

Шишка Ігор Васильович,
кандидат медичних наук, доцент
Класичний приватний університет

Shyshka Ihor, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor, Classic Private University
<https://orcid.org/0009-0003-4365-8638>

**АНАЛІЗ ОСНОВНИХ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ТА ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**
**ANALYSIS OF THE MAIN STRUCTURAL ELEMENTS AND PERFORMANCE INDICATORS OF THE
HEALTH CARE SYSTEM OF UKRAINE**

Шишка І. В. Аналіз основних структурних
елементів та показників діяльності системи
охорони здоров'я України. *Український журнал
прикладної економіки та техніки*.
2024. Том 9. № 3. С. 169 – 174.

Shyshka I. Analysis of the main structural elements
and performance indicators of the health care system
of Ukraine. *Ukrainian Journal of Applied Economics
and Technology*.
2024. Volume 9. № 3, pp. 169 – 174.

У статті проаналізовано показники діяльності системи охорони здоров'я за період 2010–2019 років. Аналіз і характеристика основних показників діяльності системи охорони здоров'я за період 2010–2019 років дозволили підсумувати, що наявна інфраструктура галузі все ще є доволі громіздкою, характеризується домінуванням спеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги та нераціональним використанням потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Виокремлено основні критерії класифікації систем охорони здоров'я та ідентифіковано належність системи охорони здоров'я України до однієї з моделей медичних систем. За основними критеріями, такими як відношення прав власності, способи фінансування, роль держави в управлінні галуззю та механізми стимулювання медичних працівників і споживачів послуг, вітчизняна система охорони здоров'я все ще має ознаки моделі Семашка, яка не відповідає сучасним вимогам щодо необхідності застосування високовартісних медичних технологій та неспроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості. Охарактеризовано підходи до створення системи госпітальних округів відповідно до чинного законодавства України. Визначено, що головним інструментом реформування національної системи охорони здоров'я є створення госпітальних округів, що дозволить забезпечити надання більш якісних медичних послуг і значно скоротити витрати на утримання медичної інфраструктури в Україні. Зауважено, що провідною технологією формування ефективної системи медичних закладів має бути стратегічне планування на усіх рівнях національної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, система медичних закладів, моделі медичних систем, госпітальний округ, госпітальний кластер.

The article analyzes the performance indicators of the health care system for the period 2010-2019. The analysis and characterization of the main indicators of the health care system for the period 2010-2019 allowed the author to conclude that the existing infrastructure of the industry is still quite cumbersome, characterized by the dominance of specialized and inpatient medical care and the irrational use of the potential of outpatient polyclinic institutions. According to the main criteria, such as the relationship of property rights, methods of financing, the role of the state in the management of the industry, and mechanisms for stimulating medical workers and consumers of services, the domestic health care system still has signs of the Semashko's model, which does not meet modern requirements regarding the need to use high-value medical technologies and is unable to provide high-quality medical services. The main criteria for the classification of healthcare systems are identified and the affiliation of the healthcare system of Ukraine to one of the models of medical systems has been identified. Approaches to creating a system of hospital districts in accordance with the current legislation of Ukraine are characterized. It was determined that the main tool for reforming the national health care system is the creation of hospital districts, which will ensure the provision of higher quality medical services and significantly reduce the costs of maintaining the medical infrastructure in Ukraine. At the same time, one notes that strategic planning at all levels of the national health care system should be the leading technology for the formation of an effective system of medical institutions.

Keywords: health care system, system of medical institutions, models of medical systems, hospital district, hospital cluster.

