

УДК 351.77:416.2

DOI <https://doi.org/10.32840/pdu.2020.1-2.15>**М. В. Долгіх**аспірант кафедри публічного управління та адміністрування  
Міжрегіональної академії управління персоналом

## **ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Сучасна практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людиноцентричної парадигми глобального економічного розвитку й соціального прогресу, передумовами яких є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, забезпеченню довголіття населення.

Міжнародні організації, такі як Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом приділяють багато уваги показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно з ними рівень розвитку різних країн світу в цілому.

Підхід міжнародних експертів до вивчення питань механізмів публічного управління системою охорони здоров'я базується на аналізі та порівнянні ефективності функціонування трьох галузей – політичної (рівень демократії в ній), економічної (ВВП на душу населення) і медичної, яка відповідає політичному й економічному стану країни.

Аналіз наукових джерел показав, що деякі питання вивчення міжнародного досвіду інших країн щодо функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я актуалізуються в працях багатьох учених. Однак попри наукову й практичну цінність опублікованих праць основні питання, пов'язані з вибором критеріїв оцінки рівня розвитку зарубіжних країн у системі охорони здоров'я, досі залишаються невирішеними.

За основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність та інші) найкращими є Японія, Німеччина та США.

Проаналізувавши державно-управлінське, правове й організаційне забезпечення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Японії, США, Канаді, Німеччині та інших країнах, ми можемо констатувати, що безоплатне надання у будь-яких обсягах всіх видів медичної допомоги для громадян – недосяжна мрія. Тому що навіть високорозвинені країни не можуть собі дозволити розкіш надавати безплатно медичні послуги.

Досвід цих країн слід вважати актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку й поліпшення інституційного й організаційного середовища України в рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн також є дуже корисним для України й може бути застосований після його відповідної адаптації до українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, включно із сімейною медициною, з урахуванням міжнародного досвіду й аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах на конкретних територіях.

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, реформування системи охорони здоров'я, кадри системи охорони здоров'я, державне управління системою охорони здоров'я.

**Постановка проблеми.** Світова практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людиноцентричної парадигми глобального економічного розвитку й соціального прогресу, передумовами чого є якість людського

потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, забезпеченню довголіття населення [11].

Міжнародні організації, такі як Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк

реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я останнім часом приділяють багато уваги показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно з ними рівень розвитку різних країн світу в цілому.

Підхід міжнародних експертів до вивчення питань механізмів публічного управління системою охорони здоров'я базується на аналізі й порівнянні ефективності функціонування трьох галузей – політичної (рівень демократії в ній), економічної (ВВП на душу населення) і медичної, яка відповідає політичному та економічному стану країни [4, с. 103].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Аналіз наукових джерел показав, що деякі питання вивчення міжнародного досвіду інших країн щодо функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я актуалізуються в працях багатьох учених. Однак попри наукову й практичну цінність опублікованих праць основні питання, пов'язані з вибором критеріїв оцінки рівня розвитку зарубіжних країн у системі охорони здоров'я, досі залишаються невирішеними [15].

**Метою статті** є розгляд закордонного досвіду формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

**Виклад основного матеріалу.** Формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я проводиться відповідно до стратегічних напрямів, окреслених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, основні з яких були визначені на 17-й (1963 р., Нью-Йорк) і 35-й (1983 р.) сесіях. Також були обговорені 12 принципів реалізації механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, що впливають з позиції повної відповідальності уряду за забезпечення прав людини на охорону здоров'я, розроблені для більшості національних систем державного управління [16].

Можна назвати три найкращі країни за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність та інші): Японія, Німеччина та США [3, с. 123].

У **Японії** чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри й місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхня діяльність координується Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються відділи охорони здоров'я, відповідальні за управління місцевими програмами розвитку здоров'я. У префектурах і великих муніципалітетах створюються медичні центри (кожен центр обслуговує близько 100 000 жителів), що фінансуються як національними, так і місцевими органами влади.

Для Японії характерна «сильна» система державного регулювання сфери фінансування охорони здоров'я й медичного страхування, причому громадськість упевнена в належному контролі цих питань з боку держави. За даними опитування, проведеного Health and Global Policy Institute, понад 60% опитаних респондентів задоволені сучасним станом системи охорони здоров'я Японії.

