

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

СТЕЛЬМАХ ІРИНА ВАСИЛІВНА

УДК: 332.142.4

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ
ПОТЕНЦІАЛОМ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

281 «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ І.В.Стельмах

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
к.е.н., професор Якобчук Валентина Павлівна

Житомир – 2021

Висновок кафедри _____

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____

№ __ від «__» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

«__» _____ 20__ р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Стельмах І.В. Ефективність державного управління ресурсним потенціалом галузі охорони здоров'я. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Досліджено теоретичні основи формування механізмів публічного управління ресурсним забезпеченням галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації. Визначено напрями модернізації системи державного адміністрування через трансформації в системі фінансування та сервісного обслуговування громадського здоров'я. Проаналізовано зарубіжний досвід управління ресурсним потенціалом системи охорони здоров'я та можливості його застосування в Україні.

Ключові слова: ресурси, потенціал, управління, медична галузь, державне адміністрування, інформаційні технології, фінансування.

SUMMARY

Stelmakh I.V. Effectiveness of public management of resource potential of the healthcare sector. – Manuscript.

Qualification work for the master's degree in specialty 281 – "Public administration and administration". – Polissa National University, Zhytomyr, 2021.

Theoretical foundations of formation of mechanisms of public management of resource provision of healthcare industry in terms of decentralization are studied. The directions of modernization of the state administration system through transformations in the system of financing and service of public health are determined. The foreign experience of resource potential management of the healthcare system and the possibility of its application in Ukraine are analyzed.

Keywords: resources, potential, management, medical industry, public administration, information technology, financing.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ.....	14
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	22
ВИСНОВКИ.....	27
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	29
ДОДАТКИ.....	33

ВСТУП

Актуальність теми. Декларація прав людини визначає, що забезпечення медичною допомогою всіх верств населення на рівні держави та громад, є основним завданням державної соціальної політики. Вирішення цього завдання пов'язане з розвитком ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я, стан якого забезпечує підтримання здоров'я населення у якісному стані та своєчасне надання адекватної медичної допомоги.

Системна криза, в якій опинилась галузь охорони здоров'я, призвела до втрати значної частини потенціалу, що забезпечував якість медичної, соціальної та гуманітарної допомоги в медичній галузі. Це обумовлено тим, що показники суспільного здоров'я та здоров'я окремих громадян є узагальнюючими характеристиками рівня та якості життя, індексом соціального, культурного й 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. Реальне реформування та модернізація управління ресурсним забезпеченням медичної галузі є стратегічним пріоритетом забезпечення громадського здоров'я.

Наукові дослідження в сфері державного управління ресурсним потенціалом галузі охорони здоров'я проводились рядом вітчизняних вчених, а саме В. Бакуменком [3], Т. Бирковичем [5], Р. Войтовичем [14], В. Гошовською [17], Н. Дачій [19], О. Карпенком [26], Ю. Ковбасюком [28], О. Лебединською [29], О. Оболенським [30], І. Розпутенком [32], С. Телешуном [33] та ціла плеяда зарубіжних вчених, але сьогодні залишається ряд проблем, що пов'язані з ефективним функціонуванням ресурсного забезпечення медичної галузі у контексті децентралізації.

Мета та завдання дослідження. Метою роботи є, на основі розкриття теоретико-методологічних засад та оцінки стану управління ресурсним потенціалом медичної сфери України, обґрунтувати пріоритетні напрями

удосконалення ресурсного забезпечення вирішення проблем громадського здоров'я. Досягнення визначеної мети зумовило необхідність вирішення наступних завдань:

- відобразити стан управління ресурсним потенціалом медичної сфери;
- розкрити зарубіжний досвід управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я;
- визначити стан адміністрування медичної галузі в Україні в контексті децентралізації;
- визначити напрями підвищення ефективності державного управління ресурсним забезпеченням сфери охорони здоров'я;
- показати шляхи застосування інформаційних ресурсів в медичній сфері.

Об'єкт дослідження – процес публічного управління ресурсним потенціалом медичної галузі України. **Предмет дослідження** – теоретичні та практичні аспекти напрямів підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням медичної галузі України.

Методи дослідження. З метою досягнення поставленої мети в дослідженні використано ряд загальнонаукових і спеціальних методів аналізу інструментів публічного управління ресурсним забезпеченням сфери охорони здоров'я, застосовано інструментарій аналізу і синтезу, наукового абстрагування, індукції та дедукції, єдності логічного і історичного, монографічний метод.

Результати дослідження знайшли відображення в трьох публікаціях.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Для теоретичного обґрунтування напрямів удосконалення управління ресурсами в сфері охорони здоров'я доцільно застосувати класифікацію моделей державного адміністрування медичної галузі, які стали типовими для більшості країн світу, а саме:

- 1) модель Бісмарка – роль держави концентрується на адмініструванні процесу медичного страхування, соціальна (німецька);
- 2) модель Беверіджа – зосереджена на суттєвому державному фінансуванні, універсалістська (англійська);
- 3) модель – яка базується на переважно приватному фінансуванні охорони здоров'я, недержавна (американська);
- 4) модель Семашка – яка ґрунтувалась на механізмах жорсткого державного адміністрування використання ресурсного потенціалу галузі та повному державному фінансуванні, в тому числі профілактичних і протиепідемічних заходів (радянська).

