

але найбільш масштабний аналіз міжнародної конкурентоспроможності тепер можна знайти в щорічному Звіті про глобальну конкурентоспроможність ВЕФ [6]. Звіт включає Індекс глобальної конкурентоспроможності, який за 2015-16 рр. В якому зпроаналізовано 134 країни за 12 критеріями конкурентоспроможності (відомі як «опори»), організованих за трьома загальними рубриками:

– Основні вимоги: установи; інфраструктура; макроекономічна стабільність; здоров'я та початкова освіта;

– Підвищення ефективності: вища освіта та навчання; ефективність ринку товарів; ефективність роботи на ринку праці; витонченість фінансового ринку; технологічна готовність; розмір ринку;

– Фактори інновацій та складності: витонченість бізнесу; інновації.

Вищезазначені фактори були розроблені та вдосконалені в останні роки. Деякі з них вимірюються за кількісними даними, тоді як більш якісні показники отримують за результатами опитування виборчої думки WEF, яке у звіті 2015-16 років містило думки більш ніж 12 тисяч керівників підприємств у всьому

світі. На момент написання WEF веде процес введення нового Глобального індексу конкурентоспроможності, що включає багато вищезгаданих факторів, але ґрунтується на більш суворій концептуальній основі. Новий індекс розробляється командою, яку очолює Майкл Портер, і він включатиме ідеї з діаманта Портера на мікроекономічному рівні разом з більш широкими політичними, економічними, соціальними та юридичними факторами на макроекономічному рівні.

Висновки. Основною метою нового Глобального індексу конкурентоспроможності є визначити детермінанти рівня продуктивності в країні з упевненістю, що продуктивність є основною основою для сталого економічного зростання та процвітання. Хоча цей підхід дає широке уявлення про умови, за якими підприємства, ймовірно, будуть успішними, це, в кінцевому підсумку, стосується національних економічних показників, а не просто бізнес-середовища. Можливо, неминуче, інші показники можуть бути включені і в індекси цього типу, особливо зважаючи на те, що зараз все більший акцент робиться на ролі соціального капіталу в національному та регіональному економічному розвитку.

1. Bremmer I. *Every Nation for Itself: Winners and Losers in a G-Zero World*. (New York: Portfolio, May 2012; revised paperback 2013). ISBN 978-1-59184-468-1

2. Макаренко С.М. Підвищення конкурентоспроможності підприємства шляхом організації перманентних інноваційних процесів // *Економічний простір*. – 2008. – № 19. – С. 296.

3. Стрельбіцька Н. Є. Становлення та розвиток міжнародних стандартів управління ризиками / Н. Стрельбіцька // *Вісник КНТЕУ – Тернопіль*, 2008. – № 6 – С. 84 – 93.

4. Жнакіна Е.Г. Оцінка міжнародної конкурентоспроможності України та шляхи її підвищення / *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Економічні науки* / Е.Г. Жнакіна // Кам'янець-Подільський. – 2011. – № 4 – С. 141-144.

5. Porter, Micheal E. and Kramer, Mark R. (2006) «Strategy and Society: The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility», *Harvard Business Review*, December 2006, pp. 78-92.

6. *World Economic Forum (WEF) Global Competitiveness Report*, www.weforum.org

E-mail: allakarnaushenko88@gmail.com

УДК 339.972.6

Поворозник М.Ю.

аспірант кафедри міжнародного обліку та аудиту,
ДВНЗ «Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана»

ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ЄВРОІНТЕГРАЦІЙНИЙ ВИМІР

У статті досліджено трирівневу систему трансформації структурної організації медичної сфери України з точки зору забезпечення справедливого розподілу і раціонального використання ресурсів та диверсифікації функцій; визначено пріоритети реформування інституційної структури системи охорони здоров'я; надано рекомендації щодо шляхів впровадження необхідних механізмів з метою підвищення якості надання медичних послуг на європейських засадах.

Ключові слова: медичні послуги, євроінтеграція, сімейна медицина, фінансова автономія медичної сфери, система охорони здоров'я.

ТРАНСФОРМАЦИОННЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В УКРАИНЕ: ЕВРОИНТЕГРАЦИОННОЕ ИЗМЕРЕНИЕ

Поворозник Н.Ю.

