

О. І. Тулай

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЕРЖАВНОГО ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

У статті висвітлено сучасний стан і перспективи державного фінансування охорони здоров'я в контексті ідеології стійкого людського розвитку. З'ясовано, що якість медичних послуг безпосередньо впливає на ефективність використання бюджетних коштів. Доведено, що відсутність взаємозв'язку заробітної плати медичних працівників і обсягу та якості наданих ними послуг негативно позначається на функціонуванні галузі загалом. Проаналізовано рівень державного фінансування охорони здоров'я в європейських країнах і в Україні та зроблено висновок, що в нашій країні він є низьким. Тому оптимізація фінансування охорони здоров'я в напрямі його скорочення може призвести до погіршення якості медичних послуг. Наведено принципи державної фінансової підтримки галузі, реалізація котрих передбачає взаємодію держави та суб'єктів господарювання приватної форми власності й громадського сектору. Розглянуто переваги державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я та сформульовано умови його продуктивності. Показано вигоди, які дає таке партнерство в зазначеній сфері людині, приватному сектору й державі. Наголошено, що запровадженню в Україні європейської моделі охорони здоров'я сприятиме громадянське суспільство. Виокремлено види його інститутів, котрі можуть функціонувати в цій сфері. Особливу увагу приділено європейському досвіду державної фінансової підтримки подібних інститутів. Підкреслено, що процес модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я залежить від об'єднання таких двох вливових сил, як реформа згори, котра проводиться державою, та реформа знизу, що здійснюється зусиллями самих громадян у напрямі поліпшення медичних послуг і підвищення якості життя загалом.

Ключові слова: державне фінансування охорони здоров'я, стійкий людський розвиток, якість медичних послуг, державно-приватне партнерство, інститути громадянського суспільства.

Табл. 3. Літ. 20.

О. И. Тулай

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

В статье освещено современное состояние и перспективы государственного финансирования здравоохранения в контексте идеологии устойчивого человеческого развития. Выяснено, что качество медицинских услуг непосредственно влияет на эффективность использования бюджетных средств. Доказано, что отсутствие взаимосвязи заработной платы медицинских работников и объема и качества предоставляемых ими услуг негативно сказывается на функционировании отрасли в целом. Проанализирован уровень государственного финансирования здравоохранения в европейских странах и в Украине и сделан вывод, что в нашей стране он низкий. Поэтому оптимизация финансирования здравоохранения в направлении его сокращения может привести к ухудшению качества медицинских услуг. Представлены принципы государственной финансовой поддержки отрасли, реализация которых предполагает взаимодействие государства с субъектами хозяйствования частной формы собственности и общественным сектором. Рассмотрены преимущества государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, и сформулированы условия его продуктивности. Показаны выгоды, которые дает такое партнерство в данной сфере человеку, частному сектору и государству. Отмечено, что внедрению в Украине европейской модели здравоохранения будет способствовать гражданское общество. Выделены виды его институтов, кото-

© Тулай О. І., 2016

рые могут работать в этой сфере. Особое внимание уделено европейскому опыту государственной финансовой поддержки подобных институтов. Подчеркнуто, что процесс модернизации отечественной системы здравоохранения зависит от объединения таких двух влиятельных сил, как реформа сверху, проводимая государством, и реформа снизу, осуществляемая усилиями самих граждан в направлении улучшения медицинских услуг и повышения качества жизни в целом.

Ключевые слова: государственное финансирование здравоохранения, устойчивое человеческое развитие, качество медицинских услуг, государственно-частное партнерство, институты гражданского общества.

Oksana Tulai

PROBLEMS AND PROSPECTS OF GOVERNMENT FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

The article discusses the current state and prospects of the government funding of health care in the context of sustainable human development ideology. It is found that the quality of health care has a direct impact on the efficiency of using budget funds. The author proves that a disconnect between health workers' wages and the range and quality of their services affects the operations of the health care sector in general. The article analyses the level of the government funding of health care in both European countries and Ukraine and, as a result, it is concluded that in our country this level is low. Therefore, any further cuts in health care funding can lead to the deterioration of medical service quality. The article outlines the principles of government financial support for this sector. The implementation of such principles envisages the cooperation of the government with private entities and the public sector. Advantages of public and private partnership in the healthcare sector are discussed and the conditions of its effectiveness are formulated. The author also presents the benefits offered by public and private partnership in the field of health care to the people, the private sector, and the government. It is emphasized that the civil society will help form the European model of health care in Ukraine. The article identifies types of civil society institutions that can operate in this field. Particular attention is paid to European experience of government financial support to civil society institutions operating in the health care sector. The author stresses that the process of upgrading the national health care system depends on the consolidation of two powerful forces, such as top-down reform undertaken by the government and bottom-up reform pursued by citizens in their efforts to improve both health care and the quality of life in general.

Keywords: government funding of health care, sustainable human development, medical service quality, public and private partnership, civil society institutions.

JEL classification: H50, H51, I15, I18.

Зміцнення здоров'я та збільшення тривалості життя людини є важливими компонентами стійкого людського розвитку, що залежать від спадковості, індивідуальної поведінки, соціуму, добробуту й охорони здоров'я. Саме поняття стійкого людського розвитку увійшло в науковий обіг порівняно недавно. Розглядаючи його з позиції фінансової науки, ми розуміємо під ним процес забезпечення людей можливістю вибору щодо зміцнення свого здоров'я, здобуття певних знань і вдосконалення професійних рис, екологічних умов життя; справедливого розподілу ресурсів та надання допомоги незахищеним верствам населення; формування соціальної відповідальності перед майбутніми поколіннями за допомогою фінансового потенціалу держави. Цим підкреслюється, що вже не економічна цінність людини як фактора виробництва приводить до суспільного добробуту, а її саморозвиток шляхом розширення можливостей вибору завдяки збільшенню тривалості життя, підвищенню освіти й доходу.