Вступ

Погіршення якості надання медичних послуг, на думку фахівців і науковців, протягом останніх років було обумовлено переобтяженою в кількісному плані мережею лікарень, до складу якої входили здебільшого малопотужні, погано оснащені та недостатньо завантажені медичні заклади. Окрім незадовільної якості послуг, що надавались, така система характеризувалась також неефективним використанням фінансових, матеріальних і людських ресурсів. Тому аналіз і оцінка ефективності функціонування окремих елементів системи охорони здоров'я є актуальним напрямом наукових досліджень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У світлі започаткованих реформ питання ефективності структури системи охорони здоров'я України є одним з найбільш вагомих. У цьому напрямку здійснюють наукові пошуки такі науковці: О. Фірсова (пошук напрямів забезпечення стійкості системи охорони здоров'я), С. Назарко (ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я), М. Білинська, Я. Радиш (генеза і перспективи розвитку державного управління

охороною здоров'я в Україні), О. Ліфінцев (адміністративно-правові засади контролю у сфері охорони здоров'я) та ін. Водночас недостатньо приділено уваги визначенню основних складових елементів системи та класифікаційних ознак, що є підґрунтям для проведення подальших аналітичних досліджень.

Формулювання цілей статті

Метою статті є надання характеристики основним структурним елементам та аналіз показників діяльності системи охорони здоров'я, виявлення основних критеріїв, за якими можна ідентифікувати належність чинної системи охорони здоров'я до певної моделі медичних систем та визначення основних інструментів підвищення якості медичних послуг.

Виклад основного матеріалу дослідження

Координацію діяльності системи охорони здоров'я забезпечує Міністерство охорони здоров'я України через Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях та управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Структуру охорони здоров'я України утворюють три рівні: національний, регіональний та місцевий. Національний рівень утворюють Міністерство охорони здоров'я України (МОЗУ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та заклади охорони здоров'я державної форми власності, що підпорядковані МОЗУ. НСЗУ реалізує державну політику у сфері державних закупівель медичних послуг, а її діяльність координує Кабінет Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Регіональний рівень системи охорони здоров'я утворено Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, державними закладами охорони здоров'я та закладами охорони здоров'я, що відносяться до територіальних громад (обласні лікарні, діагностичні центри тощо). Місцевий рівень системи охорони здоров'я утворюють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (рис. 1).

Триланковість системи управління охороною здоров'я в Україні є результатом поділу медичної допомоги на первинну, вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) лікувально-профілактичну допомогу. Первинна допомога надається за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Суб'єктами управління для закладів первинної ланки є: у містах – управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; у селах – головний лікар району.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається населенню у спеціалізованих міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях. Суб'єктами управління для закладів вторинної ланки є: головний лікар району – для центральної районної лікарні; відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради – для міських лікарень; управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації – для обласних лікарень.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається у спеціалізованих республіканських лікарнях, диспансерах, санаторіях, клініках при науководослідних інститутах Академії медичних наук України, медичних установах, які є клінічними базами медичних закладів вищої освіти та Інститутів удосконалення лікарів. Суб'єктами управління для закладів третинної ланки є: управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради – для міських лікарень; управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації – для обласних лікарень; Міністерство охорони здоров'я України – для центральних спеціалізованих лікарень, клінік, медичних університетів, академій і інститутів удосконалення лікарів.

Показники діяльності закладів охорони здоров'я в Україні протягом 2010–2019 років мали негативну динаміку за виключенням чисельності амбулаторно-поліклінічних закладів, загальна кількість яких зросла на 17,5%

