

К.е.н., доцент О.В. Михайловська  
студентка А.І. Михайловська,  
Національний університет «Чернігівська політехніка», Україна  
nurse A.Zapata-Buide,  
Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres, España

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Сьогодення вимагає все більшого привернення уваги до проблем здоров'я людей у будь-якій державі світу. Виклики, що стоять перед людством в першу чергу пов'язані з медичним забезпеченням. У різних країнах існують різні проблеми в медичній сфері та фактори, що до них призводять. Зазначене спонукає до пошуку ефективних шляхів розв'язання проблемних питань не лише на макрорівні, а й на мікро, оскільки саме первинна ланка має величезний вплив на взаємодію у системі «лікар-пацієнт», що є запорукою результативного впровадження належного медичного забезпечення.

Сьогодні в Україні працює близько 10 тисяч профільних лікарів сімейної медицини. Щоб реформа запрацювала, Україна потребує понад 30 тисяч спеціально підготовлених сімейних лікарів. Щорічно медичні університети закінчують 12 тисяч осіб з відповідним сертифікатом, з них залишаються працювати у вітчизняній медицині лише близько 3,5 тисячі, а це 10% від необхідної кількості.

Крім цього, недоліки раніше діючої в Україні системи виявлялися в тому, що: 1) вона поділялася на дорослі і дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії; 2) відсутній поділ на служби первинної і вторинної лікувально-профілактичної допомоги; 3) терапевтичне і педіатричне кваліфікації дільничних лікарів не дозволяли на належному професійному рівні вирішувати всі проблеми

первинного медичного обслуговування населення; 4) пацієнти мали можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно, без направлення дільничного лікаря; 5) праця дільничних лікарів оплачувалася за твердими ставками і не залежала від обсягу їх роботи, що призводило до того, що лікарі не були зацікавлені в пацієнтах [1].

Верховна Рада України проголосувала за Закон 2168 - VIII "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [2], а вже з січня 2018 року Міністерство охорони здоров'я розпочало впровадження змін в охороні здоров'я.

30 березня 2018 року, була створена Національна служба здоров'я України - центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медреформи «гроші йдуть за пацієнтом» - оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Цей механізм поступово заміняючи неефективну радянську модель оплати ліжка-місць. Національна кампанія з вибору сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів стартувала в квітні 2018 року. Вперше українці змогли вільно обирати лікаря, без прив'язки до місця реєстрації. Якщо всупереч рішення лікаря первинної ланки, пацієнт звернеться до профільного фахівця самостійно, він повинен самостійно сплатити його послуги.

Медичні заклади, які уклали договір з Нацслужбою здоров'я, отримали фінансову свободу та можуть самостійно розпоряджатися своїм бюджетом. Зазначене обов'язково призведе до посилення вимог щодо компетенції лікарів. Будь-яка людина буде самостійно обирати лікаря ґрунтуючись в першу чергу на його професійності. Держава буде платити за послуги не тільки державним і комунальним, а й приватним медичним установам.

У 2019 році сімейні лікарі, терапевти і педіатри переходять на електронний документообіг: електронні медична картка пацієнта, рецепти на «Доступні ліки», направлення до вузьких спеціалістів, лікарняні листи. До кінця 2019 року сімейні лікарі працюватимуть без паперу. Також завдяки цій

системі пацієнти можуть відслідковувати наявність у конкретних лікарнях і аптеках ліків.

Наступний етап після реформи первинної ланки розпочався з другої половини 2019 року - програма «Безкоштовна діагностика». За направленням сімейного лікаря, терапевта і педіатра пацієнти зможуть проходити такі обстеження як рентген, УЗД, мамографія, ехокардіографія серця та інші безоплатно у будь-якому медзакладі, який уклав договір з Нацслужбою здоров'я. Таким чином, на нову модель фінансування почнуть переходити поліклініки, які є закладами спеціалізованої амбулаторної допомоги [3, 4].

Відзначимо про те, що в Україні будь-які спроби реформування медичної системи визивають невдоволення у лікарів, адже на даному етапі ссистема їх влаштовує. Зазначене пояснюється небажанням або невмінням керівників застосовувати ефективні методи управління змінами, яких у світі розроблено безліч, що підтверджує також відсутність відповідних навичок на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я.

На сьогодні в Україні ключові ролі в системі охорони здоров'я розподілені наступним чином (рисунок 1) [5].

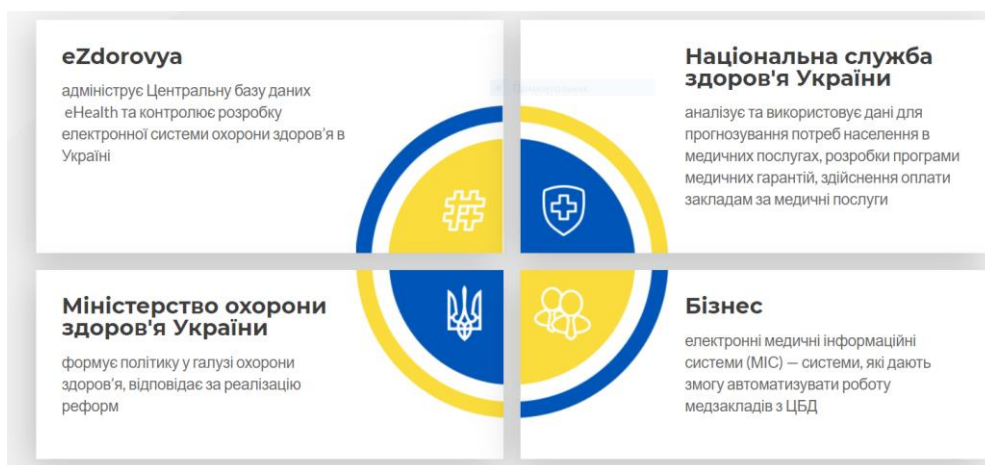


Рисунок 1 – Ключові ролі основних елементів в системі охорони здоров'я в Україні.

Джерело: [5]

Міністерство охорони здоров'я регулює впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні. Національна служба здоров'я України укладає

договори з постачальниками медичних послуг; аналізує та використовує дані з метою прогнозування потреб населення у медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, встановлення тарифів, здійснення моніторингу договорів; здійснює оплати за медичні послуги на умовах договору.

Отже, основні цілі eHealth: забезпечити прозорість фінансування системи охорони здоров'я; надати можливість працювати без паперу (поступовий перехід на електронний облік (е-рецепт, е-картка, е-направлення); сформувати бізнес-середовище для створення нових електронних сервісів; створити простір для інновацій в медицині (machine learning, big data, blockchain, etc.); сприяти розвитку медичного IT-ринку.

Після опитування населення України щодо якості медичних послуг, були отримані наступні дані [6]: 20% українців вважають, що за останні два роки якість державних медичних послуг покращилась; 37% - побачили погіршення; 32% опитаних українців вважають, що в якості медицини нічого не змінилося; 12% не змогли відповісти (рисунок 2).

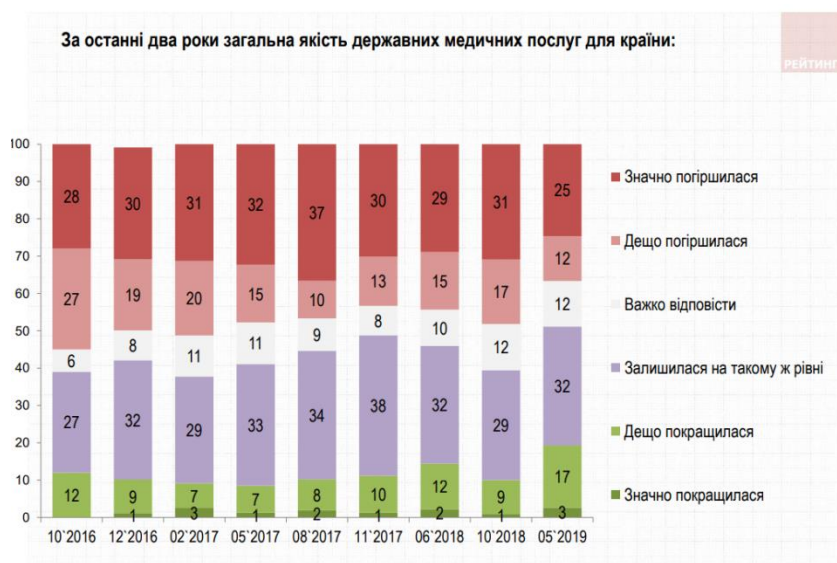


Рисунок 2 – Результати опитування щодо якості медичних послуг в Україні [6]

Отже, поки що результати ефективності системи охорони здоров'я в Україні не досягли належного рівня. Масштабні зміни, які на сьогодні відбуваються зрушили з місця давно не ефективну систему, але, нажаль, ще

не забезпечили стійких позитивних результатів. З одного боку зазначене пояснюється нехваткою часу, а з іншого недостатньо ефективною взаємодією в системі «лікар-пацієнт», яка впливає на показники опитування та забезпечується відповідними навичками лікарів первинної ланки, якими давно володіють їх європейські колеги. Нову генерацію лікарів обов'язково необхідно навчати сучасним методам формування належної комунікаційної взаємодії з пацієнтом.

Згідно статистичних даних (Рисунок 3) [7], починаючи з 1994 року населення України невідмінно скорочувалося.

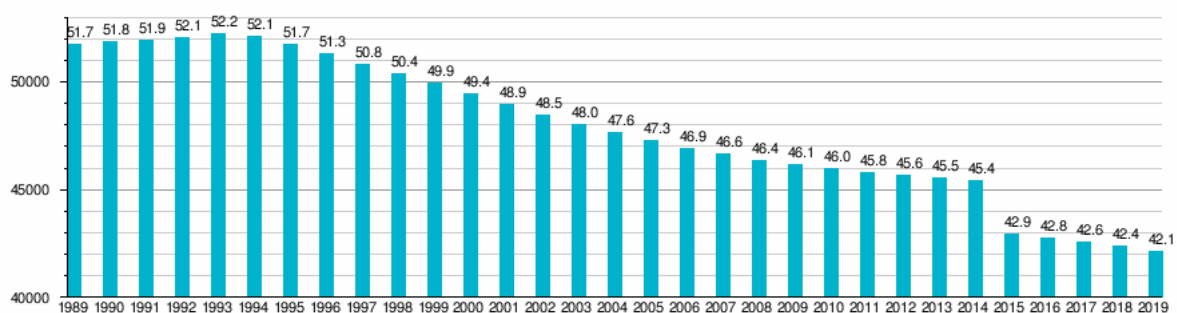


Рисунок 3 – Зміна чисельності населення України

Джерело [7, 8]

На першому місці Україна в рейтингу смертності – смертність від серцево-судинних захворювань, спричинених неправильним харчуванням

(38,2% від усіх смертей) серед колишніх радянських республік. Тобто від тих смертей, які можна попередити. За тими ж даними найкраще харчуються жителі Іспанії, Ізраїлю і Франції. Вчені стверджують, що за допомогою збалансованої дієти можливо запобігти приблизно кожній п'ятій смерті. Залишається сподіватись, що зі зміною системи охорони здоров'я зміниться і підхід лікарів первинної ланки до взаємодії не лише у процесі лікування, а й у плані попередження хвороб.

Одним з сучасних проблемних питань в Україні в системі охорони здоров'я також є питання недостатньої вакцинації населення. Як зазначено в статті [9, 10] населення України звикло відмовлятися від вакцинації через певні думки та «міфи». Виділяють основні з них: 1) населення вважає, що в Україні відсутня вакцина проти кору; 2) не можна щеплюватися під час епідемії. Також не можна під час хвороби; 3) дорослі не можуть зробити щеплення безкоштовно; 4) від щеплення можна померти або захворіти на невиліковну хворобу.

Сьогодні, згідно з дослідженням Чеври Маккі та Крістін Боаннон, основними причинами руху противників вакцинації є: 1) релігійні переконання батьків; 2) особисті переконання (наприклад, що набутий природній імунітет краще, ніж вакцинація); 3) побоювання щодо безпечності вакцин, що походять від інформації, отриманої від ЗМІ або знайомих; 4) недостатність інформації щодо вакцин (батьки хочуть знати більше про переваги й ризики вакцин, але не отримують цю інформацію).

Зазначене можна пов'язати з тим, що лікарі в Україні не здатні переконати пацієнтів навіть у цьому, або донести до них важливу інформацію. Це доводить чому комунікативні навички суттєво важливі для лікаря в наш час. Коли сучасний лікар має навички управлінця (вміння обирати правильні мотиватори, будувати конструктивну взаємодію, використовувати методи управління змінами тощо) відсоток довіри до нього підвищується. Як можна побачити, всі «міфи» дуже просто спростувати, а смертність від серцево-судинних захворювань попередити ще на первинній

ланці медичного обслуговування за допомогою формування належної комунікаційної взаємодії в системі «лікар-пацієнт». Отже, багато стратегічних проблемних питань макроекономічного характеру можуть та мають вирішуватись за допомогою формування ефективної взаємодії в системі «лікар-пацієнт».

### **Особливості медичної сфери Іспанії.**

Особливістю іспанського охорони здоров'я є децентралізація управління і фінансування. Основні функції з надання медичної допомоги покладено на регіональні влади країни. Центральна влада, кожному з 17 регіонів виділяє певний грант, у той час як регіональні влади самостійно визначають, як саме витратити кошти і у них є можливість на додаток до отриманого загального гранту використовувати власний бюджет. Що стосується медичних препаратів, пацієнту доводиться оплачувати близько 40% вартості ліків, призначених після виписки з лікарні. Цей закон не поширюється на громадян похилого віку та безробітних, вони отримують ліки безкоштовно.

Слід відзначити, що за рейтингом Bloomberg Healthiest Country (2019 року), який охоплює 169 країн, Іспанія вийшла на перше місце, випередивши навіть Італію, а Україна знаходиться на 93-му місці за показником здоров'я (Рейтинг складався на підставі низки показників - екології, середньої тривалості життя, санітарії та інших) [11] (Рисунок 4).

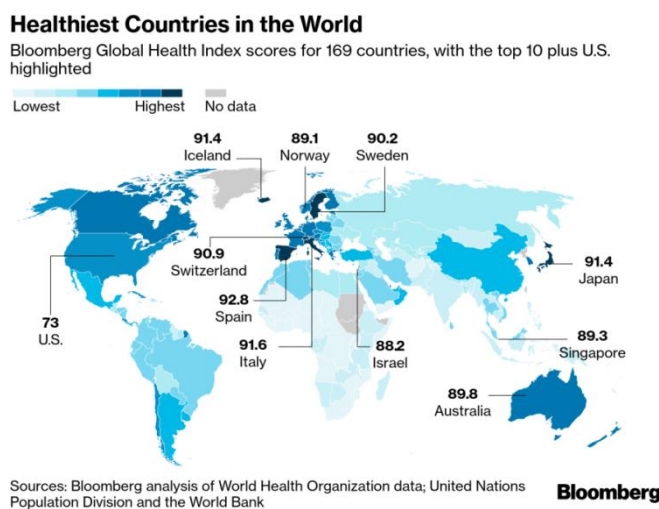


Рисунок 4. Середня тривалість життя у Світі [12]



Як видно з рисунка 4, згідно з рейтингом очікувана тривалість життя в Іспанії - 92,8 років. У той час, як за даними Євростат (2018 рік), українці живуть менше за все серед європейців - 72 роки.

За даними ООН, в Іспанії найвища тривалість життя при народженні серед країн Європейського союзу, і вона поступається лише Японії і Швейцарії в світі [13].

В Іспанії первинна допомога в основному забезпечується державними провайдерами, спеціалізованими сімейними лікарями і медсестрами, які надають профілактичні послуги дітям, жінкам і пацієнтам похилого віку, а також надання невідкладної і хронічної допомоги [14]. В останнє десятиліття в Іспанії відзначається зниження серцево-судинних захворювань і смертність від раку, котрі, як зазначалося вище, в Україні займають перше та друге місце відповідно.

Отже, система охорони здоров'я будь-якої країни повинна відповідати певним універсальним критеріям і враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Незважаючи на те, що в Іспанії державні витрати на душу населення нижче середнього показника по країнах ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку - міжнародна організація, що об'єднує 35 країни світу), статистичні дані показують, що іспанці в цілому задоволені своєю системою охорони здоров'я, оцінюючи її в 6,7 бали за 10 бальною шкалою. І як наслідок – дуже мало людей в Іспанії вважають необхідністю реформувати систему охорони здоров'я.

В Іспанії національній системі охорони здоров'я належить 40% лікарень, решта лікарень приватні. Деякі з приватних працюють у рамках договору, який дозволяє їм отримувати державне фінансування (близько 40% стаціонарних лікарень в Іспанії фінансуються за рахунок бюджету національної системи охорони здоров'я). Іспанський уряд заохочує розвиток таких лікарень за допомогою зниження податків підприємцям, які мають медичну страховку.



Загальний закон визначає сучасний шлях іспанської охорони здоров'я, і найважливішим наслідком його прийняття стала видозміна надання первинної медичної допомоги. В Іспанії всі суспільні ресурси інтегровані в єдину загальнонаціональну систему охорони здоров'я з децентралізованим управлінням і фінансуванням. Первинну медичну допомогу надають як державні лікарні, так і приватні лікарі. Подальшу допомогу надають державні установи.

Протягом 1980-1990-х рр. іспанська охорона здоров'я зазнала суттєвих змін, які виразились в значному розширенні надання допомоги та раціоналізації як системи фінансування, так і управління.

Безкоштовну медичну допомогу пацієнти можуть отримати в будь-якому регіоні країни. У кожному адміністративному окрузі Іспанії в обов'язковому порядку є державна лікарня (мінімум одна), оснащена всім необхідним сучасним обладнанням, тут же підібраний висококваліфікований персонал.

Отже, можна відзначити про певну схожість системи охорони здоров'я Іспанії та України, але різниця у задоволенні населення даною системою суттєво відрізняється. Вважаємо за необхідне спрямувати зусилля у даній сфері на досягнення рівня Іспанії. Ще раз відзначимо, що воно, у більшості випадків, формується у процесі взаємодії на первинній ланці [15, 16].

Поняття взаємодії в цілому та міжособистісної взаємодії зокрема присвячено багато робіт багатьох науковців. Відомий американський психолог Р.Віч (США), ще у 1972 році виділив такі моделі взаємодії лікаря та пацієнта [17]: 1) модель технічного типу (кожна сторона виконує свої функції, які визначені певним кодексом (клятвою Гіппократа тощо). У даному випадку лікар поводить як вчений, який має діяти неупереджено, не враховуючи індивідуальних особливостей кожної ситуації; 2) модель сакрального типу (авторитет лікаря впливає на пацієнта, навіть пригнічує його). За Р.Нільсоном, кабінет лікаря несе для пацієнта деяку ауру святості, а пацієнт сприймає лікаря як Бога; 3) модель колегіального типу

(характеризується співпрацею лікаря та пацієнта як двох повноцінних партнерів). Модель вважається найперспективнішою і відповідає європейським критеріям; 4) модель контрактного типу (побудована на угоді між двома сторонами, в якій оговорюється, які функції, права та обов'язки несе кожна із сторін). Пацієнт є проінформованим про всі етапи свого лікування.

Зважаючи на обмеженість дослідження вважаємо за необхідне висвітлити дане питання окремо у подальших дослідженнях, але відзначимо, що в науці управління розрізняють дві важливі групи міжособистісної взаємодії: конструктивна (сприяє спільній діяльності) та деструктивна (перешкоджає спільній діяльності). *Отже, на наш погляд, під взаємодією в системі «лікар-пацієнт» можна розуміти комунікаційний процес та подальшу спільну діяльність лікаря та пацієнта у напрямі запобігання хворобам або під час процесу лікування з метою досягнення результативності\ефективності в найшвидші терміни де показником виступає ступінь здоров'я пацієнта.*

Результати реформ в Україні доводять, що медицина поступово розвивається і виходить на новий рівень, ґрунтуючись на європейських стандартах. Європейці вже давно зрозуміли, які методи повинні використовуватися не тільки в медицині, а й у підготовці персоналу. Щоб впоратись з емоціями пацієнта лікар потребує значних навичок професійного спілкування. Це необхідно для створення терапевтичного альянсу з пацієнтом та залучення його до ефективної співучасті [18]. Лікареві потрібно володіти не тільки професійними знаннями, але і майстерно використовувати професійні комунікативні навички. Однак, кожен з нас вже володіє певними навичками спілкування, які засвоїв в продовж свого життя. Нажаль вони не завжди досконалі. Навички спілкування є важливою частиною медичної освіти та життя лікаря в цілому. Отже майстерному спілкуванню необхідно вчитись. Проведені дослідження доводять, що соціальна ефективність та

здатність вирішувати інтерперсональні проблеми напряду залежить від майстерності володіння комунікативними навичками [19].

Сучасним клінічним екзаменом, що використовується для оцінки навичок та професіоналізму медичних фахівців у більшості розвинених країн світу є Об'єктивний структурований клінічний іспит (ОСКІ) (Objective Structured Clinical Examination (OSCE)). Метою іспиту є оцінка таких важливих компетентностей майбутнього лікаря як дотримання етичних норм, комунікація з пацієнтом, залучення пацієнта до лікувального процесу тощо. Одним з важливих завдань OSCE є підготовка медичних фахівців до спілкування зі складними пацієнтами. Дуже важливо засвоїти конкретні техніки спілкування для вирішення важких ситуацій у спілкуванні з пацієнтами у реальному житті.

Сучасні фахівці виділяють основні компоненти до співробітництва лікаря й пацієнта: підтримка, розуміння, повага, співчуття. Отже у роботі сучасного лікаря те як робити не менш важливо за те що робити.

Агентство медичного маркетингу досліджувало різницю між спеціальними знаннями лікаря (hard skills), отриманими в медичному вузі, та вміннями (soft skills) – знаннями, які можна використати на практиці для становлення й розвитку «успішного лікаря». В ідеальному варіанті визначені навички та вміння синергують один з одним. Так само виділяються основні якості, які повинні вдосконалитися при відпрацюванні правильних навичок комунікації з пацієнтами, що також впливає на фінансові показники лікаря:

RI (Return Index) (індексу повернення, тобто, повторного звернення пацієнта), правильні техніки комунікацій надзвичайно важливі для повторного звернення пацієнта.

CSI (Customer Satisfaction Index) (індекс задоволеності пацієнтів), мета прийому - домогтися поліпшення CSI.

Використання комунікативних прийомів (досвід+належна комунікація) дозволяє підвищити якість відпрацювання заперечень пацієнта і грамотно нейтралізувати негатив. Тут важливо відповісти на питання якого результату

необхідно досягти та в чому він виражається. Таким чином можна домогтися поліпшення іміджу як самого лікаря, так і лікувального закладу, де він працює.

Hit Ratio (відсоток успіху при роботі із запереченням). Статистика показує що лише у 30% випадків вдасться з першого разу переконати пацієнта. Після того як починають використовуватися власні вербальні і невербальні методи з першого разу можна переконати 60% пацієнтів [20].

Відзначимо, що у процесі вивчення основ менеджменту можна сформувані наступні навички та вміння: мотивувати до певної діяльності себе та інших; використовувати методи самоменеджменту; ефективно управляти індивідуальними та командними змінами; мислити системно; управляти стресом; управляти проектами; розробляти тактики і стратегії; будувати міжособистісні відносини; управляти процесом комунікації; вміти слухати; вести ефективні переговори; використовувати тимбилдинг (створення команд); управляти конфліктами; використовувати вербальні та невербальні комунікації; забезпечувати зворотній зв'язок; розставляти пріоритети; управляти часом; приймати рішення; управляти якістю тощо [21].

В Україні стабільно збільшується сектор комерційних медичних послуг, але через менталітет населення не може прийняти факт платної медицини. Усередині медичних установ відбувається трансформація функцій головного лікаря в управлінські, що змушує шукати шляхи підвищення управлінської кваліфікації, обумовленої вимогами зростаючого ринку медичних послуг.

Існує таке поняття як «медичний менеджмент» - це застосування комплексу спеціальних принципів, підходів, методів і засобів управління організаціями системи охорони здоров'я різних форм власності, яка спрямована на задоволення наступних цілей: 1) максимізацію прибутку від комерційної медичної діяльності; 2) підвищення якості життя населення; 3)

досягнення соціальної гармонії, пов'язаної з реалізацією права громадянина на якісну медичну допомогу; 4) підвищення доступності медичної допомоги. [22]. Але воно лише частково стосується лікарів первинної ланки у системі «лікар-пацієнт», а більше спрямована на керівника медичної установи.

Ефективна система медичного менеджменту, що базується на поділі повноважень головного лікаря і директора, дозволить підвищити доступність і якість медичної допомоги. Впровадження бізнес-підготовки управлінських кадрів сфери охорони здоров'я дозволить розвинути управлінський потенціал і вивести менеджмент клінік на новий якісний рівень. У даному контексті слід відзначити й про те, що всіма розглянутими навичками повинен володіти не лише головний лікар, а й лікар первинної медицини.

Відзначимо, що в далекому 1998 році вже робились спроби порівняти навички лікаря та менеджера [23], але вони швидше розмежовували управлінця лікарняним закладом та лікаря. Отже, досі проблемним питанням залишається впровадження ефективної системи практичного набуття навичок менеджера сучасними лікарями, які стосуються взаємодії у системі «лікар-пацієнт», що й спричиняє відповідні проблеми.

Професійне життя головних менеджерів і лікарів високої кваліфікації зазвичай різниться. Навряд чи головний менеджер залишатиметься на своїй посаді більше п'яти років, у той же час перебування лікаря високої кваліфікації на посаді є нормою іноді протягом всієї кар'єри. Тому впродовж багатьох років більшості лікарів доводиться контактувати з низкою нових менеджерів у відділеннях. Отже, і зазначеного ракурсу оптимальним варіантом є те, щоб лікар також мав навички менеджера [24].

Втім, поки ідея розвитку менеджменту в охороні здоров'я розвивається в Європі, Україні доводиться шукати того, хто її все ж втілить в життя. Дефіцит медичних менеджерів, підготовлених за міжнародними стандартами, актуальний як і раніше [25]. Впровадження сучасних методів у систему навчання лікарів має бути спрямоване на формування управлінських навичок, що дозволить будувати ефективну взаємодію у системі «лікар-пацієнт».

Також доцільним вважаємо запропонувати використання сучасних віртуальних технологій для даного процесу. Не зменшуючи важливості теоретичної підготовки студентів з різних дисциплін, слід зазначити, що проблема недостатнього практичного знання та навичок випускників університетів не є новою. Як правило, практичне здобуття навичок обмежується лише власним досвідом. Ця проблема пов'язана з багатьма об'єктивними та суб'єктивними факторами (короткочасна практика, розмір організацій тощо). Як результат, випускники не готові до ефективної взаємодії в системі «лікар-пацієнт» у сучасному реальному середовищі.

Усунення цієї проблеми повинно починатися з активного залучення до різноманітних тренінгів, близьких до реального середовища. У той же час процес навчання в університетах повинен бути і корисним, і цікавим, тому ми вважаємо, що навчання за допомогою «ігор та тренажерів» може вирішити цю проблему, оскільки метод активний з можливістю залучення широкого кола слухачів. Цей метод не новий, але будь-який тренажер повинен бути адаптований до відповідної спеціальності. В Україні на цю тему не так багато досліджень, і більшість з них стосуються лише економічних напрямків (також використовуються здебільшого у зарубіжних країнах). Важливо запропонувати таку «гру», яка була б корисною в майбутній практичній діяльності випускників та створити таке віртуальне середовище (ігрове поле), в якому гравці (слухачі) мають можливість під час тренінгу та навчання управляти відповідною системою (взаємодією, організацією). Такі ігри та моделювання дозволять використовувати як методи ефективного управління різними установами через реалізацію функцій управління, так і значно скоротити час на відпрацювання практичних навичок при взаємодії у системі «лікар-пацієнт» (маючи право на помилки).

**Висновки.** Після детального дослідження функціонування системи охорони здоров'я України та її порівняння з іспанською системою, було виділено основні проблемні питання, що потребують розв'язання, а саме:

відсутність ефективної взаємодії у системі «лікар-пацієнт»; нестача необхідних навичок для її удосконалення; відсутність ефективних методів у навчанні щодо здобуття необхідних компетентностей. Використання віртуальних технологій у процесі навчання сучасних лікарів первинної ланки дозволить формувати у них необхідні управлінські навички. Зазначене сприятиме побудові конструктивного комунікаційного процесу між лікарем та пацієнтом та підвищить задоволення системою охорони здоров'я України й рівень здоров'я нації.

### **Література:**

1. Медреформа в Украине: что сделано в 2018 и что в планах, 2018. URL: <https://news.liga.net/health/news/medreforma-v-ukraine-chto-sdelano-v-2018-i-chto-v-planah> (дата звернення: 25.11.2019).
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, 2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 21.11.2019).
3. Health Care Sector, 2019. URL: <https://decentralization.gov.ua/en/health#main-info> (дата звернення: 21.11.2019).
4. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. Міністерство охорони здоров'я України, 2018. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu--> (дата звернення: 21.11.2019).
5. Адміністратор Центральної бази даних eHealth України, 2019. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 21.11.2019).
6. Украинцы сказали, довольны ли они медреформой – опрос Рейтинга, 2019. URL: <https://news.liga.net/health/news/ukraintsy-skazali-dovolny-li-oni-medreformoy-opros-reytinga>
7. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії, 2019. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%>



[D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F\\_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8](#) (дата звернення: 25.11.2019).

8. Украинцев становится меньше: как изменилась демографическая ситуация в стране за 4 года, 2019. URL: <https://ru.slovoidilo.ua/2018/01/05/infografika/obshhestvo/ukraincev-stanovitsya-menshe-kak-izmenilas-demograficheskaya-situaciya-strane-4-goda> (дата звернення: 25.11.2019).

9. Ліки від смерті. Що відбувається зі щепленнями в Україні, 2019. URL: <https://voxukraine.org/uk/liki-vid-smerti-shho-vidbuvayetsya-zi-shheplennyami-v-ukrayini/> (дата звернення: 01.11.2019).

10. Медреформа по-українски, 2017. URL: <https://commons.com.ua/uk/medreforma-po-ukrainski/> (дата звернення: 30.11.2019).

11. Тривалість життя. Bloomberg склав рейтинг країн за рівнем здоров'я населення, 2019. URL: <https://nv.ua/ukr/world/countries/trivalist-zhittya-bloomberg-sklav-reyting-krajin-za-rivnem-zdorov-ya-naselennya-50008050.html> (дата звернення: 08.11.2019).

12. Найздоровішою країною світу визнали Іспанію, 2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-culture/2647787-najzdorovisou-krainou-svitu-viznali-ispaniu.html> (дата звернення: 08.11.2019).

13. Bloomberg: Іспанія, Італія та Ісландія очолили рейтинг найбільш здорових країн світу, 2019. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/news-bloomberg-zcorovi-krayiny/29791488.html> (дата звернення: 08.11.2019).

14. These Are the World's Healthiest Nations, 2019. URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> (дата звернення: 08.11.2019).

15. Особенности медицины в Испании. МЕДпросвіта (професійний інфопростір), 2019. URL: <https://medprosvita.com.ua/osobennosti-meditinyi-ispanii> (дата звернення: 25.11.2019).

16. Здравоохранение Испании, 2007. URL: <https://sos-system.org.ua/%d1%81%d0%b8%d1%81%d1%82%d0%b5%d0%bc%d1%8b-%d0%b7%d0%b4%d1%80%d0%b0%d0%b2%d0%be%d0%be%d1%85%d1%80%d0%b0%d0%bd%d0%b5%d0%bd%d0%b8%d1%8f/%d0%b7%d0%b4%d1%80%d0%b0%d0%b2%d0%be%d0%be%d1%85%d1%80%d0%b0%d0%bd%d0%b5-%d0%bd%d0%b8%d0%b5-%d0%b8%d1%81%d0%bf%d0%b0%d0%bd%d0%b8%d0%b8/> (дата звернення: 09.11.2019).

17. Veatch R.M. Modells for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R.M.Veatch // The Hastings Center Report. — 1972. — Vol. 2. — N. 3, June. — P. 5–7.

18. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction, 2004. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265756> (дата звернення: 24.11.2019).

19. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта, 2018. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/125#bib3> (дата звернення: 24.11.2019).

20. Основные навыки в работе врача: скрипты и техники коммуникаций с пациентами, 2016. URL: <https://amm.net.ua/doc-scripts.html> (дата звернення: 22.11.2019).

21. Skills Matrix for Manager, 2013 URL: <https://ivan-shamaev.ru/skills-and-knowledge-needed-for-manager/> (дата звернення: 11.11.2019).

22. Медицинский менеджмент: специфика и подходы, 2011. URL: <https://creativeconomy.ru/lib/6824> (дата звернення: 25.11.2019).

23 Мир врачей и менеджеров (Riley, 1998) URL: <http://www.psyobsor.org/1998/30/1-1.html> (дата звернення: 01.11.2019).

24. Менеджмент в здравоохранении: потребность есть, спроса нет. Электронне видання «Ваше здоров'я». 2014. URL:

<https://www.vz.kiev.ua/ru/menedzhment-v-oxoroni-zdorovya-potreba-ye-popitunemaye/> (дата звернення: 26.11.2019).

25. О. З. Мельнікова, О. З. Іванченко. Місце фундаментальних дисциплін у системі фахової медичної підготовки, 2016. URL: [http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/5935/3/2017%20bolon-2\\_sektsia\\_186-187.pdf](http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/5935/3/2017%20bolon-2_sektsia_186-187.pdf) (дата звернення: 18.11.2019).

26. Mykhailovska, O. V. The Prospects of Virtual Reality (VR) Technology in Educational Process and Business / O. V. Mykhailovska, A.I. Chervynskyi, D.P. Fokin // Науковий вісник Полісся. – 2019. - № 1 (17). – С. 139-147