Уряд регулює практично всі аспекти системи загального медичного страхування. Він установлює прайс-листи медичних послуг і субсидіює органи місцевого самоврядування, страхові компанії та постачальників, установлює для них правила. Префектури Японії виконують ці правила й регулюють постачання в регіони лікарських засобів, що відпускаються національним урядом. Муніципалітети організовують заходи щодо зміцнення здоров'я місцевого населення, а також забезпечують його довгострокове страхування на вигідних умовах [17].

Важлива роль у формуванні медичної політики належить Міністерству фінансів, що формує для Кабінету Міністрів Японії річний бюджет на охорону здоров'я та медичне страхування [12].

Японська система охорони здоров'я тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Основними установами, що працюють у тісному контакті з системою охорони здоров'я Японії, є Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції та продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпе-

чення та Бюро жертв війни, Бюро здоров'я й добробуту літніх людей, Бюро медичного страхування та Бюро пенсійного забезпечення [4, с. 106].

Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я в ній є недешевою. Близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування. Насправді в Японії дві основні системи, які надають медичні послуги більшості населення: Національна система страхування здоров'я (в основному охоплює дрібних власників та їхні сім'ї, інвалідів та інші соціально-незахищені верстви населення) і система страхування осіб найманої праці, що є найбільшою в Японії. У цій системі працюють різні програми, деякі з них належать державі, що сама є «страховиком» здоров'я населення. На відміну від програм системи страхування осіб найманої праці в програмах Національної системи страхування здоров'я страховиком є саме суспільство, створене адміністрацією й працівниками одного або декількох підприємств однієї галузі.

Немає обмежень щодо вибору лікаря й виду лікарняного страхування. З більшою частістю медичних послуг передбачено пайову участь пацієнтів у межах від 10 до 30% [9].

На сьогодні в Японії введено заборону на прибуток страхових компаній за послуги в галузі медицини, а також обмеження на оплату роботи медиків, які припускаються серйозних помилок у догляді за пацієнтами. Саме цього бракує українському сектору охорони здоров'я, де медичне страхування – це відверта «підгодівля» для кмітливих, спритних бізнесменів, які зайняли цю дуже вигідну нішу [2; 3].

У Японії, як і в багатьох європейських країнах, амбулаторну допомогу надають терапевти й сімейні лікарі. Саме це значною мірою дає змогу розвантажити лікарів основних поліклінік і лікарень у районах. За останні роки в країні сформовано три громадські організації сімейних лікарів: Академія сімейної медицини, яка об'єднує близько 2100 членів, Товариство загальної медицини (4600 членів) і Товариство первинної медичної допомоги (1000 членів). На перспективу керівниками цих організацій обговорюється питання про їх

майбутнє об'єднання в єдину структуру – Федерацію товариств первинної медичної допомоги [9].

Попри це можемо сказати, що Японії необхідно додатково вдосконалювати механізми публічного управління системою охорони здоров'я, особливо в частині заохочення населення до здорового способу життя. Щоб вирішити цю проблему, уряд Японії прийняв Національну програму «Здорові люди – 21». Ця програма сприятиме активній участі населення в підтримуванні власного здоров'я. Основна її ідея – активна співпраця уряду й громадськості у сфері охорони здоров'я [7, с. 170].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я є типовою для **Сполучених Штатів Америки**, де медичні послуги оплачуються, переважно, державою. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на це понад 10% сімейного доходу. Розмір медичної допомоги зазвичай залежить від розміру внеску. Більшість американців страхують роботодавці або такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже кілька десятиліть. Вона підтримується в межах штатів такими організаціями, як «Синій хрест» і «Синій щит», які зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає [1].

США витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я. Це майже найбільший показник у світі. Однак зауважимо: великий розмір фінансування не завжди гарантує рівний і належний доступ усім громадянам до медичної допомоги.

У 2018 р. понад 15% американців взагалі були незастраховані. Причиною цього була висока вартість страхування, втрата роботи або неможливість отримати страхову субсидію. Водночас громадяни без страховки можуть скористатися послугами некомерційних медичних центрів і невідкладних стаціонарів у лікарнях, але часто вони їдуть звідти, не отримавши належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити загальний стан пацієнта й стабілізувати його, а не лікувати людину. Страхування також не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків [1].