Дослідженню проблем охорони здоров'я та фінансових аспектів функціонування цієї галузі присвячено праці таких вітчизняних науковців, як Н. Гойда, В. Вороненко, Л. Крячкова, Н. Курділь, В. Лехан, Н. Медведовська, К. Павлюк, Т. Семигіна, О. Скрипник, Г. Слабкий, В. Сміянов, О. Степанова, М. Шевченко, В. Шевчук [1—9] та ін. Водночас надзвичайно актуальним є питання державного фінансування охорони здоров'я, що виступає ключовим показником рівня розвитку людського потенціалу та якості життя в Україні.

З огляду на зазначене, метою статті є моніторинг сучасного стану й перспектив державного фінансування охорони здоров'я в контексті ідеології стійкого людського розвитку.

Україні необхідна така система охорони здоров'я, котра забезпечуватиме якісними послугами кожного громадянина, незалежно від його віку, статі, соціального статусу чи місця проживання. Державні фінансові ресурси в такій системі повинні функціонувати з максимальною ефективністю задля задоволення потреб людей у профілактичних, діагностичних чи лікувальних заходах, які не тягнутимуть за собою невинуватих витрат і відповідатимуть світовим інноваційним тенденціям.

У травні 2011 р. 64-а сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я [10] закликала країни, що є членами ВООЗ, у т. ч. Україну¹, до таких дій:

— забезпечити розвиток національних систем охорони здоров'я, щоб вони дали змогу уникнути суттєвих безпосередніх виплат на момент надання медичних послуг та передбачали відповідний метод попередньої сплати фінансових внесків на цілі охорони здоров'я й послуги, а також відповідний механізм об'єднання ризиків серед населення з метою уникнення катастрофічних видатків і зубожіння окремих осіб у результаті звернення по необхідну медичну допомогу;

— прагнути до прийняттого за вартістю загального охоплення та надання доступу всім громадянам на принципах рівності й солідарності задля забезпечення адекватного набору медико-санітарної допомоги та послуг і ступеня відшкодування витрат, а також усебічних та порівняно дешевих профілактичних заходів шляхом справедливого й стабільного складання бюджетів фінансових ресурсів;

— і надалі інвестувати кошти та зміцнювати системи надання медичних послуг, особливо первинної медико-санітарної допомоги, й адекватні кадрові ресурси для охорони здоров'я та систем медико-санітарної інформації з метою забезпечення однакового доступу до них усім громадянам.

На жаль, у низці держав, зокрема в Україні, багато людей не можуть отримати необхідні медичні послуги. З огляду на це, ми погоджуємося з В. Лехан

¹ Україна входить до складу ВООЗ із 1948 р., а з 1992 р. бере активну участь у її діяльності.

і Л. Крячковою, що обсяги та джерела фінансування охорони здоров'я є ключовими чинниками здоров'я й добробуту людей, тому завдання мобілізації ресурсів із метою забезпечення громадянам справедливого доступу до основних медичних послуг і втручань потребує невідкладного розв'язання [2, с. 58].

Міжнародними й вітчизняними експертами розроблена Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років [11], котра є складовою Національного плану дій з реформування, проголошеного Указом Президента України “Про Стратегію сталого розвитку “Україна-2020”” від 12.01.2015 № 5/2015 та Урядом України (у Програмі діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної Ради України від 11.12.2014 № 26-VIII). У Стратегії зазначається, що майбутня національна система охорони здоров'я повинна будуватися на трьох основних принципах (табл. 1).

Разом із тим зазначимо, що нинішня широкомасштабна реформа охорони здоров'я є наслідком не так кризи (котра зазвичай призводить до підвищення захворюваності, цін на товари й послуги медичного призначення тощо), як накопичених за тривалий час проблем. В умовах обмеженості фінансових ресурсів варто зосередити увагу не на кількості медичних послуг, а на їх якості, котра здебільшого є низькою, що звужує можливості впливу на стан здоров'я населення та призводить до марнотратства й без того обмежених коштів системи [3, с. 10]. До слова, у світовій практиці охорони здоров'я велике значення надається саме якості медичних послуг. Вона характеризується сукупністю

Таблиця 1. Принципи побудови системи охорони здоров'я в Україні

Принцип	Характеристика
Орієнтованість на людей	Система охорони здоров'я повинна дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); забезпечувати головним чином якість і безпеку послуг, їх здатність адаптуватися до мінливих вимог та викликів. Оскільки вона складається із соціальних інституцій, чия робота залежить від відносин між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників та ін., її процвітання можливе тільки за умови створення атмосфери довіри, діалогу й взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність діяльності визначається відносинами між ними
Орієнтованість на результат	Результативність допомоги (профілактичних програм), фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів мають обумовлювати прийняття рішень на всіх рівнях. Система повинна сприяти проведенню регулярної оцінки результатів будь-якої діяльності, котра має бути підставою для поліпшення роботи. Реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг, доцільно пропонувати лише в тому разі, якщо вони справді призведуть до кращих результатів або зменшення витрат на надання послуг такої самої якості
Орієнтованість на втілення	Чудова ідея є лише половиною шляху. Потрібно провести підготовчу роботу, втілити ідею в життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі й механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я повинні бути ефективними, знижувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг

Джерело: складено за: Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.

ознак, котрі підтверджують відповідність наданої послуги потребам пацієнта, сучасному рівню науки й технологій.

В Україні якість медичної допомоги оцінюється переважно за допомогою кількісних показників, розроблених Державною службою статистики, та індикаторів діяльності медичних закладів, що відображають обсяги наданої допомоги, таких як захворюваність, інвалідність, смертність, план виконання ліжко-днів, річний план зайнятості ліжка, оборот ліжка та ін. Тобто найбільша увага приділяється контролю тимчасової і стійкої втрати працездатності. При цьому стимулювання медичних працівників до поліпшення якості роботи має не економічний, а переважно моральний характер [8, с. 106]. Це є ще одним надзвичайно важливим і болісним питанням сьогодення. Мотивація медичних працівників, що беруть участь у наданні медичних послуг, залишається на дуже низькому рівні. Відсутність прив'язки їхньої заробітної плати до обсягу та якості наданих послуг негативно позначається й на стані здоров'я населення, й на ефективності функціонування галузі загалом.