В статье исследована трехуровневая система трансформации структурной организации медицинской сферы Украины с точки зрения обеспечения справедливого распределения и рационального использования ресурсов и диверсификации функций. Определены приоритеты реформирования институциональной структуры системы здравоохранения. Даны рекомендации о путях внедрения необходимых механизмов с целью повышения качества предоставления медицинских услуг на европейских началах.

Ключевые слова: медицинские услуги, евроинтеграция, семейная медицина, финансовая автономия медицинской сферы, система здравоохранения.

TRANSFORMATIONAL ALTERATIONS OF UKRAINE HEALTHCARE SYSTEM:
DIMENSION OF EUROPEAN INTEGRATION

Povoroznyk M.

Three level system of Ukraine medical sphere organizational structure transformation in terms of rational resource allocation and functions diversification is researched in the article. Healthcare system's institutional structure reformation priorities are defined. Recommendations on necessary mechanisms implementation for medical services on European bases provision and their quality improvement are provided.

Keywords: medical services, European integration, family medicine, financial independence of medical sphere, healthcare system.

Постановка проблеми. З погляду міжнародної практики вітчизняна система первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги залишається вкрай неефективною. Так, якщо у західних країнах до 90% усіх медичних послуг надають нині заклади первинної допомоги, а на сегмент сімейної медицини (де працюють лікарі загальної практики) припадає від 30 до 50% сукупної кількості лікарів сфери охорони здоров'я, то в Україні первинним рівнем медичних послуг покривається нині менше 30% пацієнтів у містах і до 50% – у сільській місцевості [1]. Більше того, у нашій державі практично відсутній чіткий розподіл медичних послуг на служби первинної і вторинної допомоги, коли до надання первинної медичної допомоги активно залучаються практично усі спеціалісти поліклінічних установ та структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів. Результатами цього є втрати вітчизняними медичними послугами системності, комплексності і поетапності надання, їх невідповідність потребам населення, як власне й посилення формальності і фрагментарності у профілактиці захворювань громадян і їх диспансеризації, а також надмірне навантаження на сегмент спеціалізованої амбулаторної допомоги, висока частка виявлення захворювань українських громадян на пізніх етапах, ускладнень хронічних захворювань, а отже – зростання потреб населення у дорогих високоспеціалізованих медичних послугах. Таким чином актуальним є дослідження можливостей запровадження трирівневої структурної організації сфери охорони здоров'я в Україні на європейських засадах з метою підвищення якості та ефективності надання медичних послуг.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематикою трансформації системи охорони здоров'я України, приділено увагу багатьох провідних українських вчених, таких як: О. Корнійчука, Т. Камінської, В. Князевича, О. Сердюка, однак більш детального дослідження потребує сфера структурної організації медичної сфери та її трансформація на європейських засадах.

Мета статті. Виходячи з вищезазначеного, метою статті є дослідження можливостей запровадження

трирівневої структурної організації сфери охорони здоров'я в Україні з огляду на європейські стандарти задля підвищення якості та ефективності медичних послуг в Україні.

Виклад основного матеріалу. Одним зі стратегічних напрямів розвитку вітчизняної медичної сфери є розбудова первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини як головного інструменту забезпечення справедливого розподілу і раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я, а також підвищення ефективності й результативності її діяльності. Саме інститут сімейної медицини, з одного боку, лежить в основі розбудови споживчо-орієнтованої моделі системи охорони здоров'я, даючи можливість пацієнтам самостійно обирати лікаря, а з другого – здатен докорінно реформувати усю систему конкурентних відносин між лікарями як головною драйвера їх мотиваційних установок до підвищення своєї кваліфікації і якості пропонованих споживачам медичних послуг. Зрозуміло, що саме від кількості пацієнтів буде залежати рівень заробітної плати кожного окремо взятого лікаря чи медичного працівника. За експертними оцінками, для повноцінного функціонування первинної медико-санітарної допомоги та виконання нею усіх покладених на неї функцій необхідним є доведення її фінансування до рівня 25-35% загальних видатків на охорону здоров'я. Водночас, зростання медичних видатків зведеного бюджету України у 2 – 2,5 разу дасть змогу удвічі збільшити охоплення населення послугами первинної медико-санітарної допомоги [2].

