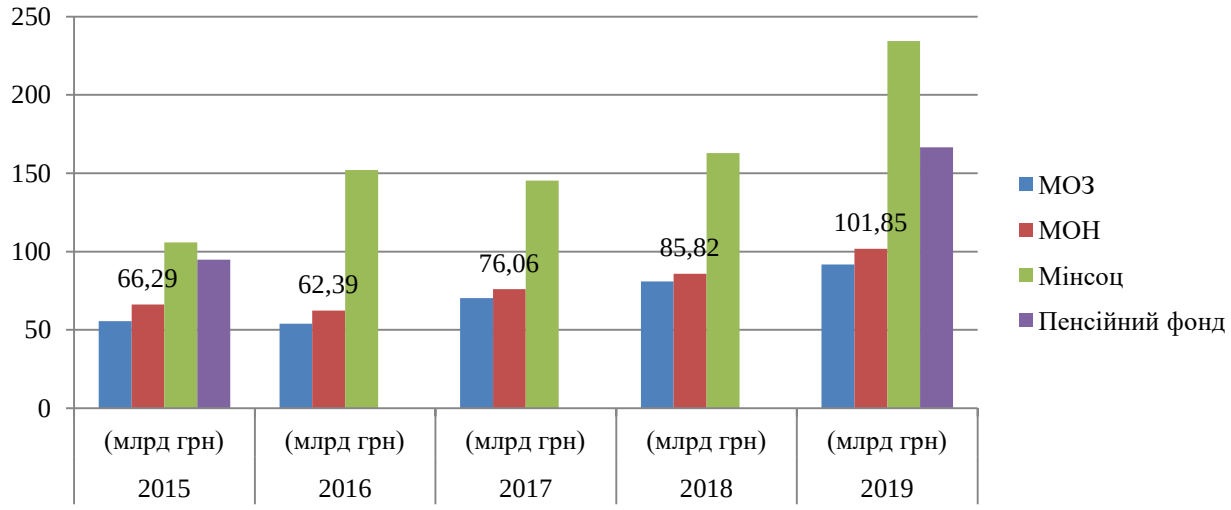

Рис. 2.1. Фінансування соціальних галузей України, 2015-2019рр.
Джерело: адаптовано автором на основі [21, с. 7].

Витрати на утримання системи охорони здоров'я зростали на душу населення, збільшення з 2015 по 2020рік відбулося на 20% в реальному вимірі ВВП, але, на жаль частково це пов'язано зі зменшенням кількості населення на 2,9% за аналізований період часу, і є значно меншим порівняно з видатками на економічне зростання (табл.2.1.).

Таблиця 2.1.

Динамічні зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015-2020 роках

	2015	***2016***	***2017***	***2018***	***2019***	***2020 план***	***2021 прогноз*****	***різниця, %***	
								2020 до 2015	***2020 до 2021***
Консолідовані бюджетні видатки на охорону здоров'я									
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн) *	1657	1553	1850	1897	1959	1988	1848	20.2	-8.4
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)*	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	77,0	17,1	-8,7
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	-14,8	0
Ключові фактори									
Чисельність населення (млн)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8		-2,4	
Економічне зростання (змінареального ВВПу%)	-9,8	2,4	2,5	3,4	3,2	3,7			
Консолідовані видатки (% ВВП)	34.2	35,0	35,4	35,1	34,5	32,9		-3,7	
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10.4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2		-11,5	

Джерело: побудовано автором на основі [24].

Крім того, консолідовані витрати у сфері охорони здоров'я у відсотках до ВВП різко впав (з 3,6% до 3,0%, тобто майже на 15%), що означає, що державні витрати на систему охорону здоров'я зростали набагато повільніше,

ніж зростала економіка. Якщо дана тенденція збережеться, то станом на кінець 2021 року бюджетні витрати на охорону здоров'я на душу населення знизяться на 8,4%.

В межах реформування галузі охорони здоров'я було розроблено та впроваджено онлайн платформу для збору, обміну та моніторингу медичної та економічної інформації eHealth, яка і покликана реалізувати принцип реформи «гроші ходять за пацієнтом», і, водночас бути інструментом аналізу динамічних змін у показниках здоров'я населення.

