



УДК 33.021.8:61(477.61)

МЕДИЧНА РЕФОРМА: ВИХІДНІ ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ, ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ЗАСАДИ ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ (НА ПРИКЛАДІ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Наталія Чеботарьова; В'ячеслав Чеботарьов

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»,
Старобільськ, Україна

Резюме. Медична реформа – складне системне не тільки суто фахове, а й соціально-економічне, правове та у цілому – інституціональне явище. Багато у чому, в сучасних умовах медична реформа стає своєрідним барометром соціально-економічної та політичної стабільності України й критеріальною ознакою рівня її розвитку. При цьому медична сфера безпосереднім чином впливає на життєдіяльність кожної родини, кожної людини та кожної адміністративно-територіальної одиниці країни. Однак наразі вітчизняна наука та практика державного регулювання, як правило, поза увагою залишають розгляд взаємозв'язків медичної реформи та реформи місцевого самоврядування. Таке системне фахове, соціально-економічне й інституціональне явище потребує й відповідного системного міждисциплінарного аналізу. Кілька років провадження медичної реформи в Україні вже дають ґносеологічну та емпіричну базу такого аналізу. Автори на основі міждисциплінарного підходу в узагальненому вигляді розкривають інституціональний зміст медичної реформи з виокремленням її логіки – причинно-наслідкової послідовності реалізації. Таку логіку відображає запропонована когнітивна пентаграма: «утворення інституту сімейного лікаря» – «запровадження медичного страхування» – «зв'язок з реформою місцевого самоврядування» – «формування мережі госпітальних округів» – «рівноправ'я державної та приватної медицини», основу якої складає своєрідний трикутник, «вмонтований» в пентаграму (перший, другий та четвертий елементи пентаграми). Закцентовано увагу на необхідності інституціональної, економічної та фахової проєкції виокремлених пентаграми та трикутника на «заклад охорони здоров'я» як визначальну організаційно-галузеву основу надання якісних медичних послуг громадянам, що й має стати узагальнюючим критерієм-виміром медичної реформи. На прикладі Луганської та Донецької областей також розглянуто регіональні особливості проведення медичної реформи у контексті формування госпітальних округів (об'єктивної можливості/неможливості дотримання норм Міністерства охорони здоров'я України щодо визначення параметрів госпітальних округів) та окремі відповідні проблеми, які повстали з урахуванням війни на сході країни.

Ключові слова: медична реформа, інституціоналізм, організаційно-економічні засади, пацієнт, сімейний лікар, госпітальний округ, Луганська область.

https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2021.03.033

Отримано 05.05.2021

UDC 33.021.8:61(477.61)

MEDICAL REFORM: INITIAL INSTITUTIONAL, ORGANIZATIONAL, ECONOMIC PRINCIPLES AND REGIONAL PECULIARITIES OF IMPLEMENTATION (ON THE EXAMPLE OF LUHANSK REGION)

Nataliia Chebotarova; Viacheslav Chebotarov

Luhansk Taras Shevchenko National University, Starobil'sk, Ukraine

Summary. Medical reform is a complex systemic, not only purely professional, but also socio-economic, legal and in general institutional phenomenon. In many respects, under modern conditions, medical reform is

becoming a kind of barometer of socio-economic and political stability of Ukraine and a criterion of its development level. At the same time, the medical sphere directly affects the life of every family, every person and every administrative-territorial unit of the country. However, at present, domestic science and state regulation practice leave out of consideration the relationship between health care and local government reform. Such a systemic professional, socio-economic and institutional phenomenon requires the appropriate systemic interdisciplinary analysis. The last years of medical reform in Ukraine have already provided the epistemological and empirical basis for such analysis. The authors, on the basis of the interdisciplinary approach in the generalized form, reveal the institutional content of medical reform with the separation of its – the cause-effect sequence of implementation. This logic is reflected in the proposed cognitive pentagram: «formation of the family doctor institution» – «introduction of health insurance» – «connection with local government reform» – «formation of the network of hospital districts» – «equality of public and private medicine», based on the peculiar triangle «inbuilt» in the pentagram (the first, second and fourth elements of the pentagram). Emphasis is placed on the need for institutional, economic and professional projection of the selected pentagram and triangle on the “health care institution” as a defining organizational and sectoral basis for providing high quality medical services to citizens, which should be the generalizing criterion for medical reform. The example of Luhansk and Donetsk oblasts also are considered as the regional features of medical reform in the context of hospital districts formation (objective possibility / impossibility of compliance with the norms of the Ukraine Ministry of Health on determining the parameters of hospital districts) and some relevant problems which arose taking into account the war in the east.