Розбудова найбільш наближеної до населення первинної ланки медичного обслуговування населення на засадах сімейної медицини передбачає насамперед чітке інституційне закріплення її функціональних компетенцій. Це – консультування лікарів; профілактика, діагностика і лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь та інших станів; індивідуальні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи; гігієнічне виховання і санітарна просвіта населення; спостереження сімейним лікарем здорової дитини й інтегроване ведення захво-

рювань дитячого віку (на основі обсягів і стандартів медичної допомоги первинного рівня); ведення здорової вагітності упродовж усього періоду; медичне консультування з питань збереження репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, долікарське і лікарське медичне обслуговування, а також залучення у разі необхідності спеціалізованих чи високоспеціалізованих лікарів і консультантів [3]. Первинна ланка медичного обслуговування передбачає надання медичних послуг населенню через Центри первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, міські і сільські лікарські амбулаторії; а її фінансування здійснюватиметься з коштів

Своєю чергою, вторинна ланка системи охорони здоров'я має концентруватись виключно на наданні медичних послуг (кваліфіковане консультування, профілактика і лікування захворювань), що потребують застосування спеціальних методів діагностики й лікування. Відтак – вторинна медична допомога має надаватись лікарями відповідної спеціалізації у спеціалізованих лікарняних і позалікарняних закладах охорони здоров'я із застосуванням відповідних спеціалізованих методик лікування.

І, нарешті, третинний рівень системи охорони здоров'я має бути сконцентрований виключно на наданні високоспеціалізованих і високотехнологічних медичних послуг у випадку складних чи тяжких захворювань пацієнтів. Оскільки дана ланка медичних послуг передбачає медичне обслуговування населення високоспеціалізованими фахівцями у спеціалізованих і технологічно обладнаних установах охорони здоров'я (головним чином стаціонарного типу), то кожен її заклад має покривати не менше 1 млн. осіб (інакше діяльність буде нерентабельною).

Стратегічним інституційним напрямом розбудови в Україні системи медичних послуг на європейських засадах у контексті забезпечення їх доступності, рівності отримання і високої якості є також структурне реформування первинної ланки медичного обслуговування населення на основі розбудови регіональних мереж Центрів первинної медико-санітарної допомоги. Дані інституції є лікувально-профілактичними закладами (дуже подібними до лікарень) і спеціалізуються на наданні медичних послуг в амбулаторних і поліклінічних умовах за місцем проживання пацієнта чи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). Тим не менше вони характеризуються однотипністю профілактичних підрозділів (лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів тощо) і саме тут надається первинна медична допомога хворим усіх вікових груп одним (переважно у сільській місцевості) чи кількома (у містах) лікарями сімейної медицини на основі:

– кваліфікованого консультування, діагностики, реабілітації, профілактики, раннього виявлення неінфекційних і соціально-небезпечних захворювань, а також лікування найбільш поширених серед населення захворювань, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних станів (вагітність), у тому числі на основі взаємодії з іншими закладами системи охорони здоров'я;

– направлення пацієнта без медичних показань до екстрених медичних показань для отримання спеціалізованих чи високоспеціалізованих медичних послуг в інші заклади охорони здоров'я відповідно до медичного маршруту пацієнта;

– надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам, які потребують екстреної спеціалізованої чи високоспеціалізованої медичної допомоги, у разі гострих станів фізичного чи психологічного характеру [4].

Саме Центри первинної медико-санітарної допомоги мають активно включитись до реалізації профілактичних функцій вітчизняної системи охорони здоров'я. Йдеться насамперед про відновлення в Україні системи щорічної диспансеризації працівників компаній і організацій різних форм власності з метою ранньої діагностики цілої низки захворювань та створення загальнонаціонального простору доступних для усіх верств населення медичних послуг. Як результат – можливим стане перехід національної системи охорони здоров'я від епізодичного й симптомного лікування хворих до профілактично-орієнтованої моделі медичних послуг з максимальною увагою до потреб здорових пацієнтів та хворих з хронічними захворюваннями.