У порівнянні з середніми показниками країн-членів ОЕСР (Організації економічного співробітництва та розвитку), наша держава розподіляє значно меншу частку бюджетних коштів на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та надання медичних послуг, але значно більшу частину розподіляє на органи безпеки та суди, інший соціальний захист та безпеку.

Функціональне наповнення бюджетних видатків України на охорону здоров'я суттєво відмінне від показників країн ОЕСР (рис.2.2.).

Рис. 2.2. Функціональний склад державних видатків. Середні показники в Україні та країнах ОЕСР (2019 р.)

Джерело: побудовано автором на основі [24].

Найбільша різниця спостерігається у частині видатків на об'єкти охорони здоров'я, що не входять до перших п'яти функціональних пріоритетів. Частина загальних бюджетних видатків, на охорону здоров'я в Україні, практично на 5% нижча, ніж у країнах-членах ОЕСР.

Найпопулярнішими моделями сімейної медицини, які використовувалися в світі були моделі системи охорони здоров'я Бісмарка (страхова та змішана модель надання медичних послуг), яка запроваджена у Німеччині, Франції, Швейцарії, Австрії, Нідерландів, Бельгії та система надання медичних послуг Беверіджа (100% фінансування за рахунок бюджетів), яка втілена у Великобританії, Фінляндії, Швеції, Іспанії, Греції, Австралії, Канаді. Слід зазначити, що в деяких країнах даного переліку певні медичні послуги оплачувалися частково (до 20%) за рахунок пацієнта. На початку 1970-х років всі розвинуті країни світу перебудували систему охорони здоров'я, в основу якої поклали принцип загальної практики сімейної медицини. Слід зазначити, що послуги із надання первинної медичної допомоги становлять в загальній структурі від 85 до 90%, а частка сімейних лікарів з поміж інших становить 45% (рис. 2.3)

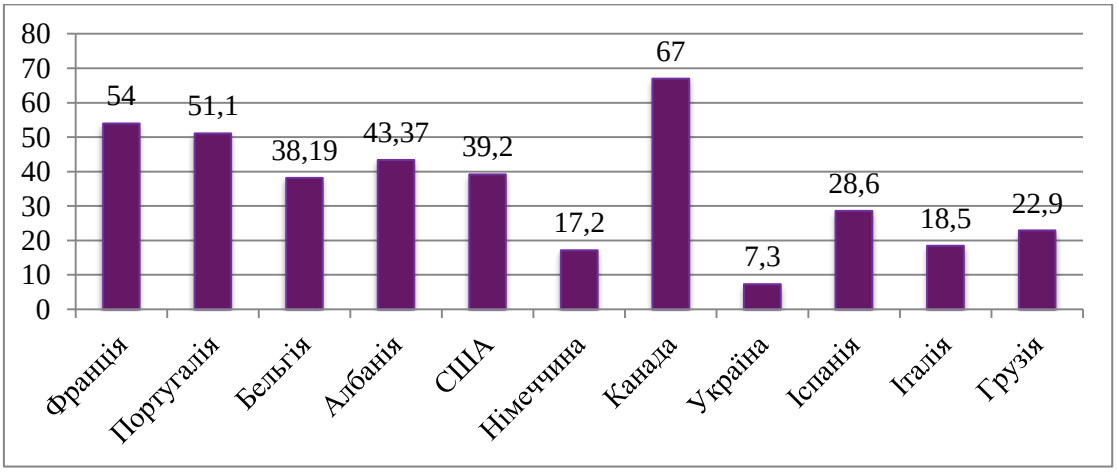

Рис. 2.3. Частка лікарів сімейної медицини у країнах світу, %

Джерело: [25].

В результаті вивчення досвіду різних країн світу, вважаємо, що на окрему увагу заслуговує досвід Канади. Система охорони здоров'я Канади називається "Medicare", була запроваджена в 1962 році. Медичні послуги

первинної ланки по факту надаються безкоштовно, на 1 особу в рік із бюджетів виділяється близько 2,5 тис доларів. Проте, слід зазначити, що медицина тут страхова. Не дивлячись на виділення із бюджету коштів пацієнту треба мати медичну страховку для отримання первинних, вторинних та третинних послуг. Для визнання держави особу лікарем необхідно закінчити коледж за медичним профілем та підтвердити його сертифікатом. Також існує практика коли канадські школи медичного профілю мають відділення (опікуються, співпрацюють) сімейної медицини. В цих відділеннях можна отримати визнання (сертифікат) лікаря після 4-років праці у навчальному відділенні та 12-ти місячних практичних циклів за різними спеціальностями.