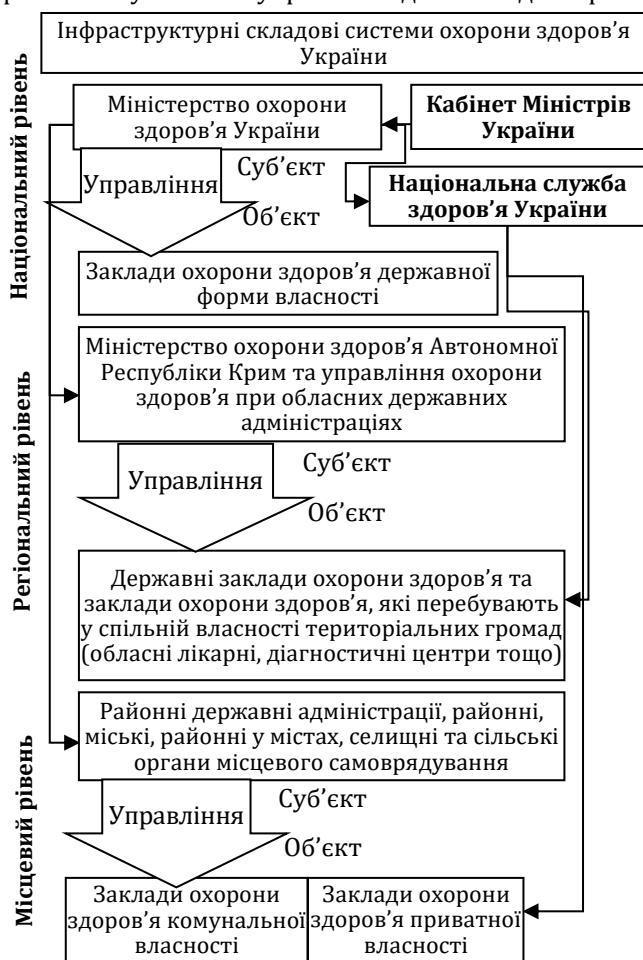


Рис. 1. Інфраструктурні складові системи охорони здоров'я України. Джерело: складено автором

(табл. 1). Найбільшого скорочення за вказаний період зазнали чисельність медичних закладів (-40,6%), число лікарняних ліжок (-31,2%) та чисельність середніх медичних працівників (-29,2%). Найбільш суттєве скорочення зазначених показників відбулося внаслідок тимчасової окупації території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя, територій Донецької та Луганської областей у 2014 році – на 36,5, 22,4 та 20,4% відповідно. Також певне скорочення показників діяльності відбулося у результаті запровадження реформи системи охорони здоров'я.

Таблиця 1. Показники діяльності закладів охорони здоров'я в Україні

Показники	Роки					Відхилення 2019 р. до 2010 р., %
	2010	2015	2017	2018	2019	
Число медичних закладів	2763	1755	1714	1671	1640	-40,6
Число лікарняних ліжок	428675	332686	308736	301576	295107	-31,2
Забезпеченість ліжками на 10000 населення	94,0	78,1	73,1	71,8	70,7	-24,8
Число амбулаторно-поліклінічних закладів	8993	9962	10373	10502	10567	17,5
Чисельність лікарів	224876	186234	186178	185675	184713	-17,9
Забезпеченість лікарями на 10000 населення	49,3	43,7	44,1	44,2	44,3	-10,1
Чисельність середніх медичних працівників	466816	371736	360416	345364	330322	-29,2
Забезпеченість середніми медичними працівниками на 10000 населення	102,4	87,3	85,4	82,3	79,2	-22,7

Джерело: складено за даними [1]

поділу на заклади первинної та вторинної допомоги; невідповідна кваліфікація та незадовільна мотивація дільничних лікарів.

Потреба в оптимізації структури системи охорони здоров'я обумовлена неспроможністю бюджетної системи України фінансувати розгалужену і громіздку медичну інфраструктуру, яка залишалася у спадок від СРСР. Саме певний механізм фінансування є класифікаційною ознакою для поділу систем охорони здоров'я на чотири типи: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель національного медичного страхування і модель «з власної кишені». Класифікація, запропонована експертами ВООЗ, виокремлює три типи систем: державні (системи Беверіджа і Семашка); система, заснована на страхуванні здоров'я (система Бісмарка); недержавна, ринкова або приватна система охорони здоров'я (табл. 2).