Key words: *medical reform, institutionalism, organizational and economic principles, patient, family doctor, hospital district, Luhansk region.*

https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2021.03.033

Received 05.05.2021

Постановка проблеми. Медицина в Україні є однією з найпроблемніших сфер суспільства зі складними організаційно-економічними механізмами забезпечення й функціонування. Її стан безпосереднім чином впливає на життєдіяльність кожної родини і кожної людини, значною мірою визначає загальний рівень економічної, соціальної та політичної стабільності в країні. Більше того, в умовах децентралізації влади й реформи місцевого самоврядування сучасна медична реформа, яка має закласти основи розвитку вітчизняної медицини на довготермінову перспективу, особливою мірою залежить ще й від організації забезпечення медичної допомоги на рівні регіонів – областей, на локальному рівні – рівні територіальних громад. Звідси випливає ще одна складова медичної реформи в Україні – її зв'язок з реформою місцевого самоврядування й децентралізацією фінансів: існує великий ризик, що можливі негаразди здійснення однієї реформи будуть мультиплікуватися в іншій з усіма наступними причинно-зумовленими наслідками.

Тому постає складна міждисциплінарна проблема щодо ідентифікації та розкриття змісту базових інституціональних й організаційно-економічних засад медичної реформи в Україні, яка суттєвою мірою актуалізується в реальних умовах сьогодення Луганської та Донецької областей.

Рівень опрацювання проблеми в науковій літературі. Сама по собі сучасна медична реформа – це складне системне не тільки суто фахове, а й соціально-економічне явище. Тому є цілком закономірним, що у її розробленні у вітчизняній науці виокремлюється кілька напрямів.

Організаційно-економічні та менеджерські питання забезпечення медичної реформи досліджують В. Графський [1], Л. В. Ліштаба [2] та інші. Розкриттю різноманітних аспектів страхування в медичній галузі присвячено праці М. А. Бас-Юрчишин [3], Л. Ф. Волохова [4] та ін. Особливості підготовки фахівців – сімейних лікарів аналізують О. В. Лінчевський [5] та Н. Д. Чала [6]. Перспективи становлення державно-приватного співробітництва в медичній галузі досліджують І. Леган [7], С. Петрик [8]. Проблеми імплементації зарубіжного досвіду у вітчизняній практиці найбільш продуктивно розглядають С. Книш [9] та Т. Ямненко [10].

Примітним позитивним явищем стала поява серії щорічних ґрунтовних емпіричних досліджень аналізу різноманітних аспектів реалізації вітчизняної медичної реформи та їх оцінювання у суспільній свідомості, яка стала можливою за допомоги міжнародних благодійних неурядових організацій: «Індекс здоров'я. Україна» (видається з 2016 р.; останнє на цей час видання оприлюднено за підсумками 2019 р.) [11].

Разом з тим, питання усвідомлення інституціонального змісту медичної реформи, як правило, залишаються поза увагою вітчизняних дослідників. Регіональні аспекти розвитку медичної галузі та взаємозв'язку медичної реформи й реформи місцевого самоврядування, переважно у контексті розгляду інших соціально-економічних проблем, є предметом аналізу досить обмеженого кола наукових праць [12; 13; 14].

Мета статті полягає у розкритті інституціонального змісту медичної реформи з виокремленням причинно-наслідкової логіки її визначальних складових, ідентифікації головних проблем організаційно-економічного забезпечення реформи та регіональних особливостей її реалізації в Луганській та Донецькій областях.