Високу ступінь ефективності використання ресурсного потенціалу галузі відображає застосування бюджетно-страхового 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 й за допомогою пакету соціальних послуг вони сподіваються утримати найбільш цінних працівників. Деякі країни повертають невикористані кошти, або розглядають їх як спадок.

До переваг, у вирішенні питань використання ресурсної бази галузі, радянської моделі Семашка, слід віднести повне державне бюджетне фінансування та загальну профілактичну спрямованість використання ресурсного потенціалу. Держава брала на себе повну відповідальність за здоров'я своїх громадян. А серед недоліків цієї моделі є низька зацікавленість самих громадян у своєму здоров'ї. Окрім того, поряд з високою медичною та соціальною ефективністю, вона була занадто затратною, тому що асигнування передбачали витрати на саму систему охорони здоров'я, а не власне на потреби окремої особи.

Повною протилежністю до радянської моделі, яка до речі визнана ВООЗ найкращою у світі в 60-ті роки минулого століття, тому що пріоритет розподілу державних ресурсів в систему охорони здоров'я розглядався як основний, є американська страхова модель, заснована на принципах фінансування за рахунок особистих коштів громадян, а держава не несе ніяких зобов'язань за здоров'я своїх громадян. Державна ресурсна допомога спрямовується тільки в пріоритетні сфери охорони здоров'я.

Теперішнє стан ресурсного забезпечення охорони здоров'я України зовсім не відповідає тим завданням сучасності, які стоять перед нею. Громадяни нашої країни живуть, менше ніж європейці у середньому на десять років, наповненість та якість життя переважної більшості наших громадян залишає сподівання на те, щоб бути кращими, а доступність, якість і обсяг послуг з охорони здоров'я, на рівнях первинної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги потребують не тільки значного удосконалення, але і глибоких якісних і кількісних змін. І в цьому визначаються не тільки зусилля у самій галузі охорони здоров'я, але і багатьох суміжних сферах

Зважаючи на це, Кабінет Міністрів України, намагається впродовж багатьох років, через профільне Міністерство охорони України здоров'я, ініціювати та упровадити в життя медичну реформу сутність якої зводиться до покращення ресурсного потенціалу вітчизняного медичного обслуговування, який був би ефективним з медичної, соціальної та економічної точок зору. На нашу думку, одним із елементів реформування, має стати заснування, розвиток і вдосконалення публічного управління охорони здоров'я шляхом модернізації зовнішніх і внутрішніх організаційно-адміністративних складових [8].

Локальна ідентичність кожної країни робить результативним застосування саме тієї моделі, яка органічно може реалізувати ресурси, витримана у відповідності до існуючих традицій, соціально-економічних та географічних особливостей відповідної території. Вони не є сталими, і у багатьох випадках, перебувають у стані перманентної реформації.

Попри те, що в Україні це не перше намагання спробувати змінити ситуацію у медичній галузі – ця найбільш радикальна і витікає вона а ргіогі з тих сучасних умов, що склались у державі. Унікальність української системи медичного забезпечення полягає в дотриманні конституційних норм України, що формально передбачає безмежні гарантії держави і права всіх громадян щодо забезпечення якісного і безкоштовного надання медичних послуг у медичній галузі. Це визначено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [29].

Національне законодавство має певну суперечність у питанні використання фінансових ресурсів, так в у статті 49 Конституції задеклароване право на безоплатну медичну допомогу, а нормою статті 95 Конституції, згідно з якою видатки на загальносупільні потреби, їх розмір та цільове спрямування визначаються виключно можливостями держбюджету, враховуючи фінансові можливості держави на певний час щодо забезпечення безкоштовного медичного обслуговування населення. Основний юридичний акт Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

встановлює основні положення державної політики у зазначеній галузі та визначає правові засади, що спрямовані на розвиток системи охорони здоров'я.

Обсяги видатків фінансових ресурсів на охорону здоров'я визначені також у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168–VIII від 19.10.2017 р. [27]. Головним документом, який регулює проведення медичної реформи є прийняте 30 листопада 2016 р. Розпорядження №1013 – р Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» [33].

Концепція визначає зміни ресурсного забезпечення галузі шляхом зміни механізмів асигнування системи охорони здоров'я через 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 медичним установам на регіональному рівні (рис.1.1).

Втілення Концепції передбачено здійснити у три етапи:

- підготовчий етап (2017 рік),
- етап впровадження (2018 – 2019 роки),
- етап інтеграції (2020 рік).



