



УДК 351.773

[https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4\(32\)-11](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11)

Шевчук Роман Володимирович,

кандидат медичних наук, докторант кафедри публічного адміністрування, Міжрегіональна Академія управління персоналом, м. Київ, вул. Фрометівська, 2, (044) 490-95-05, e-mail: kafedrapa@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-9716-2561>.

Shevchuk Roman Volodymyrovych,

Candidate of Medical Science, Doctoral Student, Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, Frometivska st., 2, (044) 490-95-05, e-mail: kafedrapa@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-9716-2561>.

АНАЛІЗ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Анотація. Автором досліджено, що нині важливою складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери та формування існуючої системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном. З'ясовано, що за основними показниками здоров'я виділяються три країни-лідери (середня тривалість життя, дитяча смертність тощо), серед них: Японія, Німеччина, США. Виявлено, що Японія характеризується «сильною» системою державного регулювання фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, і населення розраховує на належний контроль цих проблем з боку держави. Досліджено, що Сполучені Штати витрачають на охорону здоров'я 16,4% ВВП. Це чи не найвищий показник у світі. Підкреслено, що основним недоліком системи державного управління США є висока вартість медичної допомоги. Визначено, що система управління охороною здоров'я Німеччини базується на добре структурованому медичному страхуванні, яке складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Виявлено, що у Великобританії більшість фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху через управлінську вертикаль. Централізоване фінансування також допомагає стримувати зростання витрат на лікування. Однак у системи охорони здоров'я є й недоліки, такі як тенденція до монополізації, відсутність вибору пацієнтом лікаря чи лікарні. Підмічено, що у Франції базовий рівень загальнообов'язкового медичного страхування забезпечується системою страхових фондів, пов'язаних переважно з працевлаштуванням. Формально ці фонди є приватними компаніями, але вони «суворо» регулюються та контролюються державою. Аналіз концепції соціального забезпечення в Швеції показав, що країна розробила політику та стратегію, а також конкретні програми і проекти для сприяння громадському здоров'ю та профілактиці захворювань, а також реабілітації. З'ясовано, що система охорони здоров'я Канади в значній мірі залежить від лікарів первинної ланки, які становлять приблизно 51% усіх лікарів Канади. Вони є своєрідною ланкою між пацієнтом і системою механізмів державного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ більшості фахівців до лікарняної допомоги, діагностичних досліджень та рецептурних препаратів.

Ключові слова: публічне управління, охорона здоров'я, зарубіжний досвід, медицина.

ANALYSIS OF FOREIGN EXPERIENCE OF PUBLIC ADMINISTRATION IN THE FIELD OF HEALTH PROTECTION

Summary. The author has researched that currently an important component of the effective development of the state is the support of the social sphere and the formation of the existing health care system in Ukraine and abroad. It was found out that three leading countries stand out in terms of basic health indicators (life expectancy, infant mortality, etc.), among them: Japan, Germany, and the USA. It was revealed that Japan is characterized by a «strong» system of state regulation of health care financing and medical insurance, and the population expects proper control of these problems by the state. Research has

shown that the United States spends 16.4% of GDP on healthcare. This is almost the highest indicator in the world. It is emphasized that the main drawback of the US public administration system is the high cost of medical care. It has been determined that Germany's health care management system is based on well-structured health insurance, which consists of public health insurance and private insurance. It was found that in Great Britain, most of the funding comes from the state budget and is distributed from above through the management vertical. Centralized funding also helps contain rising medical costs. However, the health care system also has its shortcomings, such as the tendency toward monopolization, the lack of patient choice of doctor or hospital. It was noted that in France, the basic level of mandatory health insurance is provided by the system of insurance funds, mainly related to employment. Formally, these funds are private companies, but they are «strictly» regulated and controlled by the state. An analysis of the concept of social security in Sweden showed that the country has developed policies and strategies, as well as specific programs and projects to promote public health and disease prevention, as well as rehabilitation. It found that Canada's health care system relies heavily on primary care physicians, who make up approximately 51% of all Canadian physicians. They are a kind of link between the patient and the system of mechanisms of state management of health care facilities, which control the access of most specialists to hospital care, diagnostic tests and prescription drugs.

Key words: public administration, health care, foreign experience, medicine.