Постановка завдання. Задля досягнення окресленої мети визначено такі завдання: ідентифікувати базові інституціональні основи медичної реформи, визначити причинно-наслідкову логіку її провадження й проаналізувати відповідні організаційно-економічні складові у взаємозв'язку з реформою місцевого самоврядування на підконтрольній Україні території Луганської області.

Зміст мети та завдань дослідження зумовили й вибір методів, які використовуються найбільшою мірою: єдності аналізу та синтезу, єдності логічного та історичного, порівняльного аналізу та графічного методу.

Виклад основного матеріалу. За суттю проголошена в Україні медична реформа містить достатньо повну її характеристику й визначений достатній для початку успішної реалізації розподіл повноважень структурних складових загальної системи охорони здоров'я громадян.

Об'єктивно вихідною базовою складовою реалізації медичної реформи в Україні є створення нового фахового й суспільно-економічного (й у цілому – інституціонального) інституту: інституту сімейного лікаря. Однак само по собі створення такого інституту (у часовому вимірі це переважно 2018 і частково 2019 роки) насправді передбачає запровадження системи заходів, головними з яких є такі.

Перший – сутнісна трансформація на рівні первинної ланки. «Первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, не потребує екстреної медичної допомоги, для надання ... вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я та фізичні особи – підприємці, які отримали відповідну ліцензію в установленому законом порядку. Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі.

Пацієнт має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Первинна медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я та фізичними особами – підприємцями» [15].

Це й має за підсумком втілитися у формування інституту сімейного лікаря (та підвищення соціально-економічного статусу лікаря первинної медицини).

Другий – принципове покращення сервісного обслуговування пацієнтів у медичних закладах (воно має відображати організаційне й фахове забезпечення

«проходження» громадянина-пацієнта від його звернення до закладу охорони здоров'я до завершення надання послуг даним закладом; медичною галуззю в цілому).

Третій – реальне створення однакових «правил гри» для усіх форм власності у медичній галузі на використання державних (публічних) коштів фінансування щодо забезпечення лікування пацієнтів: вперше в історії країни на них можуть претендувати заклади приватної форми власності та ФОПи – фізичні особи підприємці медичної галузі. Це є підґрунтям формування державно-приватного партнерства в медичній галузі.

За підсумком, системне запровадження інституту сімейного лікаря та наступних логічних організаційно-економічних й інституціональних заходів (у їх наведеній сукупності) дійсно в змозі забезпечити втілення в реальне повсякденне життя своєрідного узагальнюючого постулату медичної реформи – «Гроші ходять за пацієнтом».

У даному контексті головною організаційно-економічною перешкодою для нашої країни (як й інших країн колишнього соціалістичного табору) є пристосування до нових умов успадкованої від колишнього СРСР вкрай роздутої лікарняної інфраструктури (це було заплановано на 2017–2020 рр.) Маємо усвідомлювати, що вона стала своєрідним підґрунтям цілої низки інших як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників, котрі є стримуючими у провадженні медичної реформи. За підсумком, за оцінками фахівців-практиків Україна на кілька десятиліть «затрималася» з початком медичної реформи.

З одного боку, Україна – одна з країн світових лідерів за кількістю лікарняних ліжок на 100 тис. населення (станом на 2017 р. було зареєстровано 879 лікарняних ліжок на 100 тис. населення, а в країнах Європейського Союзу цей показник складає, у середньому, – 527,4 на 100 тис. населення). Ще один зріз проблеми: в Україні середній рівень тривалості госпіталізації пацієнта складає 11,8 діб, а в ЄС – лише 8,08 діб. При цьому, Україна має більшу, порівняно з середньою для країн Євросоюзу, кількість лікарів та медичних сестер [11]. Усі ці показники (навіть не торкаючись питань якості надання медичних послуг) свідчать про те, що медичні заклади в Україні фахово є неефективними.