Рис. 3.2. Ресурсний потенціал системи охорони здоров'я на регіональному рівні[23]

Підготовчий етап заклав нормативно-правового підґрунтя та сформував інформаційний ресурс інституційних основ для нової системи охорони здоров'я, запровадив реформаторську модель у новостворених госпітальних округах. Наступний етап сприяв впровадженню інструментів ресурсного забезпечення надання пакета медичної допомоги гарантованого державою на всіх трьох рівнях медичної допомоги, створення інституту єдиного Національного замовника медичних послуг та фінансування через нього цього пакету.

Інтеграційний етап передбачає повноцінне використання ресурсного потенціалу для забезпечення функцій нової системи фінансування охорони здоров'я у загальнонаціональному масштабі [23]. Для пересічних українців все це означає, що після оголошення Міністерством охорони здоров'я України, так званої приписної кампанії. У разі переїзду чи отримання

медичних послуг незадовільної якості пацієнт зможе переукласти договір-декларацію з будь-яким іншим лікарем. Попередня угода за таких умов автоматично анулюється. Переважна більшість медичних послуг є безкоштовними – декларація є необхідною, аби визначати компенсацію для лікарів. Міністерство охорони здоров'я України навело відповідні розрахунки з виплати з бюджету кожному лікареві 370 гривень щорічно за кожного пацієнта без урахування відповідних вікових коефіцієнтів. Цю суму у 2019 році збільшили до 450 гривень на рік [33].

Напрями публічного управління ресурсним забезпеченням вторинного та третинного рівня медичної допомоги формуються і сьогодні, 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. І вже опісля цього пацієнт складатиме із медичними закладами угоди, в яких зазначатимуть всі послуги та ліки безкоштовні для пацієнтів, можливість обрати лікарняний заклад за місцем проживання без урахування місця реєстрації [24].

Незалежно від призначення лікаря первинної ланки, пацієнт звернеться до відповідного профільного фахівця самостійно, він муситиме самотужки оплатити його послуги. Фактично в нових умовах, медичне обслуговування буде здійснюватись на основі страхування. Оскільки завдяки реформі було створено Національну службу здоров'я України, яка виконує роль страхового інституту. Фінансові ресурси для покриття витрат спрямовитимуть даній інституції 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 [22].

Державне управління ресурсним потенціалом медичної галузі на відміну від попередньої системи, що спрямовувала кошти на асигнування власне самої системи охорони здоров'я, тобто утримувала заклади охорони

здоров'я, відтепер бюджетні ресурси спрямовує 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. За задумом авторів реформи, 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.

Держава повністю фінансує невідкладну, первинну та паліативну медичну допомогу, ургентні втручання і оперативне лікування, невиліковні хвороби 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 по єдиній тарифікації, не зважаючи на місце в якому надаватимуться такі послуги. 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 [25].

Таким чином, перспективні напрями зміни системи управління ресурсним потенціалом медичної галузі будуть реалізуватись переважно через запровадження електронної системи охорони здоров'я, завдяки якій медичні картки українців стануть 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.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Ресурсне забезпечення сфери охорони здоров'я умовно можна поділити на власне матеріальну (ресурси галузі) і нематеріальну (профільно-функціональну), що власне і складають цілісну організаційно-функціональну структуру, поєднуючи її у систему. І обидві ці основні складові елементи, як за роки її існування у соціалістичному таборі, так і у період розбудови держави у період незалежності накопичили досить багато проблем, що в цілому негативним чином позначились у сучасності. Низка об'єктивних та інших чинників призвели до того, що в Україні на сьогодні склалась катастрофічна ситуація із створенням продукту діяльності цієї системи – надання адекватної медичної допомоги населенню України і якісних послуг, власне для чого й існує ця система.

Є ряд об'єктивних причин невідповідності пропозиції медичної допомоги і запитів на неї, слід назвати такі, як майже повне відпрацювання ресурсів галузі, залишковий принцип фінансування, відтік спеціалістів з галузі, недостатня підготовленість управлінських кадрів в охороні здоров'я. Декларативні заяви уряду про швидке покращення діяльності сфери охорони здоров'я, відсутність науково обґрунтованих пріоритетів спрямування діяльності і призначення коштів, відсутність суспільного контролю і зворотного зв'язку з населенням, безпідставні зміни у структурі галузі та їх нормативно-правове ігнорування, недолугі заяви окремих відповідальних державних службовців, розчленування галузі за відомчим принципом, невпорядкованість юридичного забезпечення, партійні і політичні маніпуляції, відсутність ефективної державної політики в медичній галузі.

Невдалі трансформації попередніх років привели ресурсне забезпечення галузі охорони здоров'я до стану вичерпання останніх резервів фінансового, матеріального та людського забезпечення та потребують

модернізації та осучаснення. Створювати і ретельно контролювати втілення нормативно-правового середовища забезпечення реформування галузі охорони здоров'я є доцільнішим у межах нової галузі юриспруденції - медичного права. «Медичне право є окремою повноцінною комплексною галуззю права, що сформувалась порівняно недавно і врегульовує комплекс суспільних відносин і стандартів у сфері медичної діяльності» [29, с. 40–41]. На сучасному етапі управління ресурсним потенціалом сфери охорони здоров'я, можна констатувати, що теперішній етап є більш результативний. Багато хто із фахівців зазначає той факт, що нинішня спроба реформування медичної сфери значною мірою активізує приватний аспект медичної допомоги» [25].