Дієвою є така система охорони здоров'я, котра забезпечує вчасне та адресне надання якісних послуг. На підставі аналізу залежності динаміки стану здоров'я дорослого населення від мережі й кадрового забезпечення вітчизняних закладів охорони здоров'я Н. Медведовська дійшла висновку, що загалом мережа та кадрове забезпечення цих закладів не мають визначального впливу на стан здоров'я дорослого населення в розрізі регіонів, тобто наявна мережа закладів галузі не зорієнтована на попит населення певного регіону на медичну допомогу (не залежить від потреби в такій допомозі) й тим більше не може швидко реагувати на його зміни в динаміці [4, с. 59]. Тому можна припустити, що оптимізація мережі охорони здоров'я сприятиме зменшенню витрат на утримання медичних закладів, що дасть змогу спрямувати зекономлені кошти на придбання сучасного медичного обладнання.

Завдяки ефективній системі фінансування охорони здоров'я розвинуті європейські країни досягли високих показників якості та очікуваної тривалості життя людей. Важливою кількісною характеристикою системи фінансування конкретної країни є співвідношення державних витрат на охорону здоров'я й загальних витрат на галузь (табл. 2).

Як бачимо, в Україні найнижчий рівень державного фінансування охорони здоров'я серед наведених країн. Загалом витатки на цю галузь у нашій державі здійснюються з бюджетів різного рівня (табл. 3).

Новим елементом фінансування сфери охорони здоров'я та міжбюджетних відносин в Україні є передбачена в Бюджетному кодексі медична субвенція. За рахунок останньої здійснюються витатки на охорону здоров'я бюджетів міст республіканського АР Крим і обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад, бюджету АР Крим та обласних бюджетів. Ця субвенція може спрямовуватися на реалізацію заходів

Таблиця 2. Державні видатки на охорону здоров'я в європейських країнах у 2005—2013 рр., % від загальних витрат на галузь

Країна	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Середнє значення
Австрія	75,3	75,7	75,8	76,3	76,2	74,7	75,3	75,6	75,7	75,6
Бельгія	74,0	72,9	72,5	74,6	75,7	75,0	75,7	75,2	75,8	74,6
Греція	60,1	62,0	60,3	59,9	68,4	66,6	67,4	67,1	69,5	64,6
Данія	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	85,1	85,3	85,8	85,4	85,0
Ізраїль	59,3	61,5	59,9	60,6	61,3	61,8	60,8	59,8	59,1	60,4
Італія	77,9	78,2	78,3	78,9	78,9	78,9	77,1	77,3	78,0	78,2
Литва	67,8	69,5	73,0	72,4	72,8	70,8	69,2	65,3	66,6	69,6
Люксембург	84,9	85,1	86,7	88,5	86,6	85,9	85,3	83,5	83,7	85,6
Нідерланди	64,7	78,3	78,2	78,9	79,6	79,4	79,5	79,6	79,8	77,6
Німеччина	76,6	76,4	76,4	76,4	76,8	76,7	76,5	76,7	76,8	76,6
Норвегія	83,5	83,8	84,1	84,4	84,6	84,7	84,8	85,0	85,5	84,5
Польща	69,3	69,9	70,4	71,8	71,6	71,2	70,3	69,2	69,6	70,4
Румунія	80,8	79,8	82,2	82,0	78,9	80,3	79,2	80,3	79,7	80,4
Угорщина	70,0	69,8	67,3	67,0	65,7	64,8	65,0	63,6	63,6	66,3
Україна	59,5	60,8	61,8	57,7	55,0	56,6	55,7	55,4	54,5	57,4
Франція	78,0	77,6	77,7	77,3	77,5	77,5	77,3	77,4	77,5	77,5
Хорватія	86,0	86,1	87,0	84,9	85,7	85,7	78,6	80,1	80,0	83,8
Чехія	87,3	86,7	85,2	82,5	83,7	83,8	84,2	84,0	83,3	84,5
Швейцарія	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2	65,4	65,8	66,0	63,4
Швеція	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	81,5	81,7	81,3	81,5	81,4

Джерело: складено за даними офіційного веб-сайту Всесвітньої організації охорони здоров'я (<http://www.who.int/>).

Таблиця 3. Бюджетні видатки на охорону здоров'я в Україні у 2001—2014 рр., млрд грн

Рік	Державний бюджет	Місцеві бюджети	Зведений бюджет
2001	1,3	5,2	6,5
2002	1,6	5,9	7,5
2003	2,4	7,4	9,8
2004	3,4	8,7	12,1
2005	3,5	12,0	15,5
2006	4,0	15,6	19,6
2007	6,3	20,4	26,7
2008	7,4	26,2	33,6
2009	7,5	29,0	36,5
2010	8,8	36,0	44,8
2011	10,2	41,9	52,1
2012	11,4	47,1	58,5
2013	12,9	48,7	61,6
2014	10,6	46,6	57,2

Джерело: складено за даними офіційного веб-сайту Державної казначейської служби України (<http://treasury.gov.ua/>).

із оптимізації мережі закладів охорони здоров'я. Обсяги медичної субвенції затверджуються в законі про Державний бюджет України окремо для бюджету АР Крим, обласних і районних бюджетів, міських (міст Києва й Севастополя, міст республіканського АР Крим та обласного значення) бюджетів і бюджетів об'єднаних територіальних громад.