При цьому практично на рівні аксіоми сприймається твердження, що безпосередньо фаховий рівень вітчизняного лікаря (середнього та більш зрілого віку) є ніяк не нижчим за фаховий рівень лікаря країн Євросоюзу. Така аксіома отримала наочне підтвердження у конкретних заходах низки країн (наприклад, Польщі, Чехії, Словаччини, Німеччини) щодо сприяння масовому переїзду лікарів України до Європейського Союзу, запровадженого у 2020 р. на тлі загострення пандемії COVID-19.

Загалом виокремлюються такі головні напрями реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, які безпосереднім чином пов'язуються з регіональним рівнем: перш за все, реформою місцевого самоврядування, децентралізацією влади й децентралізацією фінансів.

Перший – забезпечення необхідних загальних (інфраструктурних) умов роботи медичних фахівців первинної ланки (лікарів і медичних сестер) й обслуговуючого персоналу.

Другий – забезпечення максимально швидкого і найменш хворобливого транспортування пацієнтів до первинного закладу охорони здоров'я.

Третій – економічна автономізація наявних (і створюваних закладів охорони здоров'я) за умов забезпечення щільної фахової взаємодії медичних закладів (насамперед, у вертикалі від закладу швидкої медичної допомоги до закладу первинної медицини та від нього до закладу охорони здоров'я вторинного рівня).

У сучасних умовах з метою організаційно-економічного забезпечення дій за виокремленими напрямами є не просто доцільною, а життєво-необхідною реалізація таких першочергових заходів:

1. створення системи всебічного сприяння закріпленню медичних кадрів у сільських і селищних громадах (перш за все, у частинні підвищеної оплати праці та забезпечення належних соціально-житлових умов медичних працівників);

2. формування ефективно діючої інфраструктури щодо забезпечення доступу громадян-пацієнтів до всього переліку медичних послуг (з урахуванням рівня їх складнощів);

3. забезпечення ресурсного та кадрового потенціалу щодо транспортування пацієнтів до лікарняних закладів (з урахуванням затверджених Міністерством охорони здоров'я норм стосовно відстані до медичного закладу й часових параметрів).

Соціальна й фахова актуальність виокремлених заходів зумовлює потребу їх практично одночасної реалізації, однак основним слід визначити саме перший: сприяння закріпленню медичних кадрів у створених (і створюваних після місцевих виборів 2020 року) сільських і селищних громадах.

Отже, у наочному вигляді інституціональний зміст медичної реформи з виокремленням причинно-наслідкової логіки її визначальних складових можна надати таким чином (рисунок 1).



Рисунок 1. Загальний інституціональний зміст і логіка медичної реформи в Україні

Figure 1. General institutional content and logic of medical reform in Ukraine

Джерело: розроблено авторами.

1. Утворення нового фахового і суспільно-правового (інституціонального) інституту «сімейний лікар».

2. Запровадження ефективно діючого для пацієнта і закладу охорони здоров'я медичного страхування (є сенс розглянути доцільність запровадження саме обов'язкового медичного страхування).

3. Зв'язок медичної реформи з реформою місцевого самоврядування та децентралізацією фінансів (створення територіальних громад і укрупнених районів у контексті нового адміністративно-територіального устрою країни).

4. Створення мережі ефективно функціонуючих госпітальних округів як основи формування єдиного медичного простору країни в цілому.

5. Забезпечення реального рівноправ'я державної та приватної медицини (на всіх рівнях медичної галузі й в усіх її сферах).

Виокремлені п'ять складових формують певне коло (цикл) реалізації медичної реформи в межах певного часового періоду. Перехід від останнього (п'ятого) елемента такого кола «рівноправ'я державної та приватної медицини» до першого елемента наступного кола – «утворення інституту сімейного лікаря» зумовлює входження медичної реформи в її новий етап реалізації (відповідно до нових фахових, економічних й інституціональних умов країни).

Таким чином, медична реформа як така має всі властивості діалектичного розвитку, є діалектичною за своєю суттю, вона у часі та просторі має виокремлений спіралеподібний видний вигляд.

Основою отриманої так званої пентаграми є її перший, другий та четвертий складники. Сама ж пентаграма «ґрунтується» на трикутнику: «сімейний лікар» – «медичне страхування» – «госпітальний округ»).