За рейтингом надання освітніх послуг в сфері медицини, Україна в 2015 році посідала 41 місце (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Рейтинг країн за наданням освітніх послуг в сфері медицини, 2015 р.
(U21 Ranking 2015)

Rank/Рейтинг	Країна	Кількість балів
1	США	100
2	Швейцарія	87,1
3	Данія	85,3
4	Фінляндія	85,2
5	Швеція	84,7
41	Україна	43,8

Джерело: [25].

В Україні було затверджено Стратегію розвитку медичної освіти 2018-2028 рр. В стратегії означено нові вимоги стосовно прийому на медичні спеціальності. Так, з 2018 р. пороговим балом ЗНО є 150 балів та затверджений певний конкурсний перелік предметів (другий та третій – біологія та математика / хімія / фізика з 2022 р.). Було введено, як обов'язковий до здачі єдиний державний кваліфікаційний іспит, де теоретичні знання перевіряються разом із практичними навичками, а також перевіряється знання англійської мови.

Висновки до Розділу 2.

1. Проаналізовано національну та світову практику управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні. Пріоритетними напрямами державного управління реформою системи охорони здоров'я в 2016 році було визначено: вільний та рівноправний доступ громадян до якісних первинних медичних послуг, запровадження оновленої системи ранньої та ургентної діагностики, розвиток програми «доступні ліки», трансформація системи фінансування процесів надання медичних послуг. Станом на листопад 2021 року понад 78% наших громадян уклали договір на отримання первинних медичних послуг (декларацію) з лікарями. Медичні послуги на первинній ланці забезпечують наразі в Україні більше як 24 тисячі лікарів.

2. Встановлено, що консолідовані витрати на сферу охорони здоров'я у відсотках до ВВП протягом 2017-2019 рр. різко впали (з 3,6% до 3,0%, тобто майже на 15%) [24], що означає, що державні витрати на систему охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж зростала економіка. У порівнянні з середніми показниками країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку, наша держава розподіляє значно меншу частку бюджетних коштів на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та надання медичних послуг, але значно більшу частину розподіляє на органи безпеки та суди, інший соціальний захист та безпеку.

3. Досліджено, що наразі в основу систем охорони здоров'я розвинутих країн покладено принцип загальної практики сімейної медицини. Слід зазначити, що послуги із надання первинної медичної допомоги становлять в загальній структурі даних країн від 85 до 90%, а частка сімейних лікарів з поміж інших становить 45%. Детально проаналізовано систему охорони здоров'я Канади "Medicare", в якій медичні послуги первинної ланки по факту надаються безкоштовно, проте дивлячись на виділення із бюджету коштів на пацієнтів (близько 2,5 тис. доларів), пацієнту треба мати медичну страховку для отримання первинних, вторинних та третинних послуг.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ПОБУДОВИ ЕФЕКТИВНОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Стратегічної ціллю побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг в Україні є забезпечення високого рівня якості фізичного та ментального громадського здоров'я українців. Сфера охорони здоров'я є пріоритетною та стратегічною в державному та публічному управлінні. Сьогодні в галузі охорони здоров'я все ще існують факти застосування старих підходів в управлінні сферою надання медичних послуг, недостатнього та водночас нераціонального використання наявного ресурсного забезпечення, викривлення інформації та вірного тлумачення її громадянам, недосконалості комунікації представників системи охорони здоров'я та громадськості. Таким чином, актуальним залишається формування та розвиток більш досконалої моделі державного управління процесом надання медичних послуг населенню.

Вважаємо, що побудова ефективної моделі державного управління процесом надання медичних послуг населенню повинна починатися з визначення мети, цілей, засадничих принципів, передумов та стратегічних напрямів та її побудови. Так, основною *метою створення моделі* державного управління процесом надання медичних послуг вважаємо визначення напрямів та механізмів формування сучасної системи надання медичних послуг в довготривалій перспективі.

Цілі моделі: високоякісні своєчасні медичні послуги первинної ланки, висока ефективність використання наявних матеріальних та людських (кадрових) ресурсів.