Розподіл медичної субвенції здійснюється між відповідними бюджетами на основі формули, яка розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, затверджується Кабінетом Міністрів України та має враховувати, зокрема, такі параметри: чисельність населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці; коригувальні коефіцієнти, обчислені з огляду на відмінності у вартості надання медичної допомоги; особливості її надання в гірських населених пунктах. При цьому у складі цієї субвенції передбачається резерв коштів у обсязі щонайбільше 1 % її загального обсягу для здійснення видатків, котрі не могли бути враховані при застосуванні формули.

Уперше медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам (у розмірі 46 466,1 млн грн) була передбачена Законом України "Про Державний бюджет України на 2015 рік" [12]. Надзвичайно важливим є те, що залишки коштів за медичною субвенцією на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів та можуть використовуватися в наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції, у т. ч. на оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Утім, запровадження медичної субвенції може мати й негативні наслідки. Наприклад, цілком імовірно, що громадяни можуть бути повністю позбавлені свого права участі у формуванні бюджету охорони здоров'я, оскільки рішення щодо обсягу необхідних ресурсів ухвалюється на урядовому рівні. Таким чином постає питання доцільності процесу бюджетної децентралізації загалом.

Окрім того, Бюджетним кодексом України передбачено субвенцію на забезпечення медичних заходів окремих державних програм і комплексних заходів програмного характеру. Вона застосовується для реалізації державних програм та комплексних заходів у сфері охорони здоров'я за напрямками, визначеними Кабінетом Міністрів України. Її обсяги затверджуються в законі про Державний бюджет України окремо для бюджету АР Крим, обласних бюджетів, міських (міст Києва й Севастополя) бюджетів.

Субвенція на забезпечення медичних заходів окремих державних програм і комплексних заходів програмного характеру розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, яка розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, затверджується Кабінетом Міністрів України та має враховувати чисельність хворих і населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці. Перевагою цієї субвенції також є те, що

залишки коштів за нею на кінець бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів та можуть використовуватися в наступному бюджетному періоді з урахуванням її цільового призначення.

Разом із тим наразі в системі охорони здоров'я України не вдається досягти оптимального співвідношення витрат і результату. При цьому щорічне збільшення видатків протягом 2001—2013 рр. не поліпшило ситуацію. Скорочення таких видатків у 2014 р. пов'язане з анексією АР Крим та військовими діями в окремих районах Луганської й Донецької областей, що призвело до призупинення фінансування на цих територіях (див. табл. 3). Оскільки різке зменшення видатків на охорону здоров'я може спричинити погіршення якості медичних послуг, треба знайти нові способи підвищення ефективності галузі, щоб забезпечити оптимізацію витрат за рахунок не погіршення якості послуг для населення, а структурної реорганізації системи, що передбачає пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги та зміну методів фінансування загалом.

У документі ВООЗ “Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття” зазначено, що медична галузь:

- за останніх 30 років відійшла від свого вузькоспеціалізованого становища та орієнтації у своїй діяльності та інвестиціях на надання медико-санітарних послуг, і тепер є потужною складовою економіки;

- належить до найбільших у світі галузей, котрі стрімко розвиваються: в більшості країн із високим рівнем доходів на неї припадає понад 10 % ВВП та майже 10 % усього працюючого населення;

- охоплює широке коло комерційних секторів, служб, виробників і постачальників, які функціонують на різних рівнях — від місцевого до глобального;

- завдяки неухильному зростанню виступала стабілізуючим фактором у багатьох країнах під час недавнього економічного спаду, хоча обсяг її продукції та ефективність виробництва явно потребують максимального збільшення [13].

Таким чином, сучасна інноваційна модель розвитку охорони здоров'я повинна передбачати єдність медичної науки, розбудову системи безперервної профільної освіти, впровадження сучасних методів діагностики й лікування захворювань, міжнародне партнерство з провідними країнами та науковими центрами, охорону інтелектуальної власності, розвиток державно-приватного партнерства, створення цільових міжвідомчих медичних наукових програм [9, с. 46]. При формуванні засад стійкого людського розвитку суб'єкти господарювання приватної форми власності можуть виступати не лише інвесторами інфраструктури, а й співорганізаторами надання послуг охорони здоров'я за умови збереження та підвищення якості медичних послуг, котрі надаються за рахунок державних коштів.

З огляду на зазначене, державне замовлення у сфері охорони здоров'я, що здійснюється на договірних засадах між замовником і акредитованим

постачальником медичних послуг, повинне включати гарантований державою рівень безоплатної медичної допомоги; національні програми, призначені для екстраординарних випадків (масові захворювання, екологічні катастрофи тощо), реалізація яких передбачає фінансування окремою статтею з державного бюджету; цільові державні програми, спрямовані на розв'язання завдань медичної науки й освіти, наприклад з онкології, цукрового діабету, профілактики артеріальної гіпертензії [7, с. 180].

На наш погляд, в Україні зростає значущість формування системи партнерства як конструктивного механізму взаємодії органів державної влади, приватного капіталу та громадського сектору задля вирішення проблемних питань у сфері охорони здоров'я. На думку К. Павлюк і О. Степанової, продумане впровадження державно-приватного партнерства в національну систему охорони здоров'я допоможе уникнути, з одного боку, недоліків прямого державного регулювання, а з другого — так званих провалів ринку [5, с. 45]. Важливими перевагами такого партнерства також є ефективна розбудова державних закладів охорони здоров'я; підвищення якості медичних послуг, що надаються такими закладами, до рівня розвинутих європейських країн; альтернатива щодо закупівлі медичного обладнання для державних закладів та можливість вибору постачальника не лише за ціновим критерієм; реалізація масштабних інфраструктурних проектів у галузі; стимулювання підприємницького мислення в розпорядників бюджетних коштів зазначеної сфери; усунення корупційної складової.