Постановка проблеми. Нині в зарубіжних країнах системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг характеризуються: орієнтацією на споживача (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації галузі охорони здоров'я, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування в її структурі платного сегменту), фінансова автономія медичних закладів та солідарність бізнесу (державна гарантія мінімального пакету медичних послуг, стандартизований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери та механізмами функціонування та ринковим фінансуванням) децентралізація система управління. Система охорони здоров'я в європейських країнах є дуже корисною для України і може застосовуватися після її адаптації до українських реалій. Це потребує стратегічного планування розвитку механізмів державного управління системою охорони здоров'я України, зокрема сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах за конкретними напрямками.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти проблеми аналізу зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я досліджували такі науковці, як: О. Торгун, Д. Гомон, О. Терзи, В. Борщ та інші.

Формулювання цілей статті. Метою статті є узагальнення особливостей реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я зарубіжних країн.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогоднішній день важливою складовою

ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери та формування існуючої системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном. Так, за основними показниками здоров'я нині можна виділити три країни-лідери (середня тривалість життя, дитяча смертність тощо), серед них: Японія, Німеччина, США. Нижче необхідно детальніше зупинитися на огляді особливостей функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я у кожній із цих країн.

Варто наголосити у Японії існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їх діяльність координується Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. Для Японії характерна «сильна» система державного регулювання сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, при цьому, громадськість впевнена у належному контролі цих питань з боку держави (Борщ, 2020, с. 72–75).

Японська система охорони здоров'я тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево. Близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування (Терзі, 2018/9, с. 168–173).

Доречно відмітити, що Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Це саме те, чого не вистачає в українській медичній сфері, де медичне страхування або через такі організації, як професійні товариства чи асоціації малого бізнесу. Ця система існує протягом десятиліть.

Сполучені Штати витрачають на охорону здоров'я 16,4% ВВП. Це чи не найвищий показник у світі. Слід зауважити, що великий розмір фінансування не завжди гарантує рівний та належний доступи всім громадянам до медичної допомоги. У 2018 році, понад 15% американців, взагалі, були незастраховані. Причиною цього була висока вартість страхування, втрата роботи, або неможливість отримати страхову субсидію. При цьому, громадяни без страхування можуть скористатися послугами некомерційних медичних центрів та невідкладних стаціонарів у лікарнях. Однак, часто вони їдуть звідти, не отримуючи належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити загальний стан пацієнта та стабілізувати його, а не лікувати людину (Гомон, 2016, с. 123).

Страхування, також, не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків. Більшість американців користуються певними програмами страхування і отримують так звану "керовану" допомогу. Через мережу посередників їх направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенівських кабінетів та інших установ. Деякі програми страхування не охоплюють лікування хронічних захворювань. Третина американців отримує медичну допомогу за програмами страхування Медікейр та Медікейд, що фінансуються платниками податків. Медікейр – це національна програма страхування для людей, старших 65 років, та деяких людей, які знаходяться "за межею бідності". У 2017 році Медікейр надала послуги та ліки на суму близько 514 мільярдів доларів.

Медікейд це спільна програма державних і федеральних урядів, яку вони спонсують. 23% американців використовують цю програму. Робота програми, також, спрямована на надання страхування певним категоріям людей. Покриття Медікейд трохи ширше, ніж Медікейр, але не відповідає потребам кожного. Кожна держава вирішує, хто підпадає під цю програму (Стеценко, 2017, с. 56-61).

Так, розглядаючи організацію охорони здоров'я у Сполучених Штатах Америки, варто зазначити, що головним недоліком її системи

механізмів публічного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах Америки становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж у два рази перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Тому, досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадити приватне медичне страхування як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки, можливі серйозні фінансові розбіжності в охороні здоров'я (Костюк, 2017, с. 40).

Принагідно також звернути увагу на систему механізмів публічного управління охороною здоров'я Німеччини, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та страхування приватних фондів. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Фактичний внесок державного медичного страхування у загальні витрати на охорону здоров'я становить понад 60%. Крім того, кошти надходять із інших складових системи державного страхування (із фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм). Також, гроші надходять із державної скарбниці. Внески до державного медичного страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами самоврядування). Урядове агентство контролює їх діяльністю та керує нею (Ровенська, Саржевська, 2019, с. 163).

Доцільно підкреслити, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Німеччині є самоврядні регіональні та федеральні лікарняні фонди (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески та забезпечують фінансування охорони здоров'я на рівні соціального забезпечення держави. Усі лікарні є некомерційними організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право встановлювати ставку внеску, необхідну для покриття витрат. Серед переваг німецької системи охорони здоров'я висока якість наданої допомоги, сучасне медичне обладнання в установах профілактичної допомоги, належна кваліфікація медичних працівників і, що найголовніше, доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу тощо (Краснова, Плужнікова, 2018, с. 46-48).

У Великобританії основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування, також, допомагає “стримувати” зростаючі витрати на лікування. Однак, у державній системі охорони здоров'я є і недоліки, такі як: схильність до монополізму, відсутність у пацієнта вибору лікаря, чи лікарні. Система страхування базується на принципах солідарності. Страхові організації та застраховані особи мають можливість контролювати використання страхових фондів. Застраховані особи, також, можуть обрати лікаря та лікувальну установу. Фінансування таких систем здійснюється із трьох джерел (Терзі, 2018/9, с. 168): страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з державного бюджету. Основним постачальником-надавачем послуг із охорони здоров'я є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я.

Доцільно наголосити, що Великобританія змогла створити медичну галузь без посередників (страхових компаній), що зробило її однією із найефективніших у світі. Для реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні можна скористатися такими перевагами британської системи, як: доступність медичних послуг, зручність їх отримання та рівень прикладених зусиль, щоб максимально ефективно використовувати наявні ресурси (Шафранський, Слабкий, Качала, 2016, с. 72-75).

Варто звернути увагу на те, що більше року, Франція зберігає перше місце у галузі медицини за рейтингом Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основними критеріями цього рейтингу, який включає 191 країну світу, є доступність та ефективність медичних послуг. У Франції базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному, прив'язаних до місця роботи. Формально, ці фонди є приватними компаніями, але вони “жорстко” регулюються та контролюються державою. Лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, останні, у свою чергу, на комерційні та некомерційні. Завдяки вдосконаленій системі медичного страхування, доступ до них забезпечується в однаковій мірі, і вони відрізняються за спектром медичних послуг. Наприклад, усі клінічні лікарні є державними установами,

а послуги із перебування у стаціонарі більш тривалий час, зазвичай, надаються приватними медичними працівниками (Торгун, 2019). У Франції існує багато великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно. Майже всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Впродовж останніх років, система охорони здоров'я, що існувала у Франції, стала майже однією із найкращих у світі. Досягти цього вдалося, переважно, за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без “списків очікування”, свобода вибору і задоволення потреб пацієнта (Костюк, 2017, с. 40).

Аналіз концепції соціального забезпечення у Швеції показав, що країна розробила політику та стратегію, а, також, конкретні програми та проекти, що сприяють збереженню здоров'я населення та попередженню захворювань, а, також, проведенню реабілітації. До пріоритетних проблем, що потребують вирішення, можемо віднести: проблеми зі здоров'ям на робочому місці; погане психічне здоров'я, особливо, серед молоді; малорухливий спосіб життя; збільшення споживання алкоголю. У країні, також, існують три основні рівні відповідальності за охорону та збереження здоров'я: національний, регіональний та муніципальний. До структур, відповідальних за охорону здоров'я на національному рівні, належать: Національний інститут громадського здоров'я; Національна адміністрація охорони навколишнього середовища; Національна адміністрація з надзвичайних ситуацій; Національна дорожня служба. Регіональний рівень представляють префектури (представники державного управління); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків). Муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків (Український медичний портал, 2019).

Можна зазначити, що страхові системи у всіх регіонах Швеції передбачають сплату штрафів, або значне збільшення витрат щодо вторинної ланки медичного забезпечення у разі несанкціонованого, ненаправленого звернення до фахівців. На відміну від цього, існують додаткові матеріальні стимули для пацієнтів, які регулярно відвідують лікарів первинної медичної допомоги, виконують валеологічні заходи для запобігання серйозним проблемам зі здоров'ям та додатковим консультаціям з фахівцями у складних випадках. У процесі визначення основних завдань охорони здоров'я важливим є належний розподіл обов'язків між регіональними радами

та громадами. Регіональні ради повинні відповідати за громадський транспорт, регіональне планування будівництва та служби охорони здоров'я. Громади відповідають за освіту, соціальні послуги та житло. У контексті вищезазначеного, національну політику охорони здоров'я Швеції можна вважати успішною, однак, існує недостатня законодавча база про охорону здоров'я та його захист, хоча у країні було прийнято значну кількість законів, що опосередковано регулюють проблеми охорони здоров'я (Терзі, 2018/9, с. 168-173).