Засадничі принципи моделі державного управління процесом надання медичних послуг населенню:

- ✓ законність всіх процесів, моніторинг досконалості нормативного забезпечення надання медичних послуг, активне лобіювання змін за необхідності;
- ✓ досконалі процеси комунікації між медичними працівниками та громадянами, дотримання лікарської етики та моральних норм;
- ✓ прозорий та справедливий розподіл бюджетних коштів;
- ✓ гарантування справедливого розподілу бюджетних коштів;
- ✓ рівноправний та вільний доступ всіх громадян України до медичних послуг;
- ✓ безперервність у підвищенні кваліфікації медичного персоналу
- ✓ взаємодія представників системи охорони здоров'я та інститутів громадянського суспільства з метою проведення спільних досліджень з якості медичних послуг, моніторингу громадської думки, тощо.
- ✓ підзвітність діяльності суб'єктів надання медичних послуг органам державної / муніципальної влади та громадянам України.

Передумови створення ефективної моделі державного управління процесом надання медичних послуг наступні:

- надмірна бюрократія системи надання медичних послуг;
- довготривала відсутність швидкого та ефективного реагування державних та муніципальних органів влади на запити громадян у сфері надання медичних послуг;
- відсутність системи ризик-менеджменту, неефективне використання наявних ресурсних можливостей системи охорони здоров'я;
- недосконаліть нормативно-правового забезпечення у сфері надання медичних послуг в контексті сучасного розвитку та відповідності міжнародним стандартам правового поля;
- недосконаліть системи фінансування системи надання медичних послуг у сенсі новітніх світових тенденцій, ринкової економіки та ефективності використання фінансового ресурсу;
- недостатня практика профілактики та ранньої діагностики

захворювань;

- недосконала система кадрового забезпечення та оплати праці медичного персоналу, який надає медичні послуги чи виконує роль організаційного забезпечення надання таких послуг;
- неефективний облік ресурсного забезпечення системи надання медичних послуг.

Таким чином, ми виокремлюємо наступні стратегічні напрями побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг:

1) Удосконалення нормативного забезпечення процесу надання медичних послуг та системи охорони здоров'я взагалі, проведення постійного моніторингу щодо ефективності реалізації нових правових засад та відповідності міжнародному нормативно-правовому полю. Особливо дані зміни стосуються якості наданих послуг в контексті захисту та збереження здоров'я громадян.

2) Реалізація заходів щодо впровадження дієвих механізмів державного моніторингу надання медичних послуг та стимулювання медичного персоналу до підвищення продуктивності праці в процесі надання послуг.

3) Впровадження інновацій та новітніх методів, засобів, підходів у розвиток системи забезпечення якості функціонування закладів надання первинної допомоги.

4) Оновлення атмосфери лікувальних закладів на комфортну та безпечну (наявність туалетів та іншого комфортного простору для людей з інклюзивними потребами, забезпечення закладів водою та комфортним простором у місцях очікування пацієнтами процедур або консультації лікаря).

5) Введення у постійну практику медичного персоналу відвідування в межах робочого простору просвітницьких заходів стосовно підвищення якості комунікації та ефективності взаємодії медичних працівників та пацієнтів.

Задля проведення ефективних заходів – співпрацювати з інститутами громадянського суспільства.

6) Розвиток механізму державно-приватного партнерства в контексті підвищення доступності та якості медичних послуг для постраждалих внаслідок військових дій, людей з інклюзивними потребами, інше.

7) Розвиток системи медичного страхування. В Україні сьогодні відсутня широка практика медичного страхування громадян, особливо на основі власної ініціативи. Частим фактом медичного страхування в Україні є надання соціального пакету послуг працівнику підприємством, куди входить і пакет медичного страхування, який в свою чергу є страховкою підприємства від довгої непрацездатності працівника.

8) Підвищення ефективності кадрової політики в сфері надання медичних послуг в контексті своєчасного підвищення кваліфікації персоналу та залучення нових кадрів.

9) Співпраця з громадськими ініціативами (інститутами громадянського суспільства) в сфері здійснення моніторингу та контролю за процесом та результатом надання медичних послуг на первинному рівні.

Отже, стратегічні напрями побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг є путівником у майбутнє нашої країни, яке має бути забезпеченим ресурсами, мирним, сповненим здоровими та щасливими громадянами.

Висновки до розділу 3.

1. Визначено передумови, мету та засадничі принципи побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг. Так, основною метою створення моделі державного управління процесом надання медичних послуг вважаємо визначення напрямів та механізмів формування сучасної системи надання медичних послуг в довготривалій перспективі. Цілі моделі це високоякісні своєчасні медичні послуги первинної ланки та висока ефективність використання наявних матеріальних та людських (кадрових) ресурсів.

2. Серед засадничих принципів моделі державного управління процесом надання медичних послуг населенню ми виділяємо:

- законність всіх процесів, моніторинг досконалості нормативного забезпечення надання медичних послуг, активне лобіювання змін за необхідності;
- досконалі процеси комунікації між медичними працівниками та громадянами, дотримання лікарської етики та моральних норм;
- прозорий та справедливий розподіл бюджетних коштів;
- гарантування справедливого розподілу бюджетних коштів;
- рівноправний та вільний доступ всіх громадян України до медичних послуг;
- безперервність у підвищенні кваліфікації медичного персоналу
- взаємодія представників системи охорони здоров’я та інститутів громадянського суспільства з метою проведення спільних досліджень з якості медичних послуг, моніторингу громадської думки, тощо.
- підзвітність діяльності суб’єктів надання медичних послуг органам державної / муніципальної влади та громадянам України.

ВИСНОВКИ

1. Визначено теоретичні та методологічні основи державного управління в сфері медичних послуг. Встановлено, що державне управління процесом надання медичних послуг полягає у застосуванні керівних функцій та дієвих механізмів перерозподілу капіталу з метою збереження та покращення показників здоров'я нації. В основі державного управління системою надання медичних послуг лежить державна політика охорони здоров'я, мета якої – забезпечити рівні умови своєчасного доступу до отримання таких послуг для кожного громадянина.

Розкрито сутність дефініцій «медична послуга» та «державне управління медичними послугами». Встановлено, що «медична послуга» не може трактуватися як чисто економічна категорія. Вважаємо, що в основі надання медичної послуги лежить не товар, а гуманізм в сенсі людяності та потягу допомогти нужденному; соціалізм в сенсі рівноправ'я отримання такої послуги та політичний прагматизм з боку влади з точки зору збереження здоров'я нації, як фактору суспільного розвитку та відтворення. В такому випадку, вільний ринок надання медичних послуг, особливо первинних медичних послуг – це ілюзія сучасності, яка зважаючи на нові виклики у формі появи нових вірусів та, відповідно, пандемій, може призвести до часткового чи повного апокаліпсису. Забезпечення високого рівня якості громадського здоров'я і відповідно налагодження системи надання медичних послуг громадянам відноситься виключно до стратегічних завдань державного управління.

Чинниками, які визначатимуть майбутній розвиток системи охорони здоров'я України та системи надання первинних медичних послуг, зокрема, вважаємо: запровадження медичного страхування; рівень державного та приватного фінансового забезпечення; децентралізацію закладів надання медичних послуг у сенсі організації процесу надання таких послуг;

досконаліть нормативно-правового поля регулювання надання медичних послуг; управлінський та фаховий кадровий потенціал системи охорони здоров'я.

2. Проаналізовано національну та світову практику управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні. Пріоритетними напрямами державного управління реформою системи охорони здоров'я в 2016 році було визначено: вільний та рівноправний доступ громадян до якісних первинних медичних послуг, запровадження оновленої системи ранньої та ургентної діагностики, розвиток програми «доступні ліки», трансформація системи фінансування процесів надання медичних послуг. Станом на листопад 2021 року понад 78% наших громадян уклали договір на отримання первинних медичних послуг (декларацію) з лікарями. Медичні послуги на первинній ланці забезпечують наразі в Україні більше як 24 тисячі лікарів.

Встановлено, що консолідовані витрати на сферу охорони здоров'я у відсотках до ВВП протягом 2017-2019 рр. різко впали (з 3,6% до 3,0%, тобто майже на 15%) [24], що означає, що державні витрати на систему охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж зростала економіка. У порівнянні з середніми показниками країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку, наша держава розподіляє значно меншу частку бюджетних коштів на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я та надання медичних послуг, але значно більшу частину розподіляє на органи безпеки та суди, інший соціальний захист та безпеку.