Науковці розглядають багато механізмів взаємодії бізнесу й держави у сфері охорони здоров'я. Проте для результативної інтеграції інтересів цих сторін і пацієнтів потрібно створити відповідні умови, а саме: сформувати нормативно-правову базу, адаптовану до норм ЄС, що передбачає формування взаємовигідних відносин; забезпечити ефективне управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я; підібрати кваліфікований кадровий склад та створити привабливе середовище для працівників; придбати сучасне, високотехнологічне обладнання для діагностики, лікування й профілактики захворювань; задовольнити потреби пацієнтів шляхом підвищення якості та розширення спектра медичних послуг. При цьому, щоб зацікавити приватного інвестора, держава як домінуючий суб'єкт повинна взяти на себе частину ризиків.

Проаналізувати ефективність реалізації проекту державно-приватного партнерства та виявити при цьому можливі ризики допоможуть такі основні кроки:

- 1) обґрунтування соціально-економічних і екологічних наслідків подібної співпраці;
- 2) порівняння ключових показників реалізації проекту (рентабельності, рівня витрат, якості послуг тощо) із залученням приватного партнера та без нього;

3) виявлення ймовірних ризиків такого партнерства, їх оцінювання та визначення форми управління ними, а також реалізації партнерства [1, с. 106].

Зазвичай ризики залежать від того, який сектор виступає ініціатором проекту — державний чи приватний. Коли проект ініціює державний сектор, то він може зустрітися з низкою ризиків, а саме: вибору об'єкта, не привабливого для приватного інвестора, або невдалої моделі для розрахунку з ним; недооцінки фінансових зобов'язань; неефективного використання бюджетних коштів. У разі ініціативи з боку приватного сектора, він може постати перед такими ризиками: відмови від співпраці, обмеження конкуренції, завищеної вартості проекту, хибної оцінки попиту.

З огляду на зазначене, назвемо переваги для кожної людини, приватного сектору та держави від подібного партнерства. Зокрема, людина як основний вигодонабувач отримує медичні послуги на належному рівні й оптимальне співвідношення їхніх ціни та якості. Приватний сектор матиме нагоду розширити свої можливості для стабільного бізнесу на довгострокову перспективу і знизити фінансові ризики за рахунок участі держави в цьому процесі. Остання одержить сучасну інфраструктуру, зменшить свої витрати на утримання й експлуатацію об'єктів охорони здоров'я та розділить ризики, пов'язані з реалізацією проекту, із приватним партнером.

Загалом політика охорони здоров'я має віднайти баланс між приписами міжнародних інституцій та вітчизняними умовами їх втілення, керованими змінами й суспільною самоорганізацією. Тому актуалізується питання посилення інституційної спроможності місцевих громад в Україні, залучення недержавних об'єднань і волонтерів до програм сприяння здоров'ю, формування особистої відповідальності людини за здоров'я як частини суспільної культури [6, с. 36].

В умовах децентралізації влади та зростання ролі місцевих громад їх члени, незалежно від рівня доходу, повинні брати активну участь у розв'язанні проблем фінансового забезпечення медичної галузі. У демократичних країнах світу правове регулювання спрямоване на підтримку громадянського суспільства, а становлення й розвиток останнього в позадержавній сфері суспільних відносин не означає його ізольованості від державно-правових інститутів, навпаки, допускає або передбачає сталий та інтенсивний взаємозв'язок із державою [14]. Таким чином, громадська активність сприятиме формуванню в Україні європейської моделі охорони здоров'я. Адже держава й суспільство існують у процесі безупинної взаємодії, взаємовпливу та взаємопроникнення, характер і вектор синергетики яких великою мірою залежать від рівня розвитку громадянського суспільства та його інститутів [15, с. 40].

Згідно з Порядком сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2008 № 976 [16], поняття інституту громадянського суспільства охоплює громадські об'єднання, професійні спілки та їх

об'єднання, творчі спілки, організації роботодавців і їх об'єднання, благодійні й релігійні організації, органи самоорганізації населення, недержавні засоби масової інформації та інші непідприємницькі товариства й установи, легалізовані відповідно до законодавства. У цьому контексті виокремимо декілька видів таких інститутів, що можуть функціонувати у сфері охорони здоров'я. Це об'єднання, по-перше, пацієнтів та їхніх сімей, що намагаються забезпечити собі доступні та якісні медичні послуги, захистити свої права, боротися з корупцією; по-друге, працівників системи охорони здоров'я, котрі відстоюють власні права й інтереси, у т. ч. щодо підвищення кваліфікації та професійно-етичної культури; по-третє, відповідальних і свідомих громадян, які не мають стосунку до попередніх двох видів, проте беруть участь у захисті прав пацієнтів щодо отримання медичних послуг, контролі якості медичних послуг та витрачання бюджетних ресурсів охорони здоров'я, забезпеченні публічного звітування й прозорості процесів розподілу та управління такими ресурсами тощо.

У розвинутих європейських країнах функціонують різні інститути громадянського суспільства: між ними й державою встановлюються тісні взаємовідносини, зокрема у сфері охорони здоров'я. Наприклад, у Данії, де при прийнятті рішень у цій сфері традиційно проводиться медична експертиза, останнім часом збільшується вплив пацієнтів і на місці надання послуг, і на політичному рівні. Уряд країни заохочує громадян до активної участі в заходах щодо охорони здоров'я, таких як *конференції для досягнення консенсусу*, на котрих “непрофесіонали” зустрічаються, щоб почути погляди експертів і політиків на певне питання та дійти згоди; *опитування користувача*, що проводяться органами центральної й регіональної влади та результати яких використовуються в процесі управління послугами, а також для складання середньострокових планів системи охорони здоров'я; *ради користувачів*, котрі утворюються з метою отримання вхідних даних стосовно якості послуг, моніторингу розгляду скарг і висвітлення проблем користувачів для конкретних інституцій (приміром, госпіталів) або послуг (наприклад, психіатрична допомога); *вибір пацієнтів*, що являє собою механізм забезпечення зворотного зв'язку щодо загальної якості державної системи охорони здоров'я та відображення переваг користувачів; *спеціально спроектовані листування, письмові коментарі й публічні слухання*, які застосовуються для розроблення чотирирічних планів країни в цій сфері. Базуючись на давній традиції відкритого доступу, датські міністри планують відкриті засідання, котрі може відвідати кожен громадянин і заявити про свої проблеми. Подібну політику проводять парламентські комітети. Консультації на парламентському рівні доповнюються попередніми обговореннями, що влаштовуються відповідальними міністерствами під час розроблення законопроектів [17].