Однак, спрямування грошових потоків споживачів медичних послуг виключно через первинну ланку сімейних лікарів у неконституційний спосіб порушує їх права на вільний вибір необхідного обсягу і асортименту послуг медичного обслуговування, а також конкретних спеціалістів – їх продуцентів. Більше того, тотальний брак спеціалістів первинної лікарської допомоги як і необхідного матеріально-технічного й діагностичного забезпечення їх діяльності наражають українських громадян на значні загрози монополізації сімейними лікарями процесу їх лікування, навіть якщо воно нагально потребуватиме залучення спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги. Виходячи з цього, на часі сьогодні – запровадження ефективних механізмів як контролю рівня професійної компетентності сімейних лікарів, так і їх відповідальності за неякісне лікування пацієнтів. При цьому стратегічно важливого значення набувають розроблення і запровадження у практику адекватної системи критеріїв оцінювання ефективності роботи сімейних лікарів та механізмів оплати їх праці з врахуванням стимулюючих доплат за високу якість медичного обслуговування пацієнтів та високі професійні компетенції й досягнення. Крім того, забезпечити високу якість медичних послуг сімейних лікарів здатна незалежна (від інституцій державної політики у сфері охорони здоров'я) служба контролю і якості їх професійної роботи.

Структурне реформування первинної ланки медичного обслуговування в Україні передбачає в якості обов'язкового компонента перепрофілювання існуючих лікарняних закладів охорони здоров'я, що спеціалізуються на наданні медичних послуг вторинної ланки. Йдеться насамперед про диверсифікацію їх функціональної структури із створенням лікарень планового, інтенсивного і реабілітаційного лікування; багатопрофільних дитячих лікарень інтенсивного лікування, а також консультативно-діагностичних центрів. В окремих випадках організація Центрів первинної медико-санітарної допомоги може передбачати заснування на базі існуючих малопотужних лікарняних закладів амбулаторій з ліжками денного стаціонару для медичного обслуговування жителів закріплених територій.

Перепрофілювання діяльності лікарень передбачає також докорінну зміну систем клінічного лікування пацієнтів та взаємовідносин продуцентів медичних послуг. Досягнення цієї стратегічної мети лежить насамперед

у площині формування інтегрованих систем медичного обслуговування на основі горизонтальних і вертикальних злиттів лікарняних закладів і лікарняних служб. Це дасть змогу сконцентрувати високотехнологічну діяльність у сфері продукування медичних послуг у великих лікарняних центрах; розбудувати ефективні госпітальні мережі для координування медичного обслуговування населення у лікарнях; а також значно розширити інституційну мережу паліативної і хоспісної допомоги з делегуванням частини функціональних обов'язків лікарів середньому медичному персоналу й аутсорсінговою передачею певної частини медичних послуг зовнішнім постачальникам їх неклінічних видів.

Системна розбудова інтегрованих систем медичного обслуговування є неможливою без глибокої інтеграції медичної науки й освіти з практичною діяльністю у сфері охорони здоров'я на основі розбудови національної мережі університетських клінік і госпіталів. Міжнародний досвід вже давно засвідчив високу ефективність діяльності даних інституцій, на базі яких нині здійснюється не тільки підготовка фахівців сфери охорони здоров'я, але й активно проводиться наукова діяльність і надаються медичні послуги за понад 20 напрямками у розрахунку на 1,5 – 2 тис. лікарняних ліжок [5].

При цьому необхідним елементом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я та підвищення ефективності державного регулювання цієї сфери має стати послаблення централізму та надання медичним закладам економічної свободи і реальної фінансової автономії операційного функціонування. Це передбачає делегуванням їм низки повноважень у сфері управління власністю, заохочення підприємницької активності продуцентів медичних послуг, імплементацією фінансових механізмів оптимізації їх витрат і підвищення ефективності управління (шляхом спрощення порядку формування кошторисів витрат для медичних закладів та надання їм права самостійно формувати і затверджувати свої штатні розписи), залученням приватних структур до надання населенню медичних послуг, а територіальних громад – до планування їх діяльності [6]. Роль і значення фінансової автономії вітчизняних закладів охорони здоров'я важко переоцінити, з огляду на нівелювання нею державної монополії процесів привласнення, володіння і використання медичних ресурсів. Остання, як відомо, завжди демобілізує медичні установи щодо підвищення ефективності діяльності, гальмує стимули її інноватизації, а також «роздуває» медичну інфраструктуру та мережу контролюючих органів, працівники яких за умов відсутності ефективних суспільних інститутів значною мірою схильні до корупції і службових зловживань. Не випадково, практика фінансової автономії закладів охорони здоров'я вже десятиліттями демонструє свою високу ефективність у багатьох країнах світу – Великобританії, Швеції, Новій Зеландії, Італії, Фінляндії, Туреччині та ін.