Публічне адміністрування в сфері використання ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я, це не «модернізований» варіант державного управління, відомий нам за часів радянської доби, а якісно новий варіант управління публічною охороною здоров'я. Ми пропонуємо виділяти ряд напрямів модернізації системи державного управління ресурсного забезпечення медичної галузі через :

- 1) конкретизацію напрямів трансформації нормативно-правового забезпечення;
- 2) посилення інструментів захисту інтересів споживачів медичних послуг;
- 3) активізацію інтенсифікації електронних інструментів управління ресурсним потенціалом медичної галузі;
- 4) збільшення забезпеченості загальнодоступними ресурсами держави та громад в системі охорони здоров'я;
- 5) формування єдиної електронної платформи медичних послуг.

Визначені напрями покращення ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я є опорними, основними, хоча це відкриває можливості виокремлення й інших, похідних від зазначених, функцій публічного адміністрування сферою надання різноманітних видів медичної допомоги на

будь-якому з її рівнів [27]. Центральне місце в управлінні ресурсним потенціалом медичної галузі має займати пацієнт, який споживає медичні послуги як продукт системи охорони здоров'я. Це людина, яка скористалася цим продуктом – пацієнт.

Варто виокремлювати зовнішню та внутрішню організаційно-функціональні елементи у складі загальної структури публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. Під зовнішньою розуміється – комунікації, що необхідно здійснювати щодо забезпечення суб'єктів публічного адміністрування із структурами, які не входять до системи охорони здоров'я, але від яких залежить її діяльність. Внутрішня організаційно-функціональна частина публічного адміністрування сфери охорони здоров'я полягає у використанні механізмів, спрямованих на співпрацю з підпорядкованими органами та інституціями всередині галузі охорони здоров'я. Налагодженню дієвого механізму цих обох (зовнішнього та внутрішнього) компонентів публічного адміністрування значною мірою сприяє регуляторне медичне законодавство, інструмент, норми якого призначено для балансування відповідних відносини у суспільстві.

Модернізація ресурсного забезпечення системи надання медичних послуг, в напрямку підвищення їх використання, має відбуватись із урахуванням необхідності належної побудови публічного адміністрування галузю, інструменту якого дотепер не існувало, а ті прообрази, що тимчасово час від часу стихійно створювались як колегіальні органи для прийняття окремих рішень були не в змозі і не передбачали тих функцій, що сьогодні мають бути покладені на них. Останнє, у свою чергу, має будуватись на концептуально новому підґрунті визначення і сприйняття медицини як одного із пріоритетних соціальних обов'язків держави, чільної ролі пацієнта, вжитку кращого європейського та світового досвіду та взірців організації і протоколів надання медичної допомоги населенню.

Трансформація ресурсного потенціалу медичної сфери є однією з найбільш складних і суперечливих у переліку центральних викликів, які

сьогодні стоять перед українським суспільством і вимагає участі і комплексного використання ресурсів майже усіх сфер життєзабезпечення країни. Медична реформа здійснюється пліч-о-пліч з адміністративно-фінансовою децентралізацією і ми є свідками того, що основою реформ в медичній сфері є реалізація нового нормативно-правового забезпечення змін адміністрування ресурсного забезпечення, а саме Розпорядження Кабінету міністрів України «Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» (від 30.11.2016 р.) та прийняття двох законів України: «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (від 19.10.2017 р.) та Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (від 06.04.2017 р.), який передбачає автономність державних і комунальних закладів охорони здоров'я у своїй господарсько-фінансовій діяльності [23].

З проблемою модернізації ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в Україні пов'язані питання оптимізації медичної інфраструктури. Так, відповідно до реформи бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів відтепер стає турботою органів місцевої влади тому, що переходить у її пряме безпосереднє підпорядкування. Таким чином, формування єдиного медичного простору вимагає оптимізації мережі закладів охорони здоров'я і підвищення спроможності державних та комунальних медичних закладів.

Оптимізацію ресурсного забезпечення галузі, а також покращення системи медичного забезпечення населення забезпечить створення госпітальних округів (ГО), це функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я, при необхідності декількох районів, розташованих на відповідній адміністративній території, що забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги мешканцям цієї території на вторинному рівні. Госпітальні округи – впорядковані відповідно до територіального устрою системи закладів охорони здоров'я оптимальної кількості, їх доцільної потужності та профільного складу, з раціональним розподілом допустимого навантаження

на медичний персонал, вони найбільш ефективні при використанні ресурсного потенціалу медичної галузі територіальних громад [24].