У таких європейських країнах, як Бельгія, Болгарія, Данія, Німеччина, Польща, Румунія, Словаччина, Угорщина, Франція, Хорватія, Чехія, Швеція,

неурядові організації, які займаються суспільно корисною діяльністю, одержують фінансову підтримку від держави переважно у формі експлуатаційних (прямих) і проектних субсидій (грантів). Перші покликані сприяти функціонуванню організації загалом та можуть надаватися відповідним профільним міністерством щорічно в обсязі, пропорційному масштабам її діяльності й витрат. Здебільшого організація має право на одноразову державну фінансову допомогу. Експлуатаційні субсидії найчастіше використовуються для фінансування інституцій сфери охорони здоров'я. У ряді європейських країн такі субсидії надаються організаціям, зазначеним у центральному чи місцевому бюджеті. Зокрема, в Болгарії прямі субсидії доступні конкретним інституціям, переліченим у законі про річний державний бюджет. При цьому всі організації національного рівня, що представляють людей із обмеженими можливостями (Спілка сліпих, Спілка глухих тощо), відбираються за допомогою механізму, прописаного у відповідному законі; а решта — на підставі спеціальних законів (на зразок Червоного Хреста).

Гранти використовуються для фінансування конкретних проектів неурядової організації, націлених на досягнення суспільно корисної мети. Грошові витрати за грантом повинні бути здійснені згідно з проектом та зазвичай визначаються в запропонованому організації бюджеті. Такі субсидії надаються через центральні державні установи, міністерства тощо. Спонсорами, як правило, виступають самі міністерства й аналогічні державні установи, а також органи місцевого самоврядування. Водночас органи державної влади та місцевого самоврядування не висувають конкретних вимог до діяльності неурядових інституцій. Вони лише визначають загальну мету, а кожна організація сама обирає способи її досягнення. Таким чином держава дає можливість неурядовим інституціям пропонувати власні інноваційні ідеї й послуги. Гранти базуються на проектах, тому надаються на короткий термін. Хоча вони не є найефективнішою формою підтримки згаданих організацій, за їх допомогою легше здійснювати управління. Приміром, у Чехії гранти надаються на основі стратегічного документа про державну політику щодо фінансової підтримки неурядових організацій. Щороку уряд видає декрет, котрий визначає основні сфери потенційних проектів та містить короткий опис очікуваних результатів. Якщо співпраця між організацією й відповідним міністерством плідна, є можливість продовжити грант ще на один рік [18; 19].

Запроваджуючи нові підходи до державної політики охорони здоров'я, інститути громадянського суспільства в окремих випадках можуть швидше й ефективніше розв'язувати проблеми в окресленій сфері, ніж органи державної влади та місцевого самоврядування. Тому держава, зі свого боку, має надавати бюджетні кошти для цих потреб. У свою чергу, громадяни, що беруть участь у такому фінансуванні шляхом сплати податків та інших обов'язкових

платежів, повинні отримувати достовірну й детальну інформацію про те, які саме організації та на яких умовах одержали кошти з бюджету.

Підсумовуючи викладене, варто підкреслити, що здоров'я посідає особливе місце в системі найважливіших цінностей, оскільки впливає на всі аспекти життєдіяльності людини. Його стан визначає фізичну, розумову й психічну здатність особи до праці та різноманітних видів соціальної діяльності. Довге і здорове життя відкриває великі можливості для розвитку особистості [20, с. 42, 43]. Залишковий принцип фінансування цієї галузі не виправдав себе в умовах формування засад стійкого людського розвитку. Саме тому пріоритетним напрямом державної політики в соціальній сфері є побудова ефективної системи охорони здоров'я. Наразі досягненню цієї мети перешкоджають насамперед дефіцитне фінансування; тіньова оплата медичних послуг; відсутність у суб'єктів господарювання, заснованих на приватній власності, стимулів до інвестування державних і комунальних медичних закладів.

Довготривале нераціональне використання коштів у цій сфері призвело до перманентного зростання загальнодержавних витрат на охорону здоров'я; низької якості медичних послуг; невідповідності застосовуваних технологій рівню розвитку світової науки; відсутності мотивації медичних працівників щодо надання якісних послуг тощо. Утім, держава, котра цінує здоров'я громадян, має спрямовувати інвестиції на створення високоякісної системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину. Підвалинами такої системи повинні бути: ефективне фінансування, належний стан та впорядковане матеріально-технічне забезпечення (якісні лікарські засоби й сучасні технології) медичних закладів. Очевидно, що ключовими принципами державної фінансової підтримки зазначеної системи мають виступати:

- забезпечення закладів системи достатнім обсягом фінансових ресурсів;
- чітке розмежування джерел фінансування кожного виду медичної діяльності таких закладів;
- виокремлення двох складових у системі оплати праці медичних працівників: базової (встановлюється згідно з Єдиною тарифною сіткою) та додаткової (за обсяг і якість наданої медичної допомоги);
- відповідальність органів державної влади й місцевого самоврядування за своєчасне та повне фінансування медичних закладів;
- забезпечення фінансової зацікавленості суб'єктів господарювання приватної форми власності в розвитку системи охорони здоров'я;
- здійснення громадського контролю використання бюджетних коштів у цій системі на загальнонаціональному й місцевому рівнях.