У контексті визначення загальних передумов щодо переходу в дослідженні проблем і перспектив реалізації медичної реформи від її інституціональних до організаційно-економічних і суто фахових складових вважаємо за необхідне відзначити таке.

Перше. Визначення інституціонального змісту медичної реформи жодним чином не має відволікати від розгляду й вирішення суто фахових питань медичної галузі. Вони ж, за підсумком, об'єктивно проєкціюються на заклад охорони здоров'я. Тому точкою тяжіння (змістовним умовним центром наведеної пентаграми, як і трикутника), є саме «заклад охорони здоров'я», що й відображено на рис.1.

На жаль, аналіз перебігу подій реалізації медичної реформи в Україні (і «навколо» реформи) дає підстави для великого побоювання: за чисельними розмовами про реформу взагалі, дуже часто – суто декларативними, які ще й мають суттєвий підтекст політичної приналежності осіб, котрі ведуть такі розмови й змінюють один одного, все більше усувається розгляд фахових й організаційно-економічних питань функціонування самого закладу охорони здоров'я.

Існує загроза, що медична реформа, як свідчить реальна практика реалізації в Україні інших реформ, буде «забалакана».

Друге. З погляду організаційно-економічного забезпечення реалізації медичної реформи розгляд сукупності її питань об'єктивно переводиться в площину створення госпітальних округів (на жаль, є підстави відзначити, що проблематиці створення госпітальних округів не приділяється належної уваги ані фахівцями галузі – її організаторами на рівні регіонів, ані представниками органів державної влади та місцевого самоврядування).

За задумом, госпітальний округ – це своєрідний інструмент для фахового співробітництва громад у його межах. При цьому формування мережі округів затверджує уряд країни: обласні державні адміністрації мають виходити з критеріїв визначення госпітальних округів. Якщо спочатку [16] передбачалося, що на території округу має проживати 120 тис. населення, то пізніше цей показник було збільшено до 200 тис. Другим формальним критерієм встановлюється така норма: «Зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, що не повинно перевищувати 60 хвилин, та повинна бути

еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям» [16].

Після визначення госпітальних округів (насамперед, їх меж) у співпраці з органами місцевої влади за всіх недоліків все ж розпочалася їх фактична розбудова. У 2017 р. місцевим радам кожного округу (районним, міським, міст обласного підпорядкування й ОТГ) було запропоновано створити своєрідну платформу для координації відповідних рішень – Госпітальну раду. Саме тут починаються складні питання, пов'язані з вибудовуванням вертикалі влади: після виборів Президента України у 2019 р. було сформовано в новому складі обласні державні організації, які почали «під себе» формувати й певну вертикаль управління медичною галуззю на рівні областей. Місцеві вибори у 2020 р. й створення об'єднаних територіальних громад (особливо у районних центрах, які стали «столицями» укрупнених районів) призвели до додаткових стримуючих чинників щодо реалізації медичної реформи.

На підконтрольних Україні територіях Луганської області в остаточному варіанті було прийнято рішення щодо створення трьох госпітальних округів: Северодонецького, Лисичанського та Північного. Їх узагальнену характеристику за встановленими формальними критеріями наведено в таблиці 1.

Слід відзначити, що наразі найпроблемнішим є Північний госпітальний округ Луганщини. Його центром визначено місто Старобільськ, до якого відстань, наприклад, з окремих населених пунктів Міловського та Троїцького району складає понад 120–130 км. Беручи до уваги вкрай жахливий стан доріг на території практично всіх восьми районів Північного госпітального округу, дотримання норм МОН України щодо транспортування пацієнта до Старобільська з віддалених населених пунктів округу навіть за ідеальних кліматичних умов є неможливим й за 2–3 години. Подібно щодо часового терміну транспортування пацієнтів може виникати й у гірських місцевостях західної України.