Більшість американців користуються певними програмами страхування й отримують так звану «керовану» допомогу. Через мережу посередників їх направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенівських кабінетів та інших установ. Деякі програми страхування не охоплюють лікування хронічних захворювань.

Третина американців отримує медичну допомогу за програмами страхування «Медікейр» і «Медікейд», що фінансуються платниками податків.

«Медікейр» – національна програма страхування для людей старше 65 років і деяких людей, що перебувають «за межею бідності». У 2017 р. «Медікейр» надала послуги й ліки на суму близько 514 мільярдів доларів.

«Медікейд» – спільна програма державних і федеральних урядів, яку вони спонсорують. 23% американців користуються цією програмою. Її робота також спрямована на страхування певних категорій людей. Покриття «Медікейд» трохи ширше, ніж «Медікейр», але не відповідає потребам усіх. Кожна держава вирішує, хто підпадає під цю програму [13].

У США первинна допомога зазвичай надається сімейними лікарями, які працюють поодиночі, або як частина групи. Сімейні лікарі становлять третину загальної кількості лікарів у країні. Більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працюють у невеликих клініках із чисельністю персоналу менше ніж 5 осіб. Пацієнти можуть обирати лікаря в електронній мережі зареєстрованих постачальників послуг [6, с. 75].

Нами з'ясовано, що загалом американцям не подобається сучасний стан розвитку їхньої медицини. Згідно з результатами опитування, проведеного у 2017 р. Commonwealth Fund, 82% громадян США вважають, що чинна система механізмів публічного управління охороною здоров'я потребує або проведення фундаментальної реформи, або її перебування [8].

Розглядаючи організацію охорони здоров'я у США, варто зазначити, що головним недоліком її системи механізмів публічного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу

населення в Сполучених Штатах Америки становлять 7 290 USD на рік, що більше ніж удвічі перевищує середній показник серед індустріально розвинених держав. Тому досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадити приватне медичне страхування як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові розбіжності в охороні здоров'я [3, с. 125].

Система механізмів публічного управління охороною здоров'я **Німеччини** базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та страхування приватних фондів. Державне страхування має близько 89% населення; приватне – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Фактичний внесок державного медичного страхування у загальні витрати на охорону здоров'я становить понад 60%. Крім того, кошти надходять з інших фондів системи державного страхування (із фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм), а також із державної скарбниці. Внески для державного медичного страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами самоврядування). Урядове агентство контролює їхню діяльність і керує нею [10].

На федеральному рівні систему охорони здоров'я очолює федеральне Міністерство охорони здоров'я й соціального забезпечення, яке також має загальну політику державного медичного страхування, перш за все щодо питання рівності, повноти, порядку надання й фінансування соціальних медичних послуг. Державно-правове регулювання всієї німецької системи соціального страхування в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується державного медичного страхування.

Відповідно до федерального законодавства відповідальність за планування роботи механізмів публічного управління системою охорони здоров'я покладається на землі (всього 16 федеральних земель). Кожна земля повинна забезпечити стабільне фінансування лікарень,

гарантуючи забезпечення суспільних потреб в охороні здоров'я. Тому країна розробляє своє законодавство про охорону здоров'я з урахуванням специфіки регіону, його соціального, економічного розвитку тощо, що є причиною суттєвої різниці в характері, обмеженнях і методах планування медичних програм у регіонах [2, с. 158–160].

Медичне страхування в основному (57%) фінансується шляхом внесків обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung. Цей вид страхування охоплює близько 90% населення, решта або має приватне страхування, або покривається іншими спеціальними державними програмами, наприклад військовослужбовці, працівники поліції, отримувачі соціального забезпечення тощо). Близько 10,5% внесків надходять з інших фондів системи державного страхування (пенсійне страхування, страхування від нещасних випадків на виробництві); інші кошти – від приватних страховиків Private Krankenversicherung (8,4%) і прямих особистих платежів (12,2%).

Таким чином, основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Німеччині є самоврядні регіональні й федеральні лікарняні фонди (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески й забезпечують фінансування охорони здоров'я на рівні соціального забезпечення держави. Всі лікарні є некомерційними організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески й мають право встановлювати ставку внеску, необхідну для покриття витрат.