Розбудова в Україні повноцінного інституту фінансової автономії вітчизняних закладів охорони здоров'я (у статусі продуцентів і продавців медичних послуг) передбачає, з одного боку, докорінне реформування відносин власності у медичній сфері із набуттям кожною бюджетною установою статусу юридичної особи, її перетворенням на економічно самостійну підприємницьку структуру, діяльність якої, згідно ст. 62 п. 1 Господарського кодексу України, має бути спрямована на задоволення

суспільних та особистих потреб і розвиватись на основі власного і запозиченого капіталу [7]. З другого боку, фінансова автономія медичних закладів передбачає також формування ними розгалуженої системи контрактних відносин зі споживачами і замовниками (територіальними органами державної влади) медичних послуг, що, своєю чергою, обумовлює необхідність самостійного визначення ними своєї організаційної структури, формування кадрового корпусу і штатного розпису, а також встановлення розміру заробітних плат працівників і здійснення фінансово-юридичних операцій.

Зрозуміло, що із перетворенням вітчизняних закладів охорони здоров'я в активних економічних суб'єктів вони не тільки набувають права власності на об'єкти медичної інфраструктури, але й самостійно ухвалюють управлінські рішення у сфері економічної діяльності на мікрорівні, повною мірою несучи за них відповідальність. При цьому структурна реформа, що реалізується нині у вітчизняній медичній сфері, передбачає надання сімейним лікарям у розпорядження стартового фонду грошових ресурсів для розрахунків за спеціалізовані і високоспеціалізовані медичні послуги; а самі розрахунки з сімейними лікарями будуть здійснюватися оперативно і без ускладнень для пацієнтів. Крім того, підприємницький статус лікарняних закладів дасть змогу встановлювати будь-які гнучкі форми оплати праці (що не суперечать чинному законодавству), а отже – здатна створити якісно нову мотиваційну систему оплати праці медичних працівників, ув'язавши її розмір від кількості й якості наданих пацієнтам медичних послуг [8].

Однак, на теперішній час запровадження в Україні повномасштабного формату фінансової автономії медичних закладів певною мірою суперечить діючій нормативній базі, зокрема у частині невідповідності окремих положень Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо її фінансування з Конституцією нашої держави, а також Податковим та Бюджетним кодексами; неузгодженості процесу надання медичних послуг населенню у державних і комунальних медичних установах з бюджетними відносинами між бюджетними установами та державними і комунальними закладами охорони здоров'я [9]; а також взаємодії державних і комунальних закладів охорони здоров'я (у статусі бюджетних установ, заснованих відповідними органами державної влади) та органів місцевого самоврядування (як замовників медичних послуг).

Це вимагає не тільки негайного усунення існуючих юридичних колізій, але й повного унормування питань, пов'язаних із зменшенням обсягів бюджетних асигнувань на охорону здоров'я та вилученням до бюджету коштів, не використаних медичним закладом державної чи комунальної власності протягом бюджетного періоду. На часі сьогодні й імплементація ефективних механізмів суспільного контролю за діяльністю вітчизняних закладів охорони здоров'я. Магістральний шлях реалізації цієї стратегічної мети – заснування цілої мережі інститутів громадянського суспільства – наглядових рад при медичних установах, центрів з суспільного контролю і профілактики захворювань, центрів з медичних сервісів, суспільних агенцій оцінки якості медичного обслуговування населення тощо. Їх функціональні компетенції мають полягати у контролюванні процесів продукування і ціноутворення медичних послуг, використання закладами охорони здоров'я

фінансових ресурсів, дотримання ними принципів корпоративної соціальної відповідальності, суспільному моніторингу стану здоров'я населення, пропагування здорового способу життя, розробка і впровадження проектів профілактики здоров'я населення та ін.