Розміри госпітальних округів визначаються чисельністю населення яке повинно становити 120 – 200 тис. осіб та відстань 60 км до центру округу, а дорожнє сполучення не має перебільшувати однієї години доїзду. Остаточний перелік округів та їх склад передається на розгляд і затвердження уряду. Адміністративним центром госпітального округу стають населені пункти, які мають населення більше 40 тис. громадян, в яких розміщені багатопрофільні лікарні, тобто інтенсивна допомога другого рівня. Визначення кордонів госпітального округу здійснюється від того, щоб населення відповідної території мало повний та своєчасний доступ до вторинної (спеціалізованої) ланки медичної допомоги у разі потреби В Україні затверджено склад госпітальних округів з 17 областей і міста Києва. Пропозиції щодо їх розмірів перебувають у процесі громадських дискусій[31].

Показники використання ресурсного потенціалу ГО мають формуватися на місцях організаторами охорони здоров'я, чиновниками місцевої влади вкупі з суспільством територіальних громад з урахуванням структури та загальної захворюваності населення, її структури, смертності і народжуваності. Має значення і оцінка економічних показників ресурсного забезпечення територій, виробництв, що розташовані на ній, зайнятість на них мешканців, вікового складу та інших показників, що є найбільш характерними для даної категорії популяції. Після експертизи і обговорення у громаді, пропозиції щодо показників внутрішньої побудови ресурсного забезпечення госпітальних округів, мають бути затверджені публічним органами. На нашу думку, ці показники не мають бути сталими і можуть переглядатись до змін, у разі потреби, за поданням місцевої влади. Концептуально аналогічно мають затверджуватись й обсяги використання ресурсного потенціалу медичних установ [33].

В питаннях ефективного використання ресурсів госпітальних округів визначається багато непорозумінь та неузгоджень, які потребують негайного вирішення задля своєчасного подальшого впровадження принципів та положень реформи. Сучасні медичні заклади належать міським, районним та обласним радам, а також частині новостворених об'єднаних територіальних громад. Накопичуються проблеми з використанням майна медичних установ, утримання будівельних споруд. Розподіл і перерозподіл ресурсного потенціалу на завжди проводиться відкрито, прозоро, враховуючи особливості регіональних потреб медичної галузі, та у закладах охорони здоров'я [27].

Для покращення механізмів управління кадровими ресурсами потрібно розробити методичні рекомендації розрахунку потреби у штатах медичних працівниках і закладах охорони здоров'я для певних територій, доцільно враховувати особливості розселення, природно-географічні особливості, виробничу спеціалізацію тощо. Отже, найважливішими проблемами створення мережі медичних закладів на первинних рівнях є доступне медичне обслуговування населення, зручність та своєчасність транспортного забезпечення хворих у госпітальних округах, можливість отримати пацієнту необхідної медичної допомоги і послуг з охорони здоров'я, а також забезпечення їх ефективності у відповідних з затвердженими стандартами використання ресурсів. Ці проблеми мають тенденцію до загострення у разі відсутності відповідного твердого дорожнього покриття та налагодженого транспортного сполучення з віддаленими місцевостями округу. Створення госпітальних округів, які включають кілька районів і міст обласного підпорядкування, як показує досвід зменшує можливості ресурсного забезпечення сфери медичного обслуговування, така ситуація може призвести до значної комерціалізації медичної галузі [34].

Сьогодні побудовані нові ФАПи отримують мінімально необхідну кількість устаткування, яким має бути обладнаний ФАП кожного села, нема фінансового ресурсу для утримання там медичного працівника, який зможе

зробити всі необхідні маніпуляції на цьому обладнанні. Крім того, не кожний сільський ФАП оснащений легковим автомобілем, який за необхідності може бути використаний для транспортування пацієнта до лікарні.

Покращити якість кадрових ресурсів у сільській місцевості можна шляхом залучення до праці в село лікаря, через надання цьому лікарю достойної заробітної платні і гідних умов праці: зручний облаштований кабінет, сучасне медичне спорядження, службовий транспорт та через забезпечення лікареві гідних житлових та соціально-побутових умов життя на сучасному рівні [34].

В Україні потрібно сформувати сучасну модель публічного управління ресурсним забезпеченням медичних установ в сільській місцевості, яка буде базуватись на нових принципах адміністрування новою громадського здоров'я. У цих умовах важливо розуміти, що коли кажуть про розвиток сільських територій, мова йде виключно про піднесення людського потенціалу, що і є головною метою реформи. Тож мешканці сіл та селищ потребують уваги держави.

Ресурси сільської медицини, повинні бути якісні, ефективні, доступні, що забезпечить максимальну результативність первинної медичної допомоги в селі. У селах має бути переплановано мережі, побудувати нові або дообладнати вже наявні лікарські амбулаторії. Майже всюди треба розв'язувати питання громадського транспорту з метою прибуття пацієнтів до лікарів. Усе це – ресурси. «Завдяки цим інвестиціям сільські громади можуть: збудувати нові амбулаторії з можливістю проживання родини лікаря; закупити автомобілі, щоб лікарі могли пересуватися між селам; оновити обладнання амбулаторій; забезпечити швидкісний Інтернет» [23].

Ресурсне забезпечення сільської медицини повинно бути рівні міста, для цього потрібно створити ефективну мережу первинної ланки надання медичної допомоги на селі. Ресурсний потенціал сільської медико-санітарної допомоги потребує реконструкції, технічного переоснащення, кадрового забезпечення, будівництва нових закладів. У багатьох випадках побудувати

новий об'єкт простіше, швидше й економніше, аніж ремонтувати старий. Тому зараз розробляються типові архітектурні проекти медичних закладів первинної ланки (амбулаторія, ФАП, ФП), які можна буде якісно і швидко будувати в усій державі. Модернізація ресурсного потенціалу сільської медицини можлива лише з повним забезпеченням її медичним персоналом. В уряді повідомляють, що цю проблему розв'язуватимуть паралельно на різних щаблях державних і місцевих виконавчих, органів, долучивши до цього не лише Міністерство охорони здоров'я, а й Міністерство освіти і науки України [27].

Покращить ресурсне забезпечення сільської охорони здоров'я впровадження телеметричної медицини, яка створить умови лікарю сільської амбулаторії в режимі реального часу передати результати аналізів та діагностичних досліджень пацієнта і натомість отримати консультативну допомогу в медичному закладі вторинного чи третинного рівня для більш результативного призначення плану лікування та рекомендацій хворій людині, [33].

Програми розвитку ресурсного потенціалу сільської медицини повинні відповідати концептуальним засадам реформи галузі, і вимагають злагодженої і швидкої взаємодії всіх публічних владних інститутів. Позитивним моментом, який ілюструє зміцнення ресурсного забезпечення медичного обслуговування населення є будівництво 25 сучасних амбулаторій, у яких сільські мешканці зможуть швидко отримати кваліфіковану первинну медичну допомогу [17]. Новостворені амбулаторії буде оснащено у відповідності до таблицю у повному обсязі та всім потрібним устаткуванням та необхідними витратними матеріалами. Типовий проект мережі будівництва нових амбулаторій на Житомирщині створювали з урахуванням пропозицій об'єднаних територіальних громад.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ПОТЕНЦІАЛОМ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Серед ефективних інструментів державного управління ресурсним потенціалом медичної галузі ВООЗ та інші міжнародні організації вважають фінансування функціонування системи охорони здоров'я. Адже відсутність ефективних моделей фінансового забезпечення медичної галузі позначається на можливостях впровадження ефективних інструментів державного регулювання, впровадження ефективного планування та використання її ресурсів а відтак і управління здоров'ям населення, що є основною метою діяльності цієї системи [1]. Фінансове забезпечення надання медичних послуг головне завдання держави і має стати головним пусковим механізмом для комплексного відновлення ресурсного забезпечення. Радикальним вирішенням проблеми є докорінна зміна порядку фінансування галузі, що передбачає:

- диференціацію замовників та постачальників послуг. Місцеві влади фінансуючи його, неодмінно створюють конфлікт інтересів, а тому заклади припиняють перебувати на утриманні органів влади, стають автономними і відповідальність за їх господарську діяльність покладається на їх керівництво;
- перехід від утримання потужностей до фінансування результатів. Це визначає зміни кошторису на фінансування закладів органами місцевого самоврядування через контракти для закладів замовників послуг;
- створення системи «єдиного платника», що полягає у мінімізації кількості замовників послуг. Створення єдиної Національної агенції з фінансування охорони здоров'я, яка матиме відділення в регіонах, реалізувало цей компонент на практиці, ставши національним акумулятором публічних коштів.

Державне управління ресурсним потенціалом медичної сфери потребує формування нових інституцій і правил в системі фінансування та надання функціонування охорони здоров'я [33]. Нова модель фінансування системи суспільного здоров'я передбачає перехід від автоматичного фінансування кошторисів закладів охорони здоров'я до асигнування за результатами діяльності цих закладів. [33]. 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 реалізації Концепції змін фінансування системи охорони здоров'я полягає в змінах 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 прозоро визначені обсяги первинної, вторинної, третинної, екстреної медичної допомоги та лікарських засобів (державний гарантований пакет медичної допомоги), права на цю допомогу будуть мати усі громадяни. Ціна послуги буде покриватись страхувальниками повністю або частково [33].

До тарифів можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти, розміри та умови застосування яких єдині для всієї України. Тарифи на оплату медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою врегульовуються Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407, , і визначаються як капітаційна ставка за обслуговування одного

пацієнта впродовж поточного календарного року та є: за одного пацієнта, (із зеленого списку) – 370 гривень на рік; за одного пацієнта, (з червоного списку) (для комунальних закладів охорони здоров'я – 240 гривень щороку [29]. Асигнування на постачання спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної допомоги з 1 січня 2020 р. здійснюється 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.