Нові можливості для стабільної та ефективної розбудови системи охорони здоров'я відкриває державна фінансова підтримка інститутів громадянського суспільства. Тобто вдосконалення такої системи в Україні великою мірою залежить від об'єднання потужних сил — реформи згори, яка проводиться

державою, та реформи знизу, котра здійснюється зусиллями самих громадян у напрямі поліпшення медичних послуг та якості їхнього життя загалом. При цьому інститути громадянського суспільства повинні виступати партнерами держави в розв'язанні проблем зазначеної галузі, й така співпраця потребує подальшого вивчення та опрацювання.

Список використаних джерел

1. *Гойда Н. Г.* Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь, В. В. Вороненко // Запорозький медичний журнал. — 2013. — № 5. — С. 104—108.
2. *Лехан В. М.* Інтегральна оцінка результатів діяльності системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, А. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 2. — С. 53—65.
3. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 1. — С. 5—23.
4. *Медведовська Н. В.* Оцінка залежності динаміки стану здоров'я населення від мережі закладів охорони здоров'я / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. — 2010. — № 4. — С. 55—59.
5. *Павлюк К. В.* Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К. В. Павлюк, О. В. Степанова // Фінанси України. — 2011. — № 2. — С. 43—45.
6. *Семигіна Т. В.* Нова парадигма охорони здоров'я – виклик для України чи можливість для політичної модернізації? / Т. В. Семигіна // Магістеріум. Політичні студії. — 2014. — Вип. 58. — С. 34—38.
7. *Скрипник О. А.* Структурно-функціональна перебудова як інструмент удосконалення системи державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні / О. А. Скрипник // Держава та регіони. Серія : державне управління. — 2013. — № 1. — С. 179—182.
8. *Сміянов В. А.* Аналіз існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. — 2014. — № 3. — С. 102—108.
9. *Шевчук В. В.* Еволюція поняття “інновація” у контексті модернізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / В. В. Шевчук // Наукові праці Чорноморського державного університету ім. Петра Могили комплексу “Києво-Могилянська академія”. Серія : державне управління. — 2013. — Т. 226. — Вип. 214. — С. 44—49.
10. Структури устійчивого фінансування здравоохранения и всеобщий охват : пункт 13.4 повестки дня шестидесятой четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-ru.pdf.
11. Національна стратегія реформування охорони здоров'я в Україні на період 2015—2020 років [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.
12. Про Державний бюджет України на 2015 рік : закон України від 28.12.2014 № 80-VIII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80-19>.
13. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегии для XXI века / ВООЗ, Европейское регион. бюро [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf.
14. *Бальцій Ю.* Громадянське суспільство в Україні в умовах розбудови правової демократичної державності / Ю. Бальцій [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.cvk.gov.ua/visnyk/pdf/2008_1/visnik_st_11.pdf.
15. *Костючков С. К.* Громадянське суспільство і держава: політико-правові та соціальні аспекти взаємодії / С. К. Костючков // Наукові праці Чорноморського державного університету ім. Петра Могили комплексу “Києво-Могилянська академія”. Серія : політологія. — 2012. — Т. 182. — Вип. 170. — С. 38—40.

16. Порядок сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2008 № 976 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/976-2008-п>.

17. Взаємодія державної влади з громадянським суспільством / неурядовими організаціями. Інформація, консультація та активна участь / Нац. агентство України з питань державної служби [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.volyn-cppk.com.ua/admin/spaw/uploads/files/vzaemodia_DV_Z_GS.pdf.

18. Усаченко Л. М. Зарубіжний досвід неурядових організацій: функціональні моделі / Л. М. Усаченко. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10ulmofm.pdf>.

19. Европейские практики государственной поддержки неправительственных организаций / Европ. центр некоммерч. права. — 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.lawtrend.org/wp-content/uploads/2014/05/Evropejskie-Praktiki-Gosudarstvennoj-Podderzhki-Npravitelstvennyh-Organizatsij.pdf>.

20. Кондратюк Ю. Ф. Дослідження чинників впливу на продуктивність праці у людському аспекті / Ю. Ф. Кондратюк // Збірник наукових праць Вінницького національного аграрного університету. Серія : економічні науки. — 2013. — № 1. — С. 39—50.

References

1. Hojda, N. H., Kurdil', N. V., Voronenko, V. V. (2013). Normaty`vno-pravove zabezpechennya derzhavno-pry`vatnoho partnerstva v oxoroni zdorov'ya Ukrayiny` [Regulatory support public-private partnerships in healthcare Ukraine]. *Zaporozhsky`j medy`cynsky`j zhurnal* [Zaporozhye Medical Journal], 5, 104–108 [in Ukrainian].

2. Lexan, V. M., Kryachkova, L. V. (2010). Intehral`na ocinka rezul'tativ diyal`nosti sy`stemy` oxorony` zdorov'ya [Integral evaluation of health system]. *Ukrayina. Zdorov'ya nacyi* [Ukraine. Health of the nation], 2, 53–65 [in Ukrainian].

3. Lexan, V. M., Slabky`j, H. O., Shevchenko, M. V. (2010). Stratehiya rozvy`tku sy`stemy` oxorony` zdorov'ya: ukrayins`ky`j vy`mir [The development strategy of the health system: Ukrainian Dimension]. *Ukrayina. Zdorov'ya nacyi* [Ukraine. Health of the nation], 2, 5–23 [in Ukrainian].

4. Medvedovs`ka N. V. (2010). Ocinka zalezhnosti dy`namiky` stanu zdorov'ya naselennya vid merezhi zakladiv oxorony` zdorov'ya [Assessment depending dynamics of health status on the network of health facilities]. *Ukrayina. Zdorov'ya nacyi* [Ukraine. Health of the nation], 4, 55–59 [in Ukrainian].

5. Pavlyuk, K. V., Stepanova, O. V. (2011). Rozvy`tok derzhavno-pry`vatnoho partnerstva u sferi oxorony` zdorov'ya [The development of public-private partnerships in the health sector]. *Finansy` Ukrayiny`* [Finance of Ukraine], 2, 43–45 [in Ukrainian].