Необхідно також звернути увагу на Канаду, як зазначають експерти у Канаді, як і в інших країнах світу, витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше, ніж рівень економіки. Роль федерального уряду в охороні здоров'я полягає у встановленні та контролі національних стандартів системи охорони здоров'я, відповідно до Закону Канади про охорону здоров'я, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом переказу грошей та виконання функцій, за які він несе конституційну відповідальність. Однією з таких функцій є надання медичних послуг певній сукупності населення, включаючи ветеранів, військовослужбовців, ув'язнених у федеральних в'язницях та в'язницях Королівської канадської гірської поліції. Інші функції, пов'язані зі здоров'ям, які виконує федеральний уряд, включають: охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо (Федоренко, 2017, с. 195).

Система охорони здоров'я у Канаді покладається, в основному, на терапевтів первинної медичної допомоги, які складають близько 51% усіх практикуючих лікарів у Канаді. Вони є своєрідним "зв'язком" між пацієнтом та системою механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості лікарів-спеціалістів, до лікарняної допомоги, діагностичних оглядів та лікарських засобів, що відпускаються за рецептом. Таких терапевтів первинної медичної допомоги можна змінювати необмежену кількість разів за порадами знайомих та навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають власну приватну практику і користуються високим рівнем самостійності. Багато лікарів працюють у лікарнях, чи місцевих оздоровчих центрах (у Квебеку є амбулаторії). Приватним лікарям держава оплачує послуги залежно від наданої ними допомоги. Оплата, безпосередньо, здійснюється з бюджету провінції, чи території.

Непрактикуючі лікарі отримують, або фіксовану зарплату, або плату залежно від обсягу

наданої медичної допомоги. Коли канадцям потрібна медична допомога, вони звертаються до терапевта, чи поліклініки, за власним вибором та подають йому карту медичного страхування, видану всім законним громадянам та жителям країни. Канадці не оплачують медичні послуги, безпосередньо, і їм не потрібно заповнювати різні форми за послуги, що охоплюються страховим полісом. Грошових лімітів, чи додаткових платежів, за такі послуги немає (Терзі, 2018/9, с. 168-173).

Отож, аналізуючи вищезазначене можна констатувати, що міцна та ефективна первинна ланка медичної допомоги, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг, на рівні сімейної медицини, є світовим стандартом якісної та доступної допомоги у цивілізованих країнах, віддзеркалення якого можна сьогодні спостерігати і в Україні.

Висновки. Таким чином, наприкінці слід сказати, що досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн, є дуже корисним для України і може бути застосований після його відповідної адаптації до українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, включаючи сімейну медицину, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження у пілотних проєктах за конкретними напрямками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ: —

1. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. Том 19. Вип. 1(44), 2020 р., с. 140. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360>
2. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : «Юридичні науки»*. 2016. № 4. с. 123 URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf
3. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент*. 2017. Вип. 24 (2). с. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11
4. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018.

№ 7. С. 46-48 URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

5. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. с. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7

6. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. № 3(57), 2019, с. 163. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

7. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. *Публічне право*. 2017. № 4. С. 57–61 URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/pp_2017_4_9.pdf

8. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018/9 № 2. С. 168–173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

9. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього 25 жовтня 2019 р. URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medicine-torgun/>

10. Український медичний портал 28 травня 2019 р. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracuє-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>

11. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія : Державне управління*. 2017. № 3. С. 95–102 URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/vnaddy_2017_3_16.pdf

12. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я : наук.-практ. журн.* 2016. № 2(4). С. 72–75 URL: <https://journals.ksauniv.ks.ua/index.php/public/article/view/198>

13. Семенець-Орлова І. А. Державне управління освітніми змінами: теоретичні засади. Монографія. К. : ЮСТОН, 2018, 420 с.

14. Семенець-Орлова, І. А. «Стратегічне управління як системний засіб управління освітніми змінами.» *Теорія та практика державного управління* 3 (2015): 52–60.

15. Semenets-Orlova, Inna Andriivna. «Tendencies in reforming the educational system

of modern Ukraine: national and regional aspects.» *Public management* 2 (2018): 191–200.