Застосування методу глобального бюджету дає можливість лікарні отримати увесь фіксований річний бюджет під попередньо узгоджені обсяги виконаних робіт. Обсяг фінансування, що надається лікарні, не залежить від кількості штату, ліжок і інших ресурсних показників. Отримувач коштів бере на себе фінансовий ризик за перебільшення реального об'єму над запланованими. Встановлюються умови розрахунків при перевищенні або недовиконанні передбачених масштабів послуг.

Фінансування стаціонарів у спосіб глобального бюджету – єдиний метод, який унеможливорює окремі ризики для закладу охорони здоров'я і продукує у стаціонарів певні стимули для обсягів і оптимізації структури стаціонарної допомоги [32]. Така свобода управління та рішень з організації дозволяє лікарням доцільніше спрямовувати свої ресурси в межах діяльності, яку вважатимуть ефективнішою у їх використанні. Проте цей шлях потребує використання сучасного обліку у лікарні. Він має супроводжуватись безперервним моніторингом якості, що здійснюватиметься третіми організаціями, та домовленостями про стале її покращення [33].

За станом розвитку інформаційно-технологічної інфраструктури галузі охорони здоров'я в Україні, метод глобального бюджету слід було б поєднати з методом поділу хвороб на діагностично-споріднені групи з метою оцінки і погоджування загального обсягу допомоги, яка подається в межах глобального бюджету. Ідеальна система оплати послуг медицини

стимулювала б більш ефективно та справедливе подання медичних послуг з правильної мотивації та з мінімумом трансакційних витрат. Але така практика не існує. Отже, уряд має вибрати, зважаючи на компроміс між обсягом, якістю та витратами охорони здоров'я, а також необхідною бюрократичною роботою.

Відтворення ресурсного потенціалу медичної галузі пов'язане з впровадженням інформаційних автоматизованих технологій. У країнах Європейського Союзу, до прикладу, на протязі 15 років поспіль біля 500 мільйонів євро спрямовано на наукові дослідження у царині медичної інформатики. Медичні інформаційні системи – сукупність технічних методів та засобів за допомогою яких опрацьовують інформаційний продукт в сфері охорони здоров'я, що застосовують у процесі розв'язання поставлених завдань у полі медичних інформаційних технологій. Медична інформаційна технологія – інструмент, що дає змогу найбільш ефективно визначати і планувати ресурси закладу охорони здоров'я із застосуванням спеціалізованих програмних продуктів, підтримує лікувально-діагностичну, фінансову, адміністративно-господарську, облікову, сервісну та інші види діяльності закладу чи установи для надання якісних медичних послуг пацієнтам и прийняття більш раціональних управлінських рішень.

У залежності від поставлених завдань, медична інформаційна система буває спеціалізованою або універсальною. Спеціалізовані враховують тільки особливості діяльності конкретного закладу,. Універсальні ж використовують загальні компоненти показників, характерних для більшості закладів охорони здоров'я та їхніх підрозділів. Використання медичної інформаційної системи контролює ефективність та результативність лікувального процесу і реабілітації [24]. Електронна охорона здоров'я дає змогу ефективно розв'язувати завдання у галузі охорони здоров'я за допомогою інформаційно – комунікаційних технологій незалежно від географічного перебування лікаря і пацієнта. Центральний компонент цієї

системи це спеціалізована комп'ютерна програма з підключенням до неї інших медичних інформаційних систем.

Повномасштабне впровадження державою електронної медицини в Україні дасть можливість отримати відповідні інструменти для цільового вжитку та контролю коштів на профілактику та лікування, а їх результати оцінювати за конкретними стандартними ознаками. Створить сервіси 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.

Збільшення сукупності медичних сервісів істотно підвищує ефективність використання ресурсного потенціалу, 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 [26]. 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. Таким чином, інформаційні системи спроможні досягнути високого економічного ефекту і які в цілому поліпшують процес медичних послуг населенню.

ВИСНОВКИ

Визначено, що ефективне публічне управління ресурсним потенціалом системи охорони здоров'я у цивілізованих країнах виконує функцію соціального захисту населення, сприяє розвитку медичної галузі, покращує якість громадського здоров'я, зменшує фінансові ризики, створює суттєвий внесок у соціальний і економічний добробут територіальних громад. Забезпечення фінансової стабільності відтворення ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я, повне охоплення громадян якісним медичним сервісом, солідарність у фінансуванні, рівноправність доступу до медичної допомоги і адекватна якість медичного обслуговування основні завдання нового публічного управління. Є доцільним пристосовувати зарубіжний досвід витрат на охорону здоров'я для перетворення ресурсного забезпечення галузі вітчизняної охорони здоров'я у більш якісне та продуктивне.

В питаннях підвищення ефективності державного управління ресурсним потенціалом галузі важливе значення має трансформація системи фінансування охорони здоров'я, через яку пройшли більшість пострадянських країн. Вона передбачає три компоненти:

1. Розмежування замовника та постачальника послуг;
2. Перехід від фінансування ресурсів до фінансування результатів;
3. Утворення системи «єдиного платника», яка полягає у мінімізації кількості замовників послуг та рівнів їх розташування.