Таблиця 1. Узагальнена характеристика госпітальних округів Луганської області

Table 1. Generalized characteristics of hospital districts in Luhansk region

Назва округів	Склад госпітального округу	Кількість населення на 1.01.2021 р., осіб [17]	Площа, км ² [18]
Северодонецький	м. Северодонецьк, м. Рубіжне, Кремінський, Новоайдарський, Станично-Луганський райони	289357	5138,86
Лисичанський	м. Лисичанськ, Попаснянський район	181494	1420,64
Північний	Біловодський, Білокуракінський, Старобільський, Марківський, Міловський, Новопсковський, Сватівський, Троїцький райони	195456	11713

Наявність такої великої кількості районів, які б було об'єднано в один госпітальний округ як у Північному окрузі Луганської області, в Україні небагато (на противагу: у Донецькій області, наприклад, один з шести госпітальних округів сформовано в межах одного району: Бахмутський госпітальний округ з населенням трохи більше 100 тис. громадян і площею території 1748 км²).

Стосовно Північного госпітального округу у контексті реформи місцевого самоврядування чинником, який не буде сприяючим є й те, що його вісім зазначених районів будуть входити до різних запланованих укрупнених районів (колишні Біловодський, Старобільський, Новопсковський, Марківський та Міловський райони –

до Старобільського укрупненого району, а Сватівський, Троїцький і Білокуракінський – до Сватівського).

Є підстави вважати цілком вірогідними у майбутньому різноманітні судові позови, певним підґрунтям яких стануть і такі аспекти реформи місцевого самоврядування (у цьому є прояв зв'язку медичної реформи не тільки з реформою місцевого самоврядування, а ще й з юриспруденцією – правом, що також є свідченням інституціонального змісту медичної реформи в Україні).

Залишаються організаційно-економічні проблеми в Сєверодонецькому госпітальному окрузі з включенням до Новоайдарського району частини Слов'яносербського району, інша частина якого залишилася на тимчасово окупованій території Луганщини.

Слід визнати й таке: у багатьох випадках у Луганській і Донецькій областях негаразди реалізації медичної реформи (як часто й в інших соціально-економічних сферах) штучно «пояснюються» війною на Донбасі (спочатку – проведенням АТО, а потім – ООС). Безумовно, війна впливає на всі сфери життя Луганщини та Донеччини, але часто це лише привід приховати непрофесіоналізм, а інколи й інші негативні прояви, насамперед – корупційні дії.

Отже, медична реформа в Україні в сучасних умовах містить ще й ідеологічну, політичну та ментальну складові, що підтверджує необхідність усвідомлення її системного інституціонального змісту.

Висновки. Медична реформа як складне діалектичне міждисциплінарне явище (сукупність явищ і процесів) потребує відповідного системного підходу щодо її практичної реалізації. Є достатні теоретико-методологічні й науково-практичні підстави стверджувати, що невід'ємною передумовою успішної реалізації медичної реформи в Україні є усвідомлення її інституціонального змісту. У принциповому розумінні необхідними й достатніми складовими (елементами) інституціональному змісту медичної реформи є: «утворення інституту сімейного лікаря», «запровадження медичного страхування», «зв'язок з реформою місцевого самоврядування», «формування мережі госпітальних округів», «рівноправ'я державної та приватної медицини». В організаційно-економічному забезпеченні успішної реалізації медичної реформи першочерговими завданнями (у тому числі, й першочерговими завданнями подальшого опрацювання досліджуваної проблематики) є відповідне забезпечення фахового функціонування закладів охорони здоров'я та формування мережі госпітальних округів.

Conclusions. Medical reform as a complex dialectical interdisciplinary phenomenon (a set of phenomena and processes) requires the appropriate systematic approach to its practical implementation. There are sufficient theoretical-methodological and scientific-practical foundations to claim that the awareness of its institutional content is an integral prerequisite for the successful implementation of medical reform in Ukraine. In the essential vision, «establishment of the family doctor institution», «introduction of health insurance», «connection with local government reform», «formation of hospital districts network», «equality of public and private medicine» are the necessary and sufficient components (elements) of the institutional content of medical reform. In the organizational and economic support of the successful medical reform implementation, the priority tasks (including first of all the tasks of further elaboration of the investigated problem) are the appropriate supply of professional functioning of health care institutions and formation of hospital districts network.