З огляду на загалом низький рівень управління медичною сферою з боку місцевих органів виконавчої влади (як власників медичних закладів, що виконують делеговані їм державні функції у сфері охорони здоров'я), стратегічним пріоритетом її інституційного реформування є створення госпітальних округів і госпітальних рад. Функціональними компетенціями цих виборних органів мають бути управління медичною сферою на певній території в умовах децентралізації державної влади. Зокрема, ухвалена у 2016 р. Кабінетом Міністрів України Постанова «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [10] чітко визначає не тільки технічні критерії встановлення географічних меж госпітальних округів, але й порядок їх створення. Так, кожен госпітальний округ повинен мати щонайменше одну лікарню інтенсивного лікування первинної чи вторинної ланки системи охорони здоров'я; має охоплювати територію з населенням щонайменше 200 тис. осіб у випадку наявності лікарні вторинної ланки чи 120 тис. осіб у разі наявності лікарні первинної ланки. Крім того, кожен пацієнт повинен мати можливість доїзду до медичного закладу інтенсивного лікування з будь-якої точки округу максимум за 60 хвилин.

Однак, на сьогоднішній день формування госпітальних округів стикається з гострими проблемами, пов'язаними, зокрема, з реорганізацією районів у межах реформи місцевого самоврядування і децентралізації влади, відсутністю у багатьох населених пунктах функціонуючих закладів медичного обслуговування населення, а також відсутністю належного транспортного сполучення. Нерідкими є й випадки непередуманих заходів реформування медичної сфери, коли відстань до поліклінічних

чи стаціонарних закладів охорони здоров'я у сільській місцевості зростала на 30 – 40 і більше кілометрів [11].

Таким чином, у контексті розбудови загальнонаціональної мережі госпітальних округів на часі сьогоднішнього внесення законодавчо-нормативних й організаційних змін щодо унормування процесів їх формування. Своєю чергою, чітке визначення оптимальної кількості медичних закладів та їх спеціалізації з урахуванням економічно обґрунтованих потреб територіальних громад гарантуватиме українським громадянам доступних і якісних медичних послуг на рівні вторинної і третинної ланок системи охорони здоров'я. Досягненню цієї стратегічної мети (як власне й обліку і прогнозуванню потреб системи охорони здоров'я) сприятиме запровадження спеціальної системи електронного обліку пацієнтів та електронних реєстрів пацієнтів – e-Health.

Висновки. Підбиваючи підсумок, наголосимо, що вітчизняна система охорони здоров'я, будучи надмірно обтяженою нагромадженнями у своїй структурі диспропорціями і дисбалансами, ігноруванням потреб населення у медичних послугах, неефективними механізмами функціонування медичної індустрії та високим рівнем корупції, в останні десятиліття не здатна адекватно відповісти задовольняти потреби споживачів медичних послуг – населення, у форматі моделі Семашка з ігноруванням підприємницького компоненту її функціонування, відсутністю фінансової автономії медичних закладів та недиверсифікованістю фінансових джерел їх функціонування. Тож саме реалізація вищезазначених напрямів інституційної модернізації вітчизняної медичної індустрії на європейських засадах дасть змогу підвищити якість медичного обслуговування українських громадян, його доступність для широких верств населення за одночасного нівелювання впливу фінансових ризиків та медичної бідності на загальний процес суспільного відтворення національного людського ресурсу у постіндустріальній парадигмі економічного розвитку.

1. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування. – Міністерство охорони здоров'я України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html
2. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О. П. Корнійчук // Український медичний часопис. – 2013. – № 4 (96). – С. 22 (с. 20-26).
3. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2011 року» від 22 січня 2010 р. № 1841-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 13. – С. 126.
4. Відповіді на питання з реформування медичного обслуговування. – Міністерство охорони здоров'я України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/reform_answers.html
5. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації. Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009.
6. Князевич В. Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина / В. Князевич. – Київ, 2010.
7. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи / Т. М. Камінська // Актуальні проблеми державного управління. – 2012. – № 2. – С. 433 (с. 431-437).
8. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи / Т. М. Камінська // Актуальні проблеми державного управління. – 2012. – № 2. – С. 435 (с. 431-437).
9. Сердюк О.І. Організаційно-правові аспекти автономізації управлінсько-фінансової діяльності провайдерів медичних послуг / О.І. Сердюк, О.А. Короп, Б.А. Рогожин, Н.В. Просоленко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 69 (с. 67-70).
10. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 р. № 932. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%D0%BF>
11. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». – К.: НІСД, 2017. – С. 392.