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

- створення єдиної Національної агенції з фінансування охорони здоров'я (Національна служба здоров'я України), яка буде мати відділення в регіонах
- впровадження для оплати діяльності (відшкодування пов'язаних з нею витрат) постачальників медичних послуг нових методів оплати, а саме: глобальний бюджет, змішаний метод оплати, оплата за послугу.

Потенційно найбільш багатообіцяючим є реформаторське фінансування

первинної медичної допомоги у країні у спосіб подушного фінансування за моделлю часткового фондоутримання. Запровадження інформаційних технологій в галузь медицини значною мірою покращить послуги пацієнтам.

Електронні сервіси в медицині мають 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 курації 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 спрямуванням їх на населенню повноцінне та якісне діагностування та лікування захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Алексеев В. О. Про підсумки міжнародної практики реформування охорони здоров'я та рекомендації ВООЗ. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. N 11. С. 40–45
2. Алексеев В. О. Система охорони здоров'я Німеччини. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. N 1. С. 52–62.
3. Бакуменко В. Д. Основні напрями та тенденції наукових розвідок з державного управління щодо діяльності органів влади. *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія : Управління*. 2013. Вип. 4. С. 8–16.
4. Безруков В. В., Войтенко В. П., Ахаладзе Н. Г., Писарук А. В., Кошель Н. М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте, 2017 – 127 с.
5. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/op=1&z=1227>
6. Бюджетний кодекс України від на 08.07.2010 № 2456–VI (редакція станом на 11.10.2018) URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>
7. Вашев О. Є., Вашева А. О., Іванова Л. А. Сучасні тенденції політики змін надання медичної допомоги в країнах ЄС, 2017. с. 295–298.
8. 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, 2015. с. 101–106
9. Виконання Державного бюджету України за 2019 рік. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF212666>
10. Виконання Державного бюджету України за 2016 рік. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>
11. Виконання Державного бюджету України за 2017 рік. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list7currDiF257806>

12. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2016 рік» URL: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2016.pdf?subportal=ma

13. Висновки про виконання Закону України «Про Державний бюджет України за 2017 рік» URL: http://www.ac-rada.gov.ua/doccatalog/document/16753245/Bul_vyk_DBU_2017.pdf?subportal=ma

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

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

16. Гошовська В. А. Парламентаризм в Україні. Державно–управлінські механізми реалізації функцій законодавчої влади. Київ, 2013. 48 с.

17. Данилишин Б. М. Децентралізація у країнах ЄС: уроки для України *Регіональна економіка*. 2016. № 1. С. 5–11

18. Дацій Н.В. Особливості оцінки якості надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=5949&i=17>

19. Державна стратегія регіонального розвитку на період до 2020 року : постанова Кабінету Міністрів України від 6 серпня 2014 р. № 385 (Редакція станом на 12.01.2018) URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/385-2014-p>

20. Децентралізація Великий тлумачний словник сучасної української мови Київ : ВТФ «Перун», 2005

21. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1 (5).
22. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія. Львів, 2010. 276 с.
23. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році : стат. бюлетень. Київ, 2017. 92 с.
24. Камінська Т.М. Децентралізація як умова ефективного фінансування лікувальних закладів. *Вектори розвитку фінансового потенціалу суб'єктів господарювання : матеріали Всеукр. наук.–практ. конф. (Харків, 1–5 лютого 2014 р.)*. Харків, 2014 С. 235–239
25. Карпенко О. Управлінські послуги як механізм реалізації державної політики. *Актуальні проблеми державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 11–15.
26. Карп'як М. О. Організаційно–інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації. *Науково–практичний журнал «Регіональна економіка»*. Львів, 2017. №3 (85). С. 108–115
27. Ковбасюк Ю. Наука державного управління в умовах системних державно–управлінських реформ і суспільних трансформацій. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 1. С. 5–20
28. Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96–ВР (Редакція станом на 30.09.2016)URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr>
29. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український мед. часопис*. 2013. №4
30. Ларс Хандріх, Олександра Бетлій Як сплачуєте, так і отримуєте! Реформування принципів фінансування лікарень в Україні Інститут економічних досліджень та політичних консультацій URL: http://www.ier.com.ua/ua/publications/policy_briefing_sepid=1278

31. Лебединська О. Система органів місцевого самоврядування регіону: динамічна модель структури. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2010. № 3. С. 143–151

32. Лелеченко А. П., Васильєва О. І., Куйбіда В. С., Ткачук А. Ф. *Місьцеве самоврядування в умовах децентралізації повноважень* Київ : 2017. 110 с.

33. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика. *Міжрегіон. Акад. упр. персоналом*. Київ, 2017. 343 с. Бібліогр.: с. 294–343.

34. Логвиненко Б.О. Щодо аксіології медичного права. *Вісник Запорізького національного університету: зб. наук, праць. Юридичні науки*. 2012. № 2. Ч. 1. С. 98–103.