Список використаної літератури

1. Графський В., Коркунова О. Медична реформа як чинник контролю використання бюджетних коштів України. Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності. 2019. С. 11–14.
2. Ліштаба Л. В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. Східна Європа: економіка, бізнес та управління. 2017. Вип. 1 (06). С. 23–19.

3. Бас-Юрчишин М. А. SWOT-аналіз ринку медичного страхування в Україні. *Young Scientist*. 2015. № 2 (17). С. 923–927.
4. Волохова Л. Ф., Остапенко Д. О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. Науково-практичний збірник «Фінансові послуги». 2017. № 1. С. 39.
5. Лінчевський О. В., Черненко В. М., П'ятницький Ю. С., Булах І. Є. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах. Матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ, «Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні». Медична освіта. 2017. № 3. С. 6–9. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2017.3.7753>
6. Чала Н. Д. Зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. Науковий вісник ІФНТУНГ. Серія: Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості. 2016. № 1(13). С. 84–87.
7. Леган І., Крикун О. Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 192–197. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.192
8. Петрик С. Аналіз передумов розвитку державно-приватного партнерства як інструменту вдосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Галицький економічний вісник. 2020. Том 64. № 3. С. 198–209. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.198
9. Книш С. Удосконалення публічного управління в сфері охорони здоров'я у Україні: аналіз реформи і європерспективи. Актуальні проблеми правознавства. 2019. Випуск 1 (17). С. 54–59. DOI: <https://doi.org/10.35774/app2019.01.054>
10. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник*. 2018. № 2 (47). С. 116–120.
11. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. 103 с.
12. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. Молодий вчений. 2017. № 11 (51). С. 1156–1158.
13. Зубарева О. Медична реформа в Україні: оцінки українців та досвід регіонального дослідження. ГРАНІ. 2019. Т. 22. № 4. С. 54–63.
14. Колосов А., Глінковська-Краузе Б., Чеботарьов Є., Савченко О., Чеботарьов В. Формування спроможності сільських та селищних об'єднаних територіальних громад в Україні: використання досвіду Польщі. *Agricultural and Resource Economics: International Scientific E-Journal*. Том 6. № 4. С. 118–143. URL: <https://are-journal.com/index.php/are/article/view/367>. DOI: <https://doi.org/10.51599/are.2020.06.04.07>
15. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.92 р. № 2802-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
16. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249582611>.
17. Головне управління статистики в Луганській області. URL: http://lg.ukrstat.gov.ua/sinf/demograf/chisl12_2020.php.htm.
18. Геоортал адміністративно-територіального устрою України. URL: <https://atu.gki.com.ua/ua/karta#map=7//48.96955338118993//39.03311147700004&&layer=8906587201596708-1,100//7376316114267884-1,100&&action=info-7376316114267884,49>.

References

1. Hrafskiy V., Korkunova O. Medychna reforma yak chynnyk kontroliu vykorystannia biudzhetykh koshtiv Ukrainy. *Suchasni tendentsii rozvytku industrii hostynnosti*. 2019. P. 11–14. [In Ukrainian].
2. Lishtaba L. V. Suchasnyi stan ta osoblyvosti finansuvannia sfery okhorony zdorovia v Ukraini. *Skhidna Yevropa: ekonomika, biznes ta upravlinnia*. 2017. No. 1 (06). P. 23–19. [In Ukrainian].
3. Bas-Yurchyshyn M. A. SWOT-analiz rynku medychnoho strakhuvannia v Ukraini. *Young Scientist*. 2015. No. 2 (17). P. 923–927. [In Ukrainian].
4. Volokhova L. F., Ostapenko D. O. Medychne strakhuvannia ta yoho rozvytok v Ukraini. *Finansovi posluhy* 2017. № 1. P. 39. [In Ukrainian].
5. Linchevskiy O. V., Chernenko V. M., Piatnytskyi Yu. S., Bulakh I. Ye. Shliakhy reformuvannia systemy vyshchoi medychnoi osvity v Ukraini v suchasnykh umovakh. *Materialy XIV Vseukrainskoi naukovopraktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu, prysviachenoi 60-ricchiiu TDMU, "Suchasni pidkhody do vyshchoi medychnoi osvity v Ukraini"*. *Medychna osvita*. 2017. No. 3. P. 6–9. [In Ukrainian]. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2017.3.7753>
6. Chala N. D. Zminy mekhanizmiv finansuvannia zakladiv okhorony zdorovia v umovakh reformuvannia haluzi. *Naukovyi visnyk IFNTUNH. Serii: Ekonomika ta upravlinnia v naftovii i hazovii promyslovosti*. 2016. No. 1 (13). P. 84–87. [In Ukrainian].