Досліджено, що наразі в основу систем охорони здоров'я розвинутих країн покладено принцип загальної практики сімейної медицини. Слід зазначити, що послуги із надання первинної медичної допомоги становлять в загальній структурі даних країн від 85 до 90%, а частка сімейних лікарів з поміж інших становить 45%. Детально проаналізовано систему охорони здоров'я Канади "Medicare", в якій медичні послуги первинної ланки по факту надаються безкоштовно, проте дивлячись на виділення із бюджету коштів на

пацієнтів (близько 2,5 тис. доларів), пацієнту треба мати медичну страховку для отримання первинних, вторинних та третинних послуг.

3. Визначено передумови, мету та засадничі принципи побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг. Так, основною метою створення моделі державного управління процесом надання медичних послуг вважаємо визначення напрямів та механізмів формування сучасної системи надання медичних послуг в довготривалій перспективі. Цілі моделі це високоякісні своєчасні медичні послуги первинної ланки та висока ефективність використання наявних матеріальних та людських (кадрових) ресурсів.

Серед засадничих принципів моделі державного управління процесом надання медичних послуг населенню ми виділяємо:

- законність всіх процесів, моніторинг досконалості нормативного забезпечення надання медичних послуг, активне лобіювання змін за необхідності;
- досконалі процеси комунікації між медичними працівниками та громадянами, дотримання лікарської етики та моральних норм;
- прозорий та справедливий розподіл бюджетних коштів;
- гарантування справедливого розподілу бюджетних коштів;
- рівноправний та вільний доступ всіх громадян України до медичних послуг;
- безперервність у підвищенні кваліфікації медичного персоналу
- взаємодія представників системи охорони здоров’я та інститутів громадянського суспільства з метою проведення спільних досліджень з якості медичних послуг, моніторингу громадської думки, тощо.
- підзвітність діяльності суб’єктів надання медичних послуг органам державної / муніципальної влади та громадянам України.

Стратегічні напрями побудови ефективної національної моделі державного управління процесом надання медичних послуг є путівником у

майбутнє нашої країни, яке має бути забезпеченим ресурсами, мирним, сповненим здоровими та щасливими громадянами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#n8 (дата звернення 12.08.2021).

2. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія]. – К., 2014. – 312 с.

3. Alderslade R. Health in all Policies. The Argument for Investment in Equituble Health / R. Alderslade, B. Retus, S. Smith. – Copengagen : WHO Regional Offise for Europe, 2011. ULR:http:/phobe.vm.gov.lv/misc_dbweb.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006bl5ab/0dl12aafd0abe72c22575b0003093b9/TILE/Ricard%Alderslade_ 3data.pdf. (дата звернення 12.09.2021).

4. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. Ефективність державного управління. 2017. Вип. 2., с. 138-147. ULR: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18. (дата звернення: 12.09.2021)

5. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: Розпорядження КМУ від від 1 квітня 2014 р. № 333-р. ULR:: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80 (дата звернення: 11.09.2021)

6. Маркс К., «Черновик Капитала. Экономическая рукопись 1861-1863 годов. Процесс производства капитала», К. Маркс и Ф. Энгельс, Сочинения. Изд.2-е, Т. 47, с.148 ULR: https://www.democracy.ru/article.php?id=4342 (дата звернення 02.09.2021).

7. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ : НАДУ. 2013. 424 с.

8. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. – Київ. МАУП, 2007. 328 с.

9. Glick H. A. et al. Economic evaluation in clinical trials.. OUP Oxford, 2014. P.58.

10. Структура та підрозділи МОЗ. ULR: https://moz.gov.ua/struktura#!popup-103 (дата звернення 03 жовтня 202119 р.).

11. Крисаченко В. С. Динаміка населення: Популяційні, етнічні та глобальні виміри. Київ. Видавництво Національного інституту стратегічних досліджень. 2005. 368 с.

12. Бакуменко В. Д., Усаченко Л. М., Червякова О. В. Теоретичні засади державного управління : навч. посіб. Київ. ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2013. 174 с.

13. Нижник Н., Олуйко В., Черленяк І. Синергетичні основи оптимізації державного управління. Вісник НАДУ. 2003. № 3. с. 5 – 14.

14. Цілі сталого розвитку 2016-2030. Організація Об'єднаних Націй в Україні. ULR: un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku (дата звернення: 02.09.2021).

15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення 17.08.2021).

16. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ Міністерства юстиції України від 21 березня 2018 р. № 348/31800. ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n101 (дата звернення 20.08.2021).

17. Нагорна Н.В. Характеристика діяльності інститутів громадянського суспільства як суб'єктів публічної політики в різних сферах суспільного життя/ Н.В. Нагорна, Л.Г. Бондаренко //Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції, 23 червня 2021 року. Житомир. Поліський національний університет. 2021. 378 с., с. 205-208.18. Очеретяна М. То ходять гроші за пацієнтом чи ні? Що відбувається із сімейною медициною насправді. ULR: https://centreua.org/analiz-rishen/hodyat-groshi-za-paciyentom-chi-ni-shcho-vidbuvayetsya-iz-simejnoyu-medicinoyu-naspravdi/ (дата звернення 11.09.2021).

19. . Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України: European External Action Service. ULR: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf

20. Порядок надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 р. № 504 ULR: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n101 (дата звернення 25.08.2021)

21. Міністерство охорони здоров'я України: що було, є і буде. Київ: МОЗ. 2019. – 68 с., с. 7

22. Бондаренко Л.Г. Національна та світова практика управління процесом надання медичних послуг на первинному рівні. Студентські наукові читання-2021. Поліський національний університет. Житомир. 2021. 308 с., с. 67-72.

23. Устінов О.В. Затверджено концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. ULR: https://www.umj.com.ua/article/196399/zatverdzheno-kontseptsiyu-rozvitku-elektronnoyi-ohoroni-zdorov-ya (дата звернення 18.08.2021)/

24. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. ULR: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf (дата звернення:12.08.2021)

25. Health Care in Ukraine. ULR: https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf (дата звернення:23.08.2021)

26. Бондаренко Л.Г. Теоретичні та історичні основи взаємодії публічної влади та інститутів громадянського суспільства /Л.Г Бондаренко, В.П. Якобчук, І.В. Кравецьа / Механізми управління розвитком територій: зб. наукових праць у 2 ч. Ч. 1. Житомир. 2021. 278 с., с. 126-130.

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. 19.05.2011 р. № № 2168-VIII. Відомості ВРУ. 2018, № 5, ст.31.

28. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. 19.05.2011 р. № № 2168-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2018, № 5, ст.31.

29. Сисоєнко І. Спільними зусиллями: державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров’я ULR: https://ukr.lb.ua/blog/iryna_sysoenko/329768_spilnimi_zusillyami.html (дата звернення 16.08.2021).

30. Україна увійшла до вісімки країн з низьким рівнем вакцінації дітей ULR: http://news.liga.net/news/health/14789427-ukraina_voshla_v_vosmerku_stran_s_nizkim_ urovnem_vaktsinatsii_detey.ht

31. Конституція України редакція від 01.01.2020 №254к/96-ВР ULR:: http://zakon.rada.gov.ua/(дата звернення 16.08.2021).

32. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» редакція від 18.03.2020 № 2801-XII ULR:http://zakon.rada.gov.ua/.

33. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 №1013-2016р ULR: http://zakon.rada.gov.ua/.

33. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров’я в Україні: тенденції та реформування. Механізм регулювання економіки.2016. № 1. С. 166.

34. Клименко М.О. Світовий досвід організації фінансування у сфері медичного обслуговування. Чернігівський науковий часопис Сер. 1: Економіка і управління.

35.. Ахламов А.Г.. Навчально-методичний посібник Економіка та фінансування охорони здоров’я. 2011 р. С. 71-75є

36. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров‘я України / Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомогив Україні». – Київ, 2009. – 72 с.

37. . Князевич В.М. Вплив охорони здоров’я на формування національної безпеки держави / В.М.Князевич, Л.І.Жаліло// Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров’я в умовах загроз національній безпеці України».2017. Київ, 23 березня. 208 с, с.58-61.

38. В Україні відбудеться конкурс для громадських організацій осіб з інвалідністю. URL: http://surl.li/ayuer (дата звернення 09.10.2021).

39. Новіков С. Інституціоналізація громадського контролю виборчого процесу в Україні: необхідність, здобутки, проблеми / С. Новіков // Людина і політика. – 2004. – №5. – С. 17–24.

40. Постанова КМУ «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» від 03.11.2010 № 996. – ULR: http://surl.li/awtig (дата звернення: 05.09.2021).