6. Semy`hina, T. V. (2014). Nova parady`hma oxorony` zdorov'ya – vy`kly`k dlya Ukrayiny` chy` mozhly`vist` dlya polity`chnoyi modernizaciyi? [The new paradigm of health care - a challenge for Ukraine or opportunity for political modernization?]. *Mahisterium. Polity`chni studiyi* [Magisterium. Political studios], 58, 34–38 [in Ukrainian].

7. Skry`pny`k, O. A. (2013). Strukturno-funkcional`na perebudova yak instrument udoskonalennya sy`stemy` derzhavnogo upravlinnya u sferi oxorony` zdorov'ya v Ukrayini [Structural and functional restructuring as a tool for improving the system of government in health care in Ukraine]. *Derzhava ta rehiony`* [State and Regions], 1, 179–182 [in Ukrainian].

8. Smiyarov, V. A. (2014). Analiz isnuyuchoyi sy`stemy` kontrolyu yakosti medy`chnoyi dopomohy` v zakladax oxorony` zdorov'ya Sums`koyi oblasti [Analysis of the existing quality control system of care in health care institutions Sumy region]. *Ukrayina. Zdorov'ya nacyi* [Ukraine. Health of the nation], 3, 102–108 [in Ukrainian].

9. Shevchuk, V. V. (2013). Evolyuciya ponyattya "innovaciya" u konteksti modernizaciyi derzhavnogo rehulyuvannya rozvy`tku sy`stemy` oxorony` zdorov'ya [The evolution of the concept of "innovation" in the context of the modernization of state regulation of the health care system]. *Naukovi praci Chornomors`koho derzhavnogo universy`tetu im. Petra Mohy`ly`*

kompleksu "Ky`yevno-Mohy`lyans`ka akademiya" [Proceedings of the Black Sea State University. Peter Graves complex "Kyiv-Mohyla Academy"], 214, 44–49 [in Ukrainian].

10. *Struktury` ustojchivogo finansirovaniya zdravooxraneniya i vseobshnij oxvat* [Sustainable health financing structures and universal coverage]. Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-ru.pdf [in Russian].

11. *Nacional`na stratehiya reformuvannya oxorony` zdorov`ya v Ukrayini na period 2015—2020 rokiv* [National strategy for health care reform in Ukraine for the period 2015—2020 years]. (n. d.). Retrieved from http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf [in Ukrainian].

12. Verkhovna Rada of Ukraine. (2014). *Pro Derzhavny`j byudzhnet Ukrayiny` na 2015 rik* [On State Budget of Ukraine for 2015] (Low № 80-VIII, December 28). Retrieved from <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/80-19> [in Ukrainian].

13. *Zdorov`e-2020: osnovy` evropejskoj politiki i strategiya dlya XXI veka* [Health 2020: foundations of European policy and strategy for the XXI century]. (n. d.). VOOZ, *Yevropejs`ke rehional`ne byuro* [WHO European region. bureau]. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf [in Russian].

14. Bal`cij, Yu. (n. d.). *Hromadyans`ke suspil`stvo v Ukrayini v umovax rozbudovy` pravovoyi demokratsy`chnoyi derzhavnosti* [Civil society in Ukraine in terms of building a legal democratic state]. Retrieved from http://www.cvk.gov.ua/visnyk/pdf/2008_1/visnik_st_11.pdf [in Ukrainian].

15. Kostyuchkov, S. K. (2012). *Hromadyans`ke suspil`stvo i derzhava: polity`ko-pravovi ta social`ni aspekty` vzayemodiyi* [Civil society and the state, political, legal and social aspects of interaction]. *Naukovi praci Chornomors`koho derzhavnoho universy`tetu im. Petra Mohy`ly` kompleksu "Ky`yevno-Mohy`lyans`ka akademiya"* [Proceedings of the Black Sea State University. Peter Graves complex "Kyiv-Mohyla Academy"], 170, 38–40 [in Ukrainian].

16. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2008). *Poryadok spry`yannya provedennyu hromads`koyi eksperty`zy` diyal`nosti orhaniv vy`konavchoyi vlady`* [Procedure for the promotion of civic expertise of the executive] (Decree № 976, November 5). Retrieved from <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/976-2008-п> [in Ukrainian].

17. *Vzayemodiya derzhavnoyi vlady` z hromadyans`ky`m suspil`stvom / neuryadovy`my` orhanizacijamy`*. *Informaciya, konsul`taciya ta akty`vna uchast`* [Interaction between government and civil society / NGOs. Information, consultation and active participation]. *Nacional`ne ahentstvo Ukrayiny` z py`tan` derzhavnoyi sluzhby`* [National Agency of Ukraine on Civil Service]. Retrieved from http://www.volyn-cppk.com.ua/admin/spaw/uploads/files/vzaemodia_DV_Z_GS.pdf [in Ukrainian].

18. Usachenko, L. M. (n. d.). *Zarubizhny`j dosvid neuryadovy`x orhanizacij: funkcional`ni modeli* [Foreign experience of NGOs: functional models]. Retrieved from <http://academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10ulmofm.pdf> [in Ukrainian].

19. *Evropejskie praktiki gosudarstvennoj podderzhki nepravitel`stvenny`x organizacij* [European practice of State Support to NGOs]. *Evropejskij centr nekommerchesskogo prava* [The European Centre for Non-Profit Law]. Retrieved from <http://www.lawtrend.org/wp-content/uploads/2014/05/Evropejskie-Praktiki-Gosudarstvennoj-Podderzhki-Nepравitelstvennyh-Organizatsij.pdf> [in Russian].

20. Kondratyuk, Yu. F. (2013). *Doslidzhennya chy`nny`kiv vply`vu na produkty`vnist` praci u lyuds`komu aspekti* [Study of factors affecting the productivity of the human aspect]. *Zbirny`k naukovy`x prac` Vinny`c`koho nacional`noho ahrarnoho universy`tetu* [Scientific works of Vinnytsia National Agrarian University], 1, 39–50 [in Ukrainian].