Серед переваг німецької системи охорони здоров'я – висока якість наданої допомоги, сучасне медичне обладнання в установах профілактичної допомоги, належна кваліфікація медичних працівників і, що найголовніше, доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування забезпечує населення широким спектром безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне й стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплати проїзду до медичного закладу тощо [2, с. 158–160].

**Канада** – федерація з двома конституційно визнаними рівнями влади. Перший рівень – центральний, або «федеральний», уряд, який відповідає за охорону здоров'я, виготовлення фармацевтичних препаратів, фінансування й управління медичними послугами для певної категорії населення. Другий, але конституційно рівний рівень управління складається з десяти органів місцевого самоврядування, які відповідають за широкий спектр програм соціального медичного обслуговування, включаючи велику частину фінансованих і регульованих державою.

Приблизно 70% загальних витрат на охорону здоров'я формуються з загальних податків, що надходять від федеральних, провінційних і територіальних урядів. Більшість державних доходів використовується для забезпечення загальної безоплатної медичної допомоги й субсидування витрат на амбулаторне лікування. Експерти відзначають, що в Канаді, як і в інших країнах світу, витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше, ніж рівень економіки.

Роль федерального уряду в охороні здоров'я полягає в установленні й контролі національних стандартів системи охорони здоров'я відповідно до Закону Канади про охорону здоров'я, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом переказу грошей і виконання функцій, за які він несе конституційну відповідальність. Однією з таких функцій є надання медичних послуг певній частині населення, включаючи ветеранів, військовослужбовців, ув'язнених у федеральних в'язницях і в'язницях Королівської канадської гірської поліції. Інші функції, пов'язані зі здоров'ям, які виконує федеральний уряд, охоплюють охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо [4, с. 121].

Система охорони здоров'я коштує платникам податків 9,5% ВВП. Крім того, кожен мешканець витрачає приблизно 3300 доларів на медичні послуги й товари.

70% витрат на охорону здоров'я покривають федеральні, провінційні й територіальні податки. Щорічно місцеві органи охорони здоров'я отримують транс із загальної скарбниці, що покриває чверть

їхніх витрат. Деякі провінції використовують податки від продажу товарів, таких як алкоголь чи лотерейні білети.

Більшість витрат на охорону здоров'я покривається згідно з планами, що стосуються конкретних провінцій, а також субсидіями на ліки, стаціонарну й домашню допомогу. Решту коштів на охорону здоров'я сплачують безпосередньо канадці. Канадська Medicare не покриває витрати, пов'язані з закупівлею медикаментів, корекцією зору, стоматологічними послугами. Тож людям доводиться або платити самим, або купувати додаткову страховку, яку подекуди сплачують роботодавці [14].

Система охорони здоров'я в Канаді покладається в основному на терапевтів первинної медичної допомоги, які становлять близько 51% лікарів-практиків у Канаді. Вони є своєрідним «посередником» між пацієнтом і системою механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості лікарів-спеціалістів, до лікарняної допомоги, діагностичних оглядів і лікарських засобів, що відпускаються за рецептом. Таких терапевтів первинної медичної допомоги можна змінювати необмежену кількість разів за порадами знайомих і навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають власну приватну практику й користуються високим рівнем самостійності. Багато лікарів працюють у лікарнях чи місцевих оздоровчих центрах (у Квебеку є амбулаторії). Приватним лікарям держава оплачує послуги залежно від наданої ними допомоги. Оплата безпосередньо здійснюється з бюджету провінції чи території. Лікарі, що не практикують, отримують або фіксовану зарплату, або плату залежно від обсягу наданої медичної допомоги.

Коли канадцям потрібна медична допомога, вони звертаються до терапевта чи поліклініки за власним вибором і подають йому карту медичного страхування, видану всім законним громадянам і жителям країни. Канадці не оплачують медичні послуги безпосередньо і їм не потрібно заповнювати різні форми за послуги, що охоплюються страховим полісом. Грошових лімітів чи додаткових платежів за такі послуги немає [5].

Міцна й ефективна первинна ланка медичної допомоги, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини, як ми бачимо, є світовим стандартом якісної й доступної допомоги в цивілізованих країнах, віддзеркалення якого можна сьогодