



УДК 330.1

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-8\(38\)-322-332](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-8(38)-322-332)

**Коркуна Іван Іванович** Заслужений економіст України, академік ТАУ, кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки та менеджменту, Львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського, вул. Костюшка, 11, м. Львів, 79007, тел.: (032) 255-32-01, <https://orcid.org/0000-0002-8203-5412>

**Маркевич Юрій Олексійович** магістр інституту Адміністрування та післядипломної освіти, Національний університет «Львівська політехніка», вул. Митрополита Андрея, 5, м. Львів, 79013, тел.: (032) 258-22-06, <https://orcid.org/0009-0005-3945-9008>

## ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД АДМІНІСТРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

**Анотація.** В період проведення медичної реформи в Україні дуже велике значення має зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я різних країн світу, а саме: Японії, Іспанії, Німеччини, Швеції, США та Канади. У статті розглянуто та проаналізовано функціонування системи охорони здоров'я в різних країнах світу. Проведений аналіз засвідчив, що в різних країнах світу система охорони здоров'я та управління нею має певні відмінності, на що суттєво вплинула історія країн, яка впливає на розвиток медичної системи, де враховуються політичні компоненти, суттєве значення займає рівень фінансування, а саме: різна система фінансування охорони здоров'я, різна система медичного страхування – вони призначені для забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення та підвищення ефективності діяльності лікувальних закладів.

Кожна країна, яка збільшує бюджет системи охорони здоров'я тим самим удосконалює її, дозволяє зберегти та зміцнити здоров'я населення країни. Проведений аналіз системи управління охорони здоров'я в країнах світу дозволяє констатувати про різну систему управління, а саме: двох, тривірневу, чотирьохрівневу систему управління. Управління першого рівня (центрального чи федерального державного уряду), другого рівня місцевого: тривірнева система управління містить центральний, місцевий та регіональний рівні, а четвертий рівень (Японія) здійснюється на урядовому, префектурному, центрі здоров'я та місцевих та сільських органів влади. Аналіз системи управління в сфері охорони здоров'я країн світу констатував,



що у цих країнах є найкращі показники середнього чи високого рівня тривалості життя населення. В статті охарактеризовано методи впровадження державними системами міжгалузевої та міжсекторіальної співпраці, які необхідні для визначення складних факторів та умов, що впливають на стан здоров'я людей. В статті висвітлено методи ефективного використання бюджетних коштів та їхнього перерозподілу на користь медичних установ, які необхідні для задоволення потреб населення країн.

В статті проведений аналіз роботи приватних медичних закладів передових зарубіжних країн, констатовано, що собівартість лікування в них має великі перспективи до загального розвитку та модернізації.

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, фінансування, державне управління, якість медичних послуг, медичне страхування, лікувальні заклади.

**Korkuna Ivan Ivanovich** Honored Economist of Ukraine, Academician of TAU, Ph.D., Associate Professor of the Department of Economics and Management, Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Bobersky, Kostiushka St., 11, Lviv, 79000, tel.: (032) 255-32-01, <https://orcid.org/0000-0002-8203-5412>.

**Markevych Yurii Oleksiyovych** Master of the Institute of Administration and Postgraduate Education, Lviv Polytechnic National University, 5 Metropolitan Andrey St., Lviv, 79013, tel.: (032) 258-22-06, <https://orcid.org/0009-0005-3945-9008>

## FOREIGN EXPERIENCE OF ADMINISTRATIVE MANAGEMENT IN THE FIELD OF HEALTH CARE IN DIFFERENT COUNTRIES OF THE WORLD

**Abstract.** In the period of medical reform in Ukraine is very important foreign experience of administrative management in the field of health care around the world, namely: Japan, Spain, Germany, Sweden, USA and Canada. The article considers and analyzes the functioning of the health care system in different countries of the world. The analysis showed that in different countries of the world, the health care system and its management has certain differences, which was significantly influenced by the history of countries, which affects the development of the medical system, where political components are taken into account, the level of funding is of great importance, namely: different system of health financing, different system of health insurance - they are designed to ensure the preservation and strengthening of the health of the population and increase the efficiency of the activities of medical institutions.

Each country that increases the budget of the health system thereby improves it, allows you to maintain and strengthen the health of the population. The conducted



analysis of the health management system in the countries of the world allows us to state a different management system, namely: two, three-level, four-level management system. Management of the first level (central or federal state government), the second level of local: the three-level management system contains the central, local and regional levels, and the fourth level (Japan) is carried out at the government, prefectural. health centres and local and rural authorities. The analysis of the management system in the field of health care of the world's Cain constants that these countries have the best indicators of average or high life expectancy. The article describes the methods of implementation by state systems of intersectoral and intersectoral cooperation, which are necessary to determine the complex factors and conditions that affect the state of health of people. The article highlights the methods of effective use of budget funds and their redistribution in favor of medical institutions, which are necessary to meet the needs of the population of countries.

The article analyzes the work of private medical institutions of advanced foreign countries, states that the cost of treatment in them has great prospects for general development and modernization.

**Keywords:** health care system, financing, public administration, quality of medical services, health insurance, medical institutions.

**Постановка проблеми.** Значний накопичений позитивний досвід у системі охорони здоров'я країн світу, який забезпечує високий рівень тривалості життя людей, мінімізує дитячу смертність, розвиває різні галузі медицини, системи медичного страхування, сприяє досягненню значних успіхів в управлінні системою охорони здоров'я, дозволяє констатувати у більшості з них дворівневу, тривірневу або чотирирівневу систему (в Японії) управління, яка є запорукою високого рівня життя населення з найвищими показниками в різних країнах світу.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Дослідження сучасної проблематики з питань позитивного досвіду у системі охорони здоров'я країн світу висвітлюють такі провідні науковці, як: Г. Муляр, І. Мельник, М. Співак, О. Терзі, В. Воробйов В., Д. Гомон, А. Денисова, Я. Радиш, О. Худоба, Н. Юристовська, А. Паршикова та інші.

**Мета статті.** Метою даного дослідження є комплексне обґрунтування та проведений аналіз зарубіжного досвіду системи управління охорони здоров'я та часткове використання в Україні в період проведення медичної реформи.

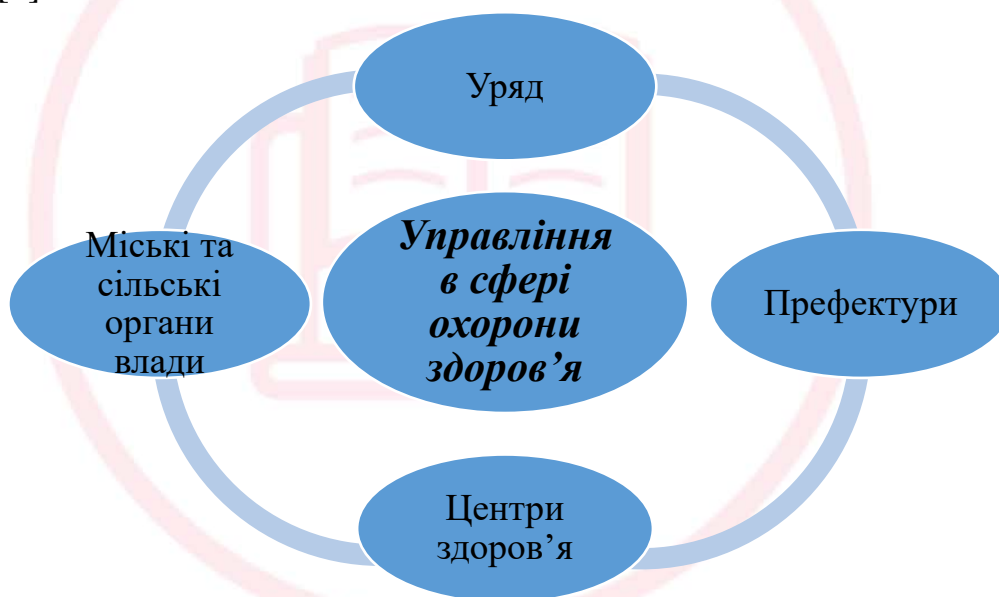
**Виклад основного матеріалу** В іноземних країнах, відповідно до офіційних даних, рівень тривалості життя населення є високим – це забезпечується ефективним, якісним, доступним медичним обслуговуванням, високорентабельним управлінням медичною сферою, результатом якого є накопичений значний позитивний досвід у країнах світу.



Розгляньмо досвід адміністративного управління та практику фінансування у сфері охорони здоров'я таких країн, як Японія, Іспанія, Німеччина, Швеція, США та Канада.

Високий рівень тривалості життя має Японія. Для прикладу, середня тривалість життя у жінок складає 87,26 років, а для чоловіків – 81,09 років, Японія поступається тільки Гонконгу. Згідно зі статистичними даними, серед скандинавських країн лідером є Швеція. Середня тривалість життя чоловіків – 80,2 років, жінок – 85,6 років. У Фінляндії чоловіки живуть – 78,0 років, а жінки – 83,2 [1].

Розгляньмо досвід управління у сфері охорони здоров'я в деяких з цих країн. Система охорони здоров'я в Японії – одна з найрозвинутіших у світі. Вона є специфічною, децентралізованою та диверсифікованою. Управління в сфері охорони здоров'я здійснюється на чотирьох рівнях, які представлено на рис. 1 [2].



**Рис. 1.** Управління в сфері охорони здоров'я Японії  
Джерело: розроблено автором

Центральний уряд Японії регулює та контролює майнові аспекти системи охорони здоров'я разом зі системою медичного страхування. Закон «Плани медичної допомоги», який ухвалили у 2006 році, встановлює відповідальність кожного префектурного уряду та розроблення такого плану на своїх територіях для надання ефективної медичної допомоги для населення. Префектура – це адміністративно-територіальна одиниця. Префектурні уряди несуть відповідальність за перевірку лікарень з дотримання нормативних вимог, вони створюють центри здоров'я. Кожен центр обслуговує близько 100 000 мешканців, які фінансуються місцевими та національними органами управління та здійснюють пропаганду здорового способу життя населення.



Важливу роль у формуванні політики в сфері охорони здоров'я відіграє Міністерство фінансів, яке складає план річного бюджету для охорони здоров'я та медичного страхування. У структурі органів місцевого самоврядування створюють відділи охорони здоров'я. Також існують проблеми у сфері охорони здоров'я Японії, а саме:

1. порушується питання реформування місцевої фінансової системи для забезпечення повної відповідальності місцевих органів за збереження сфери охорони здоров'я;

2. отримання реальних статистичних даних для використання під час розроблення відповідної політики у сфері охорони здоров'я.

Для Японії характерна сильна система державного регулювання сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, причому, громадськість упевнена у належному контролі цих питань.

Японська система охорони здоров'я тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Розгляньмо основні установи, що тісно співпрацюють зі системою охорони здоров'я (рис. 2) [3, С. 310].

*Японська  
система  
охорони  
здоров'я*

**Бюро медичних послуг**

**Бюро політики у сфері охорони здоров'я**

**Бюро трудових стандартів**

**Бюро фармацевтичної продукції та продовольчої безпеки**

**Бюро жертв війни та соціального забезпечення**

**Бюро здоров'я літніх людей**

**Бюро медичного страхування**

**Бюро пенсійного забезпечення**

*Рис. 2. Японська система охорони здоров'я*

*Джерело: розроблено автором*

Охорона здоров'я Японії недешева. Близько 90% витрат на охорону здоров'я громадян покриває система медичного страхування. На сьогодні в Японії заборонено отримання прибутків у сфері надання медичних послуг, але передбачено пайову участь пацієнтів у межах 10-30%.



В Японії працюють дві системи страхування здоров'я, якими охоплена переважна більшість населення. Зокрема,

1. Національна система страхування здоров'я охоплює, головним чином, дрібних власників і членів їх сімей, непрацюючих осіб та інвалідів.

2. Друга система страхування осіб найманої праці охоплює найманих працівників та їхніх утриманців; вона є основною та найбільшою в Японії, має різні програми страхування, деякі з них належать державі. Перебування на лікуванні потребує великих фінансових витрат. За другою системою страхування відбувається відшкодування до 70% вартості.

Система охорони здоров'я Японії – одна з найрозвинутіших у світі. Витрати на охорону здоров'я Японії становлять 8,1% ВВП, тому медичні показники обслуговування значно ефективніші, ніж у США, де на охорону здоров'я витрачається практично вдвічі більше фінансування. Сьогодні в Японії на трьох працюючих осіб припадає один пенсіонер. Дитяча смертність є однією з найнижчих у світі, що становить 2,8 випадки на 1 тис. народжених живими. Для прикладу, в США – це 6,3 випадки на 1 тис. народжених живими, а в Німеччині – 4,0 [2].

Розгляньмо коротко систему управління в медичній галузі Іспанії, враховуючи, що серед країн ЄС у неї найкращі показники. Згідно зі ст. 43 Конституції Іспанії, встановлюється право на охорону здоров'я всіх громадян країни. Структура управління в Іспанії – центральний уряд і 17 централізованих регіонів з урядами та парламентами. Система охорони здоров'я має три рівні організації: центральний, регіональний (окружний) та муніципальний (рис. 3).



**Рис. 3.** Рівні організації системи охорони здоров'я в Іспанії  
Джерело: розроблено автором



На центральному рівні діє Міністерство здоров'я, яке оптимізує медичну допомогу та налагоджує інформаційну систему, гарантує взаємодію між національними медичними округами. Також Міністерство складає та оприлюднює порівняльні медичні звіти за результатами своєї внутрішньої та міжнародної діяльності, проводить дослідження і висвітлює практичні досягнення.

Округи вирішують, як здійснювати медичне обслуговування відповідно до національного законодавства. На території округу діє міжтериторіальна рада, яка складається з представників окружних та державних адміністрацій, наділених повноваженнями сприяти системі охорони здоров'я. Муніципальний рівень системи охорони здоров'я координує два питання: гігієна та охорона навколишнього середовища [4].

Базою структури охорони здоров'я Іспанії є медичні райони, в яких організовується первинне й спеціалізоване (на рівні амбулаторій і стаціонарів) медичне обслуговування. Система охорони здоров'я в Іспанії успішна, вона посідає 8 місце в світі. Протягом останніх років витрати на охорону здоров'я в країні зростають, що пов'язано зі старінням населення, ожирінням і систематичними зверненнями до лікарів.

Розгляньмо, що характерно для системи охорони здоров'я Німеччини. Повноваження в системі управління охорони здоров'я розподілені між федеральним урядом, Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення та 16-ма федеральними землями і корпоративними структурами. Федеральні землі відповідають за планування медичної допомоги, стабільне забезпечення фінансування лікарень, задоволення потреб населення в медичній допомозі. У рамках федерального законодавства кожна земля розробляє своє законодавство для лікарень вимагаючи дотримуватися лікарняного плану і програми інвестицій, які відрізняються для кожної із земель.

Корпоративні органи (лікарняні каси, об'єднання лікарів та інше) є саморегулюючими структурами, які базуються на обов'язковому членстві, внутрішній демократичній основі, правовій базі, надають медичну допомогу, визначаючи самостійно пільги, ціни та стандарти (федеральний рівень), а також узгоджують горизонтальні контракти, контролюють роботу своїх членів (регіональний рівень) та надають консультації.

Основний принцип, передбачений у німецькій системі медичного страхування, полягає в тому, що уряд бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я, створює умови щодо формування необхідних фондів для працівників і роботодавців з метою фінансування деяких сегментів у системі охорони здоров'я Німеччини. Державою повністю здійснюється контроль та нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування Німеччини.



У Німеччині система медичного страхування децентралізована. Система медичного страхування, яка була запроваджена в Європі у 1883 році Бісмарком, на сьогодні охоплює більше, ніж 90% населення, 8% – це приватне медичне страхування, і за 2% неможливих платити держава. Страхування здійснюється через некомерційні страхові організації, лікарські каси, структура яких визначена законодавчо. Існують декілька видів лікарських кас, а саме:

- місцеві – здебільшого, для непрацюючих членів родини;
- виробничі – за місцем роботи;
- морські, гірничі, сільськогосподарські та ерзац-каси – здебільшого, для службовців.

Розгляньмо систему охорони здоров'я скандинавських країн. Шведська система охорони здоров'я прагне забезпечити зміцнення здоров'я всіх громадян, а також дотримуватися принципів моделей гідності та ефективності медичних послуг.

Шведська система охорони здоров'я децентралізована, базується на діяльності регіональних рад, у деяких випадках – на роботі місцевих рад або муніципальних органів влади. Витрати на охорону здоров'я та медичне страхування Швеції, зазвичай, складають 11% ВВП, які покриваються регіональними та муніципальними податками. Одним з основних джерел фінансування охорони здоров'я Швеції є внески національного уряду. Пацієнти покривають невеликий відсоток витрат. У 2020 році державні витрати на охорону здоров'я, медичне та соціальне обслуговування, враховуючи пандемію COVID-19, склали 102 мільярди шведських крон [5].

Основні принципи системи охорони здоров'я Швеції (рис. 4):

- гідність (рівні права незалежно від статусу в суспільстві);
- солідарність (ті, котрі потребують найбільше, мають перевагу в медичній допомозі);
- економічна ефективність (витрати повинні бути розумними).

<b>Основні принципи системи охорони здоров'я Швеції</b>	гідність (рівні права незалежно від статусу в суспільстві)
	солідарність (ті, хто найбільше потребує, мають перевагу в медичній допомозі)
	економічна ефективність (витрати повинні бути розумними)

**Рис. 4.** Основні принципи системи охорони здоров'я Швеції  
Джерело: розроблено автором





У Швеції існують три незалежні державні рівні: національний уряд, 21 окружна рада (регіони) та 290 муніципалітетів, між якими розподілено відповідальність за охорону здоров'я.

У законі про охорону здоров'я та медичну допомогу Швеції вказано на обов'язки в цій сфері ландстингів і муніципалітетів.

Ландстинг – це політичний орган, представники якого обираються громадськими радами, загальними виборами до парламенту раз на 4 роки від кожної області (лени).

Ландстинг – відповідно – має забезпечувати охорону здоров'я та якісне медичне обслуговування своїх мешканців, а також покращувати стан здоров'я всього населення. Муніципалітети відповідають за надання якісних медичних послуг людям похилого віку та людям з обмеженими можливостями, за післялікарняний період та медичне обслуговування в школах.

Повітовим радам належать майже всі лікарні первинної медичної допомоги. Вони відповідають за фінансування та надання медичних послуг населенню [4].

Канада – федерація з двома конституційно визначеними рівнями влади. Перший рівень – центральний або федеральний уряд, який відповідає за охорону здоров'я, фінансування та управління медичними послугами, виготовлення фармацевтичних препаратів. Другий рівень складається з 10-ти органів місцевого самоврядування. Приблизно 79% загальних витрат на охорону здоров'я надходять із загальних податків від федеральних, провінційних, територіальних урядів. Більша частина державних доходів використовується для безоплатної медичної допомоги і субсидування витрат на амбулаторне лікування. Федеральний уряд встановлює і контролює національні стандарти системи охорони здоров'я, фінансує провінційні служби охорони здоров'я. 70% витрат на охорону здоров'я Канади покривають федеральні, провінційні та територіальні податки [3].

Розгляньмо систему управління охорони здоров'я Фінляндії. В ній виокремлюють два рівні: центральний (уряд) та місцевий (муніципалітет), губернії (адміністративні одиниці країни), а в керівництві лікарнями – лікарняні округи (об'єднання муніципалітетів). В країні є 20 лікарняних округів, які на своїй території відповідають за спеціальне медичне обслуговування. Кожен лікарняний округ належить до певного муніципалітету. В середині лікарняного округу є механізм вирівнювання видатків, коли витрати на дороге лікування розподіляються між усіма муніципалітетами, що входять до складу округу. Медичні послуги кожен муніципалітет може надавати самостійно або в співпраці зі сусідськими муніципалітетами, чи закуповувати в приватному секторі, тому витрати на пацієнта в різних муніципалітетах можуть відрізнятись [6].



Світова практика визначила головні моделі фінансування, а саме:

- модель Беверіджа (державна система охорони здоров'я);
- платна (приватна) модель;
- модель Бісмарка страхова (змішана).

Модель Беверіджа, згідно з якою на державний сектор припадає найбільша частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я, поширена у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції. Понад 80% видатків на охорону здоров'я фінансує держава. Це створює передумови для забезпечення медичних послуг для населення з різним рівнем доходу та різних соціальних верств і груп.

Платна (приватна) модель є конкурентною на ринку медичних послуг. Платна медицина поширена в Японії та США, де близько 30% вартості медичних послуг фінансується пацієнтом, 30-40% – кошти приватного страхування. Недоліком приватної моделі є те, що вона не завжди є доступною малозабезпеченим громадянам.

Приватна форма фінансування охорони здоров'я є типовою для США, де медичні послуги переважно сплачуються державою. Згідно зі статистикою, 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, на що витрачають близько 10% сімейного доходу. США витрачають на охорону здоров'я 16,4% ВВП, що є майже найбільшим показником у світі. Така система забезпечує населення широким спектром безкоштовних послуг. Зокрема, це – амбулаторне і стаціонарне лікування, придбання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплата доїзду до медичного закладу.

Модель Бісмарка забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави. Причому, 10-20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. За такої моделі система охорони здоров'я фінансується через цільові внески роботодавців і працівників, а також – через бюджетні субсидії із загальних або цільових надходжень. Розмір внесків визначається з урахуванням можливості їх сплати населенням, а доступ до послуг – беручи до уваги потребу в них. Модель Бісмарка використовується у Франції, Німеччині, Австрії, Швеції, Нідерландах, Бельгії [7, С. 489].

**Висновки.** Для реформування системи охорони здоров'я в Україні та підвищення якості надання медичних послуг слід враховувати досвід передових країн світу. Впровадження та використання системи медичного страхування дозволить збільшити бюджет системи охорони здоров'я України, розв'язати низку проблем охорони здоров'я зокрема доступності, своєчасності та якісної медичної допомоги та досягнути максимально ефективних результатів у забезпеченні охорони здоров'я громадян.



Запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування призведе до вдосконалення управління та фінансування усієї системи охорони здоров'я та як наслідок покращиться якість надання медичних послуг, а також мінімізується дитяча смертність та збільшиться тривалість життя населення.

### **Література:**

1. Найдовше в ЄС люди живуть в Італії та Іспанії. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zl.ua/word/naydovshe-v-yes-lydi>
2. Система охорони здоров'я в Японії. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://msvitu.com.article>
3. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ: НАДУ, 2013. 310 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser\\_Dolgih.pdf](https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser_Dolgih.pdf)
4. Дехниховська К. А. Європейські принципи і методи функціонування системи охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.izbis-ubuv.gov.ua>
5. Система охорони здоров'я в Швеції. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.za-kordon.in.ua/>
6. Досвід становлення та розвитку управління охорони здоров'я населення країн ЄС. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.trtmo.te.ua.upr>
7. Длугопольський О. В. Теорія економіки державного сектора [Текст]: навч. посіб. / О. В. Длугопольський. – Тернопіль: Наукова думка, 2007. – 489 с. – Режим доступу: <https://scholar.google.com.ua/>

### **References:**

1. Naidovshe v YeS liudy zhyvut v Italii ta Ispanii [The longest people in the EU live in Italy and Spain]. (n.d.). zl.ua. Retrieved from: <https://zl.ua/word/naydovshe-v-yes-lydi> [in Ukrainian].
2. Systema okhorony zdorovia v Yaponii [Health care system in Japan]. (n.d.). msvitu.com. Retrieved from: <https://msvitu.com.article> [in Ukrainian].
3. Prof. Radysh Ya. F.(2013). Derzhavne upravlinnia okhorony zdorovia v Ukraini: geneza i perspektyvy rozvytku: monohrafiia [Public Health Administration in Ukraine: Genesis and Development Prospects: Monograph] (pp.142). Retrieved from [https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser\\_Dolgih.pdf](https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/diser_Dolgih.pdf) [in Ukrainian].
4. Dekhnykhovska K. A. Yevropeiski prynstypy i metody funktsionuvannia systemy okhorony zdorovia. [Dekhnykhovskaya K.A. European principles and methods of functioning of the health care system]. (n.d.). izbis-ubuv.gov.ua. Retrieved from: <https://www.izbis-ubuv.gov.ua> [in Ukrainian].
5. Systema okhorony zdorovia v Shvetsii [Health care system in Sweden]. (n.d.). za-kordon.in.ua. Retrieved from: <https://www.za-kordon.in.ua> [in Ukrainian].
6. Dosvid stanovlennia ta rozvytku upravlinnia okhorony zdorovia naseleennia krain YeS [Experience in the formation and development of public health management in the EU]. (n.d.). trtmo.te.ua. Retrieved from: <https://www.trtmo.te.ua.upr> [in Ukrainian].
7. Dluhopolskyi O. V. (2007) Teoriia ekonomiky derzhavnoho sektora [Theory of public sector economics]. Ternopil: Naukova dumka (pp. 489). Retrieved from <https://scholar.google.com.ua/> [in Ukrainian].