Наведені у табл. 2 назви моделей систем охорони здоров'я наразі мають більш теоретичний характер, оскільки кожна країна формує свою індивідуальну систему, яка може поєднувати характеристики різних моделей. При цьому критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я є: обсяг державних гарантій; джерела фінансування медичної галузі; статус замовника і надавача послуг; механізм державного управління охороною здоров'я; інститути захисту прав пацієнтів та надавачів медичних послуг. Відношення прав власності, способи фінансування та механізми стимулювання медичних працівників і споживачів послуг виступають головними економічними характеристиками системи охорони здоров'я [2].

Дві протилежні ідеології функціонування медичної галузі, солідарна і лібертарна, є цілком виправданими і такими, що відповідають очікуванням і потребам споживачів медичних послуг. Провідним принципом солідарної ідеології є забезпечення рівноправного та безкоштовного доступу споживачів до базового набору медичних послуг за рахунок надходження коштів до загального бюджету у формі податків.

В основі лібертарної ідеології лежить трактування медичної послуги як товару, характеристики і ціну якого регулюють основні ринкові механізми – пропозиція і попит, а якість визначається купівельною спроможністю споживачів (ціною страхового полісу).

Між тим слід зауважити, що доволі поширеною тенденцією для багатьох європейських систем охорони здоров'я стає усе більше послаблення щодо втручання держави у процеси забезпечення медичного обслуговування, що обумовлено появою нових соціальних інститутів, які переймають на себе ці функції.

Сучасні системи охорони здоров'я країн з розвинутою економікою характеризуються такими ознаками:

1. Фінансування діяльності медичних закладів за рахунок відрахувань з доходів підприємств, державного бюджету та за рахунок страхових внесків населення.
2. Медична допомога робітникам і членам їхніх родин фінансується лише за рахунок підприємств.
3. Стимулювання конкуренції між надавачами медичних послуг завдяки вільному вибору лікаря та медичного закладу споживачами, що у свою чергу сприяє підвищенню якості медичної допомоги.
4. Наявність розвинутої системи добровільного медичного страхування.

Серед основних напрямів модернізації національних систем охорони здоров'я країн світу можна виокремити міжнародну уніфікацію стандартів надання медичних послуг, розвиток ринкових механізмів

функціонування систем охорони здоров'я, врегулювання обсягів витрат населення на медичне обслуговування. Заходами оптимізації медичного обслуговування при цьому виступають:

1) перепрофілювання закладів охорони здоров'я з лікування на передчасну діагностику та профілактику захворюваності, що в кінцевому підсумку призводить до зниження рівня захворюваності, полегшення протікання хвороби, скорочення видатків на лікування;

2) лікування захворювань на ранніх стадіях, що також сприяє економії обмежених фінансових, матеріальних і людських ресурсів.

Таблиця 2. Характеристики різних моделей систем охорони здоров'я*

Назва моделі	Роль держави	Джерела фінансування	Переваги	Недоліки	Країни, що мають таку модель
Державна модель (системи Беверіджа)	гарантує надання медичної допомоги всім громадянам	– державний бюджет	– доступність медичної допомоги для усіх громадян; – проста технологія фінансування лікувально-профілактичних закладів; – проста система оплати праці медичних працівників	– відсутність чинників ринкового стимулювання; – слабка мотивація до підвищення якості медичних послуг; – необхідність вкладання значних фінансових ресурсів з державного бюджету у розвиток галузі	Велика Британія, Ірландія, Швеція, Фінляндія, Канада, Іспанія
Державна модель (системи Семашка)	централізоване державне управління та контроль	– державний бюджет; – державні фонди постачання матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення	– ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); – доступність медичної допомоги для усіх верств населення	– низькі показники розвитку медичної допомоги; – відсутність мотивації щодо підвищення якості послуг; – низький рівень заробітної плати медичних працівників	країни, що утворилися після розпаду СРСР
Модель, заснована на страхуванні здоров'я (система Бісмарка)	регламентує діяльність державних або приватних страхових компаній	– податки у суспільні фонди; – суспільні фонди медичного страхування; – змішана система фінансування	– принцип солідарної оплати медичної допомоги; – доступність медичної допомоги для усього населення країни	– великий адміністративний апарат; – складна система розрахунків з лікувальними закладами; – високі витрати на утримання страхової інфраструктури	Бельгія, Франція, Німеччина, Японія, Люксембург, Нідерланди
Недержавна, ринкова або приватна модель	законодавче регулювання відносини суб'єктів ринку медичних послуг, реалізація окремих програм, що фінансуються з державного бюджету	– приватні страхові фонди; – внески з приватних джерел; – прямі виплати споживачів медичних послуг; – комбінування вищезазначених джерел	– стимулювання розвитку нових технологій; – інтенсивна діяльність медичних працівників; – підвищення якості надання медичних послуг внаслідок конкуренції; – мобільність ресурсів	– нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; – високі витрати на послуги; – відсутність державного контролю розвитку пріоритетних напрямів охорони здоров'я; – можливість недоброчесної конкуренції між надавачами медичних послуг	США, Індія, Китай, країни Африки та Південної Америки

Джерело: складено автором за [2; 3]

Отже, кожна країна стикається з індивідуальними проблемами при створенні й розбудові системи медичної допомоги. Усі системи мають унікальні характеристики й особливості, поява яких обумовлена необхідністю врахування національного менталітету, проблем зі здоров'ям і рівня життя населення, пріоритетами і спрямуванням соціальної політики держави. Тому переймання навіть прогресивного досвіду є не завжди виправданим.

Модель Семашка, створена у 1918 році, наразі не відповідає сучасним вимогам щодо необхідності застосування високоякісних медичних технологій та не спроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості. Саме це стало основним обґрунтуванням необхідності проведення медичної реформи в Україні. Схвалення Кабінетом Міністрів України наприкінці 2016 року концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я стало відправною точкою для реалізації головного інструменту реформування системи – створення госпітальних округів в Україні.

Відповідно до визначення, наданого у Законі України «Основи законодавства України з охорони здоров'я», госпітальний округ – це «територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [4, с. 3].

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28 лютого 2023 року було затверджено «Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж», в якому спроможна мережа закладів охорони здоров'я визначена як «мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєн-

ного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів» (п. 2) [5].

Законотворцем встановлено таку структуру госпітального округу:

1) межею округу визначено межі Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, на території яких розташовані надкластерні заклади охорони здоров'я:

- одна багатопрофільна лікарня для дорослих;
- одна багатопрофільна лікарня для дітей;
- не більше одного закладу, який виконує функцію головного центру з надання медичної і реабілітаційної допомоги за фтизіопульмонологічним або інфекційним, онкологічним, кардіологічним, психіатричним, перинатальним напрямками;

2) до складу госпітального округу входять госпітальні кластери, які функціонують у межах адміністративних районів областей. Мережу госпітального кластеру складають:

- кластерні заклади охорони здоров'я з розрахунку – один заклад на 120 тис. осіб (у обласних центрах – на 150 тис. осіб) з урахуванням територіальної доступності населення до такого закладу;
- загальні заклади охорони здоров'я, які повинні мати певну фінансову стійкість, забезпечувати доступність до медичної допомоги у радіусі 60 кілометрів та мати найменшу можливу кількість місць надання медичних послуг відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування;
- надавачі первинної медичної допомоги;
- центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад швидкої медичної допомоги (рис. 2).

Пункти постійного базування бригад швидкої медичної допомоги повинні бути розташовані таким чином, щоб відповідати нормативу прибуття на місце події, який становить 20 хвилин з моменту надходження звернення до оперативно-диспетчерської служби (п. 4) [6].

Отже, реформування структури медичних закладів України спрямовано на те, що медична допомога при лікуванні найпростіших захворювань надаватиметься у загальних лікарнях, які розташовані якомога ближче до пацієнта, а у разі виникнення більш складних проблем – у кластерних та надкластерних лікарнях, які зможуть надавати високоспеціалізовані медичні послуги. За оцінками МОЗ України, місце і роль надкластерних, кластерних і загальних лікарень у наданні медичних послуг повинні бути визначені до кінця 2022 року таким чином: у загальних лікарнях розвиватимуться відділення ургентної медичної допомоги, а в кластерних та надкластерних – відділення екстреної медичної допомоги з цілодобовим прийомом [7].

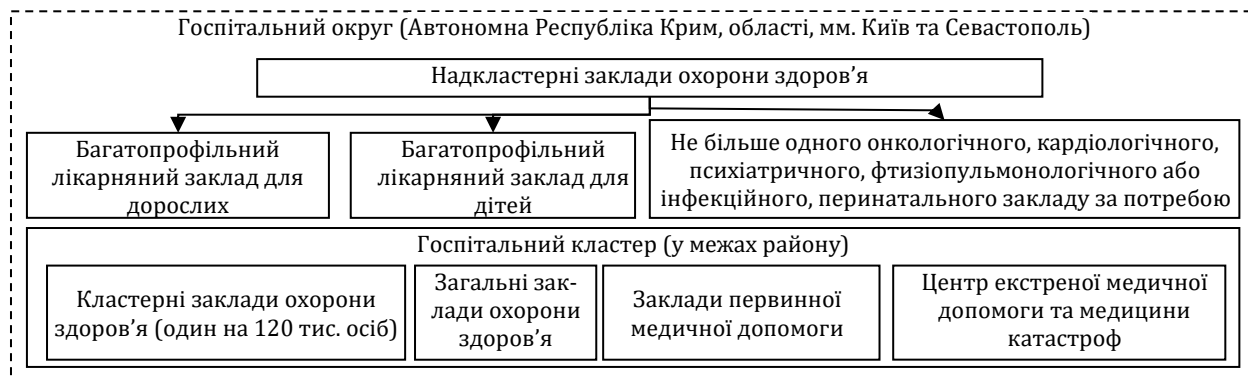


Рис. 2. Структура госпітального округу. Джерело: складено автором за [5]

При цьому необхідно зауважити, що провідною технологією формування ефективної системи медичних закладів повинно бути стратегічне планування на усіх рівнях національної системи охорони здоров'я.

Висновки та перспективи подальших розвідок

Аналіз і характеристика основних показників діяльності системи охорони здоров'я за період 2010–2019 років дозволили підсумувати, що наявна інфраструктура галузі все ще є доволі громіздкою, характеризується домінуванням спеціалізованої і стаціонарної медичної допомоги та нераціональним використанням потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. За основними критеріями, такими як відношення прав власності, способи фінансування, роль держави в управлінні галуззю та механізми стимулювання медичних працівників і споживачів послуг, вітчизняна система охорони здоров'я все ще має ознаки моделі Семашка, яка не відповідає сучасним вимогам щодо необхідності застосування високовартісних медичних технологій та не спроможна забезпечити надання медичних послуг високої якості. Визначено, що головним інструментом реформування національної системи охорони здоров'я є створення госпітальних округів, що дозволить забезпечити надання більш якісних медичних послуг і значно скоротити витрати на утримання медичної інфраструктури в Україні. При цьому провідною технологією формування ефективної системи медичних закладів повинно бути стратегічне планування на усіх рівнях національної системи охорони здоров'я.

Перспективами подальших розвідок у цьому напрямі може бути розроблення концептуальних засад стратегічного планування розвитку медичної галузі загалом і окремих медичних закладів зокрема.

Література

1. Демографічна та соціальна статистика. Охорона здоров'я. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>.
2. Сміянов В.А. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування. Презентація. 2021. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf>.
3. Решота Н. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України. 2020. URL: [https://ingeniusua.org/articles/klyafikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text="](https://ingeniusua.org/articles/klyafikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text=)
4. Основи законодавства України з охорони здоров'я: Закон України № 2801-XII від 19 листопада 1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
5. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова КМУ № 174 від 27 листопада 2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.
6. Про норматив прибуття бригаад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Кабінету Міністрів України № 1271 від 16 грудня 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text>.
7. Як МОЗ і КМУ визначатимуть межі та мережу лікарень госпітальних округів. 2022. URL: <https://dzplatforma.com.ua/news/57506-yak-moz-i-kmu-viznachatimut-mezhi-ta-merezhu-likaren-gospitalnikh-okrugiv>.
8. Гуцалюк О.М., Наволокіна А.С. Оцінка конкурентоспроможності галузі вищої медичної освіти та її закладів в контексті економічної взаємодії. *Ефективна економіка*. 2018. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7085>.
9. Гуцалюк О.М. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України у період реформування. *Вісник економічної науки України*. 2019. № 2 (37). С. 110-114.
10. Hutsaliuk O.M., Navolokina A.S. Research on the economic interaction between the labor market and human resources in the healthcare sector in Ukraine. *Economic innovations*. 2020. Vol. 22. Issue 1 (74). P. 37-51.

References

1. Demografichna ta sotsial'na statystyka. Okhorona zdorov'ia. [Demographic and social statistics. Health care]. Available at: <https://www.ukrstat.gov.ua/>.
2. Smiianov, V.A. (2021). Osnovni modeli system okhorony zdorov'ia ta dzherela ikh finansuvannia. Prezentatsiia. [Basic models of health care systems and sources of their financing. Presentation]. Available at: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf>.
3. Reshota, N. (2020). Klyafikatsiia osnovnykh modelej medychnykh system u sviti ta shliakh Ukrainy. [Classification of the main models of medical systems in the world and the path of Ukraine]. Available at: [https://ingeniusua.org/articles/klyafikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text="](https://ingeniusua.org/articles/klyafikatsiya-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny#:~:text=)
4. Osnovy zakonodavstva Ukrainy z okhorony zdorov'ia: Zakon Ukrainy. (1992). [Fundamentals of Ukrainian legislation on health care: Law of Ukraine]. № 2801-XII dated November 19, 1992. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
5. Deiaki pytannia orhanizatsii spromozhnoi merezhi zakladiv okhorony zdorov'ia: Postanova KMU. (2019). [Some issues of the organization of a capable network of health care institutions: Resolution of the CMU]. № 174 dated November 27, 2019. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.
6. Pro normatyv prybuttia bryhad ekstrenoi (shvydkoi) medychnoi dopomohy na mistse podii: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy. (2020). [On the standard for the arrival of emergency (ambulance) medical aid teams at the scene of the incident: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine]. № 1271 dated December 16, 2020. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text>.
7. Yak MOZ i KMU vyznachatymut' mezhi ta merezhu likaren' hospital'nykh okruhiv. (2022). [How the Ministry of Health and the CMU will determine the boundaries and network of hospitals of hospital districts]. Available at: <https://dzplatforma.com.ua/news/57506-yak-moz-i-kmu-viznachatimut-mezhi-ta-merezhu-likaren-gospitalnikh-okrugiv>.
8. Hutsaliuk, O.M., Navolokina, A.S. (2018). «Evaluation of the competitiveness of the field of higher medical education and its institutions in the context of economic interaction». *Efektivna ekonomika*. № 5. Available at: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7085>.
9. Hutsaliuk, O.M. (2019). «Analysis of the state of human resources in the health care sector of Ukraine during the reform period». *Visnyk ekonomichnoi nauky Ukrainy*. № 2 (37). pp. 110-114.
10. Hutsaliuk, O.M., Navolokina, A.S. (2020). «Research on the economic interaction between the labor market and human resources in the healthcare sector in Ukraine». *Economic innovations*. Vol. 22. Issue 1 (74). pp. 37-51.

Стаття надійшла до редакції 03.08.2024 р.