7. Lehan I., Krykun O. Rynok pryvatnoi medytsyny Ukrainy: osoblyvosti rehuliuвання ta napriamy rozvytku. Private medicine market of Ukraine: features of regulation and directions of development. Galician economic journal. 2020. Vol. 64. No. 3. P. 192–197. [In Ukrainian]. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.192
8. Petryk S. Analiz peredumov rozvytku derzhavno-pryvatnoho partnerstva yak instrumentu vdoskonalennia derzhavnoi polityky v sferi okhorony zdorovia. Analysis of the prerequisites for public-private partnership development as a tool for public health policy improvement. Galician economic journal. 2020. Vol. 64. No. 3. P. 198–209. [In Ukrainian]. DOI: https://doi.org/10.33108/galicianvisnyk_tntu2020.03.198
9. Knysh S. Udoskonalennia publichnoho upravlinnia v sferi okhorony zdorovia v Ukraini: analiz reformy i yevroperspektyvy. Aktualni problemy pravoznavstva. 2019. No. 1 (17). P. 54–59. [In Ukrainian]. DOI: <https://doi.org/10.35774/app2019.01.054>
10. Iamnenko T. M. Medychna reforma: realii Ukrainy ta mizhnarodnyi dosvid. Yurydychnyi visnyk. 2018. No. 2 (47). P. 116–120. [In Ukrainian].
11. Indeks zdorovia. Ukraina – 2019: Rezultaty zahalnonatsionalnoho doslidzhennia. Kyiv, 2020. 103 p. [In Ukrainian].
12. Zakhidna O. R., Mydlyk Yu. I. Medychna reforma v umovakh detsentralizatsii vlady v Ukraini. Young Scientist. 2017. No. 11 (51). P. 1156–1158. [In Ukrainian].
13. Zubarieva O. Medychna reforma v Ukraini: otsinky ukrainsiv ta dosvid rehionalnoho doslidzhennia. HRANI. 2019. Vol. 22. No. 4. P. 54–63. [In Ukrainian].
14. Kolosov A., Glinkowska-Krauze B., Chebotarov I., Savchenko O. and Chebotarov V. (2020) “Forming the capability of rural and settlement united territorial communities in Ukraine: using the experience of Poland”, *Agricultural and Resource Economics: International Scientific E-Journal*. 6 (4). P. 118–143. doi: 10.51599/are.2020.06.04.07. URL: <https://are-journal.com/are/article/view/367/264> (accessed 03.03.2021). [In Ukrainian]. DOI: <https://doi.org/10.51599/are.2020.06.04.07>
15. Zakon Ukrainy “Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia” vid 19.11.92 r. № 2802-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (accessed 03.03.2021). [In Ukrainian].
16. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy “Pro zatverdzhennia Poriadku stvorennia hospitalnykh okruhiv” vid 30 lystopada 2016 r. № 932. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249582611> (accessed 03.03.2021). [In Ukrainian].
17. Holovne upravliannia statystyky v Luhanskii oblasti. URL: http://lg.ukrstat.gov.ua/sinf/demograf/chisl12_2020.php.htm (accessed 24.02.2021).
18. Neoportala administratyvno-terytorialnoho ustroiu Ukrainy. URL: <https://atu.gki.com.ua/ua/karta#map=7/48.96955338118993/39.03311147700004&&layer=890658720> (accessed 24.02.2021).