REFERENCES:

1. Borshch, V. (2020). Rynok okhorony zdorov'ia Ukrainy: analiz suchasnoho stanu ta tendentsii rozvytku [Analysis of modern health care market]. *Rynkova ekonomika: suchasna teoriia i praktyka upravlinnia*. Tom 19. Vyp. 1 (44). URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360>

2. Homon, D. & Denysova, A. (2016). Zarubizhnyi dosvid orhanizatsii zabezpechennia okhorony zdorov'ia [Foreign experience of health care system]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnogo universytetu. Serii : "Iurydychni nauky"*. Vol. 4. URL: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2022/3_2022/19.pdf

3. Kostiuk, V. (2017). Reformuvannia okhorony zdorov'ia v Ukraini v umovakh yevropeiskoi oriientatsii [Reformation of health care in Ukraine]. *Naukovyi visnyk Mizhnarodnoho humanitarnoho universytetu. Serii : Ekonomika i menezhment*. Vol. 24 (2). URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11

4. Krasnova, O. & Pluzhnikova, T. (2018). Osoblyvosti mekhanizmu derzhavnogo rehuliuвання sfery okhorony zdorovia [Special characteristic of mechanism of public management]. *Investysii: praktyka ta dosvid*. Vol. 7. S. 46–48 URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

5. Povoroznyk, M. (2017). Kompleksnyi analiz natsionalnykh modelei orhanizatsii system medychnykh posluh [Comprehensive analysis of national models of organization of medical service systems]. *Prychornomorski ekonomichni studii*. Vol. 14. S. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7

6. Rovenska, V. & Sarzhevska, Ye. (2019). Upravlinnia personalom zakladiv okhorony zdorov'ia v novykh umovakh hospodariuvannia ta perspektyvy rozvytku v Ukraini [Personnel management of health care institutions in modern Ukraine]. *Ekonomichni visnyk Donbasu*. № 3(57), 2019, s. 163. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

7. Stetsenko, S. (2017). Medychna reforma v Ukraini: pravo, polityka, moral [Medical reform in Ukraine]. *Publichne pravo*. Vol. 4. URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/pp_2017_4_9.pdf

8. Terzi, O. (2018). Zarubizhnyi dosvid administratyvnoho upravlinnia u sferi okhorony zdorov'ia [International experience of health care administration]. *Chasopys Kyivskoho universytetu prava*. Vol. 2. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf

9. Torhun, O. (2019). Desiat problem ukrainskoi medytsyny [10 problems of ukrainian health care system]. Ukrainyskyi instytut maibutnoho 25 zhovtnia 2019 r. URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/>
10. Ukrainyskyi medychnyi portal 28 travnia 2019 r. Yak pratsiuie systema okhorony zdorov'ia Kanady. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>
11. Fedorenko, T. (2017). Mizhnarodni standarty partysypatornoi demokratii yak pidgruntia zabezpechennia uchasti hromadskosti v derzhavnomu upravlinni u sferi okhorony zdorovia v Ukraini [International standarts of participatory democracy]. *Visnyk Nats. akad. derzh. upr. pry Prezydentovi Ukrainy. Serii Derzhavne upravlinnia*. 2017. № 3. S. 95–102 URL: file:///C:/Users/%D0%90%D0%BD%D0%BD%D0%B0/Downloads/vnaddy_2017_3_16.pdf
12. Shafranskyi, V., Slabkyi H. & Kachala, L. (2016). Osnovy Yevropeiskoi polityky i stratehiiia dlia XXI stolittia: stratehichne kerivnytstvo v interesakh zdorovia [Foundations of European policy for the 21th century]. *Ekonomika i pravo okhorony zdorovia* : nauk.-prakt. zhurn. 2016. № 2(4). S. 72–75 URL: <https://journals.ksauniv.ks.ua/index.php/public/article/view/198>
13. Semenets-Orlova, I. Derzhavne upravlinnia osvitynymy zminamy v Ukraini: teoretychni zasady [Public Management of Educational Change in Ukraine: Theoretical Principles]. Kyiv : YuSPTON [in Ukrainian], 2018.
14. Семенець-Орлова, І. А. (2015). Стратегічне управління як системний засіб управління освітніми змінами. *Теорія та практика державного управління*, (3), 52–60.
15. Semenets-Orlova, I. A. (2018). Tendencies in reforming the educational system of modern Ukraine: national and regional aspects. *Public management*, (2), 191–200.