

Ключові слова: довіра, охорона здоров'я, цифрові технології, відкриті дані.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Феномен довіри є предметом наукових досліджень з початку 80-х років минулого століття. Економісти, політологи, психологи, соціологи з погляду різних теоретичних уявлень утверджували думку, що довіра є ключовим фактором суспільного розвитку. Потреба теоретичного вивчення феномену довіри зумовлена загальною світовою тенденцією до пониження її рівня навіть в суспільствах, які мають політичні і економічні підстави для її усталення.

Глобальні тенденції пониження рівня суспільної довіри, які підтверджуються даними численних соціологічних досліджень, що ілюструють кількісні виміри задоволення якістю суспільних послуг або сприйняття політичних партій та державних інституцій, зумовлюють потребу рефлексії знання про феномен довіри в сучасному науковому дискурсі. Це стосується і проблеми наукового опанування сенсу довіри в системі охорони здоров'я, яка, незважаючи на зростаючий дослідницький інтерес та широке використання терміну «довіра» в медичній сфері, залишається недостатньо розробленою.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета дослідження – вивчення феномену довіри в системі охорони здоров'я в умовах розвитку цифрових технологій.

Завданнями дослідження є: вивчення наукових праць з проблеми формування довіри до суспільних інститутів; характеристика впливу цифрових технологій на підвищення рівня довіри в системі охорони здоров'я.

Предмет дослідження – феномен довіри в системі охорони здоров'я в умовах цифровізації.

Загальна методика виконаного дослідження включає теоретичний аналіз, заснований на наукових працях вітчизняних та зарубіжних дослідників, нормативно-правових документах з проблеми формування довіри до суспільних інститутів, зокрема, охорони здоров'я, в умовах цифровізації. З метою вивчення феномену довіри в охороні здоров'я та фактора цифровізації, що впливає на

підвищення її рівня, у ході ситуаційного аналізу виконано кабінетні дослідження з використанням офіційних статистичних публікацій Центральних органів виконавчої влади, соціологічних досліджень офіційних агенцій, аналітичні огляди Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Загальнотеоретичну основу дослідження феномену довіри складають підходи: Н. Лумана, який розглядає довіру як властивість, притаманну відносинам, яка знижує складність, пов'язану з невизначеністю в майбутньому [9]; А. де Токвіля, який трактує довіру як суспільне благо [21]; П. Штомпки, який розглядає довіру як соціальну взаємодію активних громадян [17]; Ф. Фукуями, який описує довіру як очікування, яке виникає у співтоваристві регулярної, чесної та колективної поведінки, заснованої на загальних нормах, з боку інших членів спільноти [4].

Ф. Тенніс одним із перших виділив два види довіри: міжособистісна, яка виникає в результаті соціального порядку, та інституційна, яка визначається економічною взаємозалежністю і професіоналізацією [20]. Згідно з Е.Дюркгеймом [3], умовою довіри є загальні норми і цінності, що дозволяють зробити поведінку індивіда передбачуваною. Завдяки наявності загальних переконань та інтересів соціальні відносини стають міцнішими і стабільними.

Українська дослідниця Т.Стеценко вважає довіру одним із інтегруючих елементів соціального капіталу, поряд із солідарністю, толерантністю та взаємністю. Вчена виокремлює такі функції довіри, як утворення та підтримка соціальних зв'язків, обмін матеріальними та нематеріальними ресурсами, зокрема інформацією, забезпечення допомогою, соціальною та психологічною підтримкою [19].

Незважаючи на велику кількість наукових праць вітчизняних та зарубіжних вчених, вивченню феномену довіри в охороні здоров'я приділена незначна увага. Крім того, методологічна база дослідження феномену довіри в системі охорони здоров'я зведена, переважно, до соціологічних опитувань населення та експертів, що не дає ґрунтовної відповіді на питання вирішення проблеми формування довіри до даного суспільного інституту. Важливість вивчення феномену довіри в охороні здоров'я має двоякий характер: на інсти-

туційному рівні довіра виступає індикатором підтримки змін, що відбуваються в системі, зокрема змін, що стосуються цифровізації, а на особистісному рівні – обумовлює поведінку людей у ситуації реального вибору.

Виклад основного матеріалу дослідження. Довіра в системі охорони здоров'я (за класифікацією типів суспільств Е.Гідденса [5]) може розглядатися з трьох позицій:

- довіра до системи охорони здоров'я в цілому – системна;
- довіра до медичних організацій – інституційна;
- довіра до особи медичного працівника (лікаря), яка складається у процесі взаємодії – міжособистісна довіра.

У низці досліджень довіра розглядається в контексті суспільної довіри до охорони здоров'я. Суспільна довіра розглядається науковцями як створений позитивний імідж суб'єкту в інформаційному просторі [6, 22].

У більшості досліджень довіра розглядається як критерій для оцінки якісного медичного обслуговування, аспект ефективного управління медичною установою та функціонування системи охорони здоров'я [6, 8].

На формування довіри у системі охорони здоров'я впливає безліч факторів: демографічні (гендерні, статево-вікові), соціально-економічні, релігійні (релігійна активність та віросповідання) [2], культурно-поведінкові (сформована культура здорового способу життя) [1], психологічні [10]. На основі досліджень британські вчені роблять висновок, що довіра та потреба в ній залежать від характеру та ступеня стану здоров'я (ступеня ризику, на який наражається пацієнт у разі відмови від лікування) [12].

Опосередковано ступінь довіри до інститутів публічної влади, які формують та реалізують державну політику в сфері охорони здоров'я, в нашій країні можна оцінити за результатами соціологічних опитувань, які проводяться вітчизняними рейтинговими агенціями і направлені, як правило, на вимірювання настроїв громадян щодо задоволеності медичним сервісом, професіоналізмом медичних працівників, ходом медичної реформи та діяльністю керівника Міністерства охорони здоров'я України.

Результати опитування населення України віком від 18 років в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу, проведеного Соціологічною групою «Рейтинг» 24-28 березня 2021 року методом особистого формалізованого інтерв'ю показали, що 46 % респондентів оцінюють як високий рівень професіоналізму та компетентності лікарів в Україні, 42 % опитаних – оцінюють рівень професіоналізму лікарів дуже низько. Динаміка опитувань показує, що з липня 2020 року зросла кількість тих, хто оцінює як високу компетентність українських медиків. Серед опитаних – 47 % зверталися за медичною допомогою в державні заклади охорони здоров'я протягом останніх півроку, 53 % – не зверталися. Останніх більше серед наймолодшої вікової групи (18-29 років) та чоловіків. Серед тих, хто звертався, 43 % на «добре», або «відмінно» оцінили якість отриманих послуг, 33 % – оцінили на «задовільно», 23 % – на «погано», чи «жахливо». Останніх найбільше серед людей старшої вікової групи (старше 60 років), чоловіків, жителів міст та представників біднішого прошарку [11].

Сьоме українське муніципальне опитування, проведене в 24 обласних центрах України, містить розділ щодо оцінювання діяльності місцевої влади з виконання повноважень в сфері організації медичного обслуговування населення. Опитувальник складено на основі простої рангової шкали, коли респондент у відповіді на запитання: «Оцініть якість послуг медичних закладів вашого міста», ідентифікував власний сервісний досвід з позиціями запропонованих альтернативних оцінок: «відмінно, добре, середньо, погано, жахливо, важко відповісти/немає відповіді. Лідером рейтингу виявилось місто Вінниця, де 7 % опитаних оцінили якість послуг муніципальної охорони здоров'я на «відмінно» і 28 % – на «добре» [18].

Із метою відстеження позитивних і негативних тенденцій у системі охорони здоров'я з погляду громадян, а також впливу впровадження медичної реформи на досвід і задоволеність населення в Україні проводиться щорічне Всеукраїнське дослідження «Індекс здоров'я. Україна», засноване Міжнародним фондом «Відродження», Київським міжнародним інститутом соціології та Школою

охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія» за прототипом європейського дослідження індексу споживачів охорони здоров'я (Euro Health Consumer Index). Дизайн дослідження враховує трансформацію системи охорони здоров'я в Україні, зміну принципів фінансування, запровадження нових програм і включає соціологічні оцінки респондентів щодо задоволеності сімейним лікарем, стаціонарною допомогою, лояльності до щеплень, обізнаності щодо соціально-небезпечних хвороб, суб'єктивного сприйняття власного здоров'я [7].

Обмеженість інструментів, застосовуваних дослідниками для виміру довіри в системі охорони здоров'я на макрорівні, використання різних тлумачень поняття «довіра», не розробленість методологічних підходів, значна варіація у виборі предмету і об'єкту емпіричних досліджень ускладнюють порівняння і узагальнення отриманих даних. Це, на жаль, не дозволяє отримати результати спрямовувати на формування теоретичної і концептуальної основи розуміння довіри в системі охорони здоров'я, ефективно їх застосовувати в процесі формування публічної політики та у практиці публічного управління.

Розуміння довіри в системі охорони здоров'я на мікрорівні, де основу надання медичної допомоги становить взаємодія пацієнта та медичного працівника, також здебільшого формують одноманітні підходи соціологічного спрямування. Відомо, що ефективне надання медичної допомоги вимагає не лише її надання, а й ухвалення та використання медичних послуг пацієнтом. Пацієнт відіграє важливу роль у процесі лікувальних практик, що також підвищує якість взаємодії, полегшує розкриття інформації пацієнтом, дозволяє медичному працівнику стимулювати необхідні зміни у поведінці та надає пацієнту велику автономію у прийнятті рішень при наданні медичної допомоги. Довірчі відносини в системі «пацієнт – медичний працівник» засновані на конкретних очікуваннях та індивідуальній поведінці. Певна форма довіри завжди важлива для забезпечення контексту, в якому медичні працівники та пацієнти можуть взаємодіяти для пошуку та здійснення раціональних способів лікування захворювання.

Пацієнтам часто важко обміркувати, вибрати та прийняти рішення з питань власного здоров'я. У сучасному світі надати підтримку та допомогти з вибором напряму медичної допомоги та відновлення втрачених соціальних зв'язків дозволяє онлайн-комунікація з лікарем. Електронне опосередковане спілкування між пацієнтом і медичним працівником відкриває нову зону рефлексії знання про стан особистого здоров'я.

В умовах цифровізації онлайн-комунікація виконує основну функцію підтримки міжособистісної довіри в системі охорони здоров'я, завдяки їй пацієнти набувають доступу до професійних консультацій з будь-якої точки країни з можливістю швидкого зворотного зв'язку та персональним підходом, отримують онлайн-контроль свого здоров'я та можливість самонавчання, що підвищує активну участь в управлінні своїм здоров'ям та довіру до системи охорони здоров'я в цілому.

На інституційному рівні медичні організації можуть здійснювати моніторинг віддалених результатів лікування та своєчасно виявляти ускладнення, брати участь у формуванні потоків пацієнтів, знижуючи адміністративні витрати, залучати персонал до інноваційних форм роботи, управляти потоками пацієнтів на основі актуальної інформації, залучати фахівців, розвивати культуру здоров'я, підвищувати якість реабілітації, сприяти поверненню пацієнтів до трудової активності.

На системному рівні органи публічного управління галуззю за допомогою використання інформації цифрових сервісів отримують можливість формувати фінансову, кадрову, інформаційну політику в охороні здоров'я, управляти ресурсами галузі в умовах виникнення системних криз, забезпечувати контроль над цільовим використанням бюджетних коштів.

Контролювати роботу органів публічної влади, медичних установ, покращувати державні сервіси, створювати нові послуги та інструменти допомагають відкриті дані, які згідно з визначенням українського законодавства – є публічною інформацією «у форматі, що дозволяє її автоматизоване оброблення електронними засобами, вільний та безоплатний доступ до неї, а також її подальше використання» [14].

Згідно з положенням про Міністерство охорони здоров'я України, на нього покладено обов'язок впровадження електронної системи охорони здоров'я, ведення баз даних та електронних реєстрів. Із цією діяльністю тісно пов'язане оприлюднення відкритих даних у сфері охорони здоров'я, набори яких створюють на основі інформації, розпорядником якої є МОЗ [13].

Згідно з вимогами Положення про набори даних, які підлягають оприлюдненню у формі відкритих даних МОЗ повинно публікувати 23 набори даних на Єдиному державному веб-порталі відкритих даних [16].

У 2018 році у межах реформи системи охорони здоров'я створено державний виконавчий орган – Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка оприлюднює відомості, що можуть сприяти підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або власником яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та щодо інформації з обмеженим доступом. Усі набори відкритих даних НЗСУ публікуються на Єдиному державному веб-порталі відкритих даних. Перші набори відкритих даних з'явилися у вересні 2019 року [15].

Можливість обміну інформацією в електронному вигляді між Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України, медичними установами, пацієнтами, аптеками та іншими учасниками системи охорони здоров'я забезпечує система eHealth – електронне здоров'я. З одного боку, ключовим наслідком електронного обміну інформацією стала можливість оприлюднити дані, які перебували у розпорядженні НСЗУ, а з іншого – саме відкриті дані та їх візуалізація стали важливим інструментом розвитку та функціонування медичної реформи.

Серед відкритих даних, розпорядником яких є НСЗУ, найбільшою популярністю користується набір «Внесені в електронну систему охорони здоров'я декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги». Станом на початок 2021 року цей набір належить до десяти найбільш популярних наборів на Єдиному державному веб-порталі відкритих даних.

П'ять найбільш популярних наборів даних НСЗУ за станом на початок 2022 року мають такий вигляд:

1. Внесені в eHealth декларації про вибір сімейного лікаря.
2. Інформація про суб'єктів господарювання, які уклали договір із НСЗУ за програмою медичних гарантій.
3. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій.
4. Інформація про аптечні заклади, які уклали договір із НСЗУ за програмою реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки» та відпускають ліки за електронними рецептами.
5. Інформація про виписані електронні рецепти за програмою реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки».

Окрім публікації даних, НСЗУ створює на їхній основі аналітичні дашборди для візуалізації інформації. У лютому 2019 року НСЗУ розмістила на своєму сайті перший дашборд про виплати медичним закладам первинної медичної допомоги за укладеними договорами. Однією з цілей розміщення інформації про виплати було забезпечення прозорості та підтвердження правомірного використання коштів. У 2021 році обсяг користування дашбордами на сайті НСЗУ становить 20 % від усього трафіку сайту. Загалом за 2021 рік кількість переглядів дашбордів на сайті НСЗУ становила 3,5 млн. [23].

У 2021 році Національна служба здоров'я запустила нові аналітичні панелі з актуальною інформацією (табл. 1)

Таблиця 1

Дашборди Національної служби здоров'я України

Назва дашборду	Зміст
Статистика ведення медичних записів щодо вакцинації населення	Інформація щодо рівнів вакцинації в Україні в розрізі регіонів, медичних закладів, віку, статті вакцинованих, часового періоду вакцинації

продовження таблиці 1

Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги	Інформація щодо функціонування первинної медичної допомоги, її процеси та результати. Їх подано у вигляді таблиці, графіків та карти України. Система містить дані про щільність центрів та місць надання первинної допомоги, забезпеченість лікарями та реєстрацію пацієнтів; моніторинг розвитку дитини впродовж першого року життя; загальне використання медичних послуг; оцінювання ризику гіпертонії; охоплення реімбурсацією.
Статистика створення медичних висновків про тимчасову неприцездатність МВТН)	Дані наведено у вигляді таблиці, графіків і карти. Їх можна відфільтрувати за різними параметрами: населеним пунктом, формою власності, надавачем послуг, спеціалізацією лікаря, категорією МВТН, періодом тощо.
Звіт про доходи та витрати надавачів медичних послуг (окремі показники)	Дашборд дозволяє проаналізувати структуру доходів та витрат як у країні загалом, так і в розрізі областей, населених пунктів або конкретного медичного закладу. На сторінках дашборду представлено структури надходжень коштів; придбання та оприбуткування; покриття витрат. Також можна побачити структуру витрат на оплату праці та фінансові показники закладів.
Стан подання звітів щодо забезпеченості надавачів медичних послуг засобами індивідуального захисту	На дашборді розміщено інформацію про заклади, які мають договір на надання допомоги від COVID-19 і подали інформацію про забезпеченість засобами індивідуального захисту.
Стан подання звітів про наявність чи відсутність інцидентів під час надання медичних послуг	На дашборді розміщено інформацію щодо поданих медичними закладами відповідних звітів про випадки, які сталися в закладі під час надання медичної допомоги. Йдеться, про інциденти, пов'язані із лікарськими помилками при здійсненні лікування, призначенні ліків, переливанні крові, хірургічному втручанні тощо.

продовження таблиці 1

Результати анкетування щодо доступності будівель для осіб з інвалідністю	Дашборд містить актуальну інформацію та деталізацію щодо інклюзивності будівель медичних закладів для осіб з інвалідністю: регіони, кількість місць, де надається медична допомога, кількість і частка медзакладів, які відповідають умовам доступності.
Перелік лабораторій, що пройшли референс-дослідження в ЦГЗ та можуть проводити дослідження на Sars-Cov-2 методом ПЛР	Інтерактивна карта України, з якої можна дізнатися про верифіковані лабораторні заклади, їхню загальну кількість і частку зареєстрованих в ЕСОЗ. Також вказано кількість верифікованих лабораторій у розрізі областей.

Джерело: [22]

Розпорядником усіх даних у вигляді дашбордів та інформації у форматі відкритих даних є НСЗУ, за винятком дашбордів про поширення коронавірусу, є Центр громадського здоров'я МОЗ України.

НСЗУ використовує кілька підходів, ухвалюючи рішення стосовно того, які дані відкрити та опублікувати. Перший підхід – це врахування запитів, які НСЗУ отримує від користувачів своїх продуктів або даних. Другий – внутрішні обговорення і затвердження пропозицій аналітиків НСЗУ, які відстежують, зокрема, динаміку розвитку реформи медичної системи та виклики і можливості цих змін.

Також НСЗУ працює над аналітичними показниками клінічної практики кожного з медичних закладів, які надають послуги на замовлення служби: коли даних у системі буде достатньо для аналізу, пацієнти зможуть спиратися на ці показники, обираючи медичний заклад, який надає кращі та якісніші певні медичні послуги. Це допоможе пацієнтам ухвалювати більш обґрунтовані рішення, що також впливатиме на удосконалення якості медичних послуг, ефективність роботи медичних закладів. А також стане інструментом порівняння рівня наданих послуг та ухвалення рішень для самих

лікарів, керівництва медичних закладів, місцевої влади, що сприятиме формуванню довіри до інституційної системи охорони здоров'я.

Висновки. Цифрове середовище, як комунікативний простір, має значний потенціал і може виступати не лише генератором довіри, а й засобом управління довірою, формуючи нові моделі комунікації суб'єктів охорони здоров'я. Значення цифрових технологій з використанням відкритих даних НСЗУ та МОЗ України, а також створених на їх основі онлайн-сервісів, аналітичних модулів, застосунків і чат-ботів, у формуванні довіри пересічних громадян, громадськості до системи охорони здоров'я, можна оцінити наступним чином:

1) Завдяки відкриттю даних вдалося досягнути антикорупційного ефекту – підвищення прозорості та підзвітності НСЗУ та МОЗ – розпорядників бюджетних коштів в галузі охорони здоров'я. Дашборди НСЗУ про виплати медзакладам і деталізацію відпущених лікарських засобів за програмою реімбурсації, сервіс «Є ліки», який використовує дані медичних закладів про надходження та залишки ліків, є прикладами антикорупційних інструментів;

2) Громадськості дані допомагають слідкувати за перебігом медичної реформи в Україні та швидко й якісно отримувати інформацію про медичні послуги. Сервіс «Є ліки» дає змогу отримати лікарські засоби у межах програми реімбурсації. Портал MedKontrol – обрати медичний заклад, лікаря та записатися на прийом онлайн, а також дистанційно отримати інформацію щодо захворювань, медичної діагностики та ліків. Медбот «Марта» допомагає оперативно та зручно отримати інформацію про перебіг медреформи, знайти необхідного лікаря та записатись на прийом без звернення напряму до медичного закладу;

3) ЗМІ отримують нові джерела інформації та інструменти для аналітики, ефективного моніторингу та контролю витрат бюджетних коштів у межах підготовки публікацій та інформаційних матеріалів.

4) Органи публічної влади, що відповідають за реалізацію медичної реформи в Україні та організацію системи охорони здоров'я

It is emphasized that the understanding of trust in the health care system is mostly shaped by uniform approaches of a sociological orientation, which makes it impossible to use them for the justification of state-management decisions and the formation of state policy in health care.

At the systemic level, the public management bodies of the industry with the help of information from digital services get the opportunity to form financial, personnel, and information policy in health care, manage the resources of the industry in conditions of systemic crises, and ensure control over the targeted use of budget funds. It was determined that in the conditions of changes, the wide use of digital technologies and services is important for the formation of trust in health care. The main directions of the influence of digital technologies on the formation of trust in health care at the systemic, institutional and interpersonal levels have been studied. It was concluded that the digital information environment, as a communicative space, has significant potential and can act not only as a generator of trust, but also as a means of managing trust, forming new models of communication between authorities, public organizations, mass media, health care institutions and population.

Key words: *trust, healthcare, digital technologies, open data.*

Received: 13.06.22

References

1. Ahnquist J, Wamala SP, Lindström M. (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the national Swedish survey of public health. *Int J Qual Health Care*, 22(4):250-8. [in English]
2. Benjamins MR. (2006). Religious influences on trust in physicians and the health care system. *Int J Psychiatry Med*, 36(1):69-83 [in English]
3. Durkheim E. (1991). *O razdelenyy obshchestvennoho truda. Metod sotsyolohyy [On the division of social labor. Method of sociology]*. M. : Nauka, 576 [in Russian]
4. Fukuyama F. (2004). *Doverye: sotsyalnye dobrodetely y put k protsvetanyiu [Trust: social virtues and the path to prosperity]*. ACT Publishing House: CJSC NPP Yermak, 730 [in Russian]

5. Giddens E. (2005). *Ustroenye obshchestva: Ocherk teoryy strukturatsyy* [Organization of society: Essay on the theory of structuration]. M: Academic Project, 528 [in Russian]

6. Gille, F., Smith, S. & Mays, N. (2017). Towards a broader conceptualisation of 'public trust' in the health care system. *Soc Theory Health*, 15: 25-43 [in English]

7. Indeks zdorovia. Ukraina – 2019 [Health index. Ukraine - 2019]. [Online], Retrieved from <https://health-ua.com/article/60092-ndeks-zdorovyia-ukrana--2019> [in Ukrainian].

8. Laziness L. S., Nikulina T. N. (2016). Upravlenye medytsynskym uchrezhdenyem v sovremennykh uslovyiakh: problemy u puty resheniya [Management of a medical institution in modern conditions: problems and solutions]. *Bulletin of the Astrakhan State Technical University. Series: Economy*, 2: 73-80 [in Russian]

9. Luman N. (2001). *Vlast [Power]*. M: Praksys, 256 [in Russian]

10. Lyadova A. V., Lyadova M. V. (2016). Osobennosty formyrovaniya vzaymootnosheni v systeme vrach-patsyent v sovremennykh uslovyiakh [Features of the formation of relationships in the doctor-patient system in modern conditions]. *Sociology of medicine*. 15(2):116-121 [in Russian]

11. Otsinka medychnoi sfery v Ukraini (24-28 bereznia 2021 roku). [Assessment of the medical field in Ukraine (March 24-28, 2021)]. [Online], Retrieved from https://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoy_sfery_v_ukraine_24-28_marta_2021.html [in Ukrainian].

12. Plomp H, Ballast N. (2010). Trust and vulnerability in doctor-patient relations in occupational health. *Occup Med (Lond)*. 60(4):261-9. [in English]

13. Polozhennia pro Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy [Regulations on the Ministry of Health of Ukraine]. Approved by Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated November 2, 2006 No. 1542. [Online], kmu.gov.ua Retrieved from <https://www.kmu.gov.ua/npas/53786660>

14. Pro dostup do publichnoi informatsii : Zakon Ukrainy [On access to public information: Law of Ukraine] №2939-VI, 13.01.2011. [Online], zakon.rada.gov.ua Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2939-17>

15. Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy [About the formation of the National Health Service of Ukraine]. Resolution of the CMU of December 27, 2017 No. 1101. [Online], Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#n15>

16. Pro zatverdzhennia Polozhennia pro nabory danykh, yaki pidliahaiut opryliudnenniu u formi vidkrytykh danykh [On the approval of the Regulations

on data sets to be made public in the form of open data]. CMU Resolution No. 835 of October 21, 2015. [Online], Retrieved from <https://www.kmu.gov.ua/npas/248573101>

17. Shtompka P. (2012). *Doverye – osnova obshchestva [Trust is the foundation of societies]*. M: Lohos, 440 [in Russian]

18. Some ukrainske munitsypalne opytuvannia: 17.09.2021 [Seventh Ukrainian municipal survey: 09/17/2021]. [Online], Retrieved from https://ratinggroup.ua/research/regions/sedmoy_vseukrainskiy_municipalnyy_opros.html [in Ukrainian].

19. Stetsenko T. O. (2013). *Dovira yak skladova sotsialnoho kapitalu [Trust as a component of social capital]: autoref. thesis*. K. Sociol. N.; NAS of Ukraine, Institute of Sociology, 16 [in Ukrainian].

20. Tennis F. (2002). *Obshchnost y obshchestvo. Osnovnye poniatiya chystoi sotsyolohyy [Community and society. Basic concepts of pure sociology]*. SPb. Story by: Vladimir Dal, 452 [in Russian]

21. Tokvyl A. (1993). *Demokratyia v Ameryke [Democracy in America]*. M : Prohress, 560 [in Russian]

22. Van der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. (2007). Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy*, 81(1):56-67 [in English]

23. 23. Zvit Natsionalnoi slsuzhby zdorovia Ukrainy. (2021) NSZU : K, 2021. [Report of the National Health Service of Ukraine]. NHSUkraine : K, [Online], nszu.gov.ua Retrieved from <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti>

Відомості про автора / Information about the Author

Курносенко Лариса Володимирівна: Національний університет «Одеська політехніка»: проспект Шевченка, 1, м. Одеса, 65004, Україна.

Larysa Kurnosenko:Odessa Polytechnic University: Shevchenko avenue 1, Odessa, 65004 Ukraine.

ORCID. ORG/0000-0003-2309-695X

E-mail: lara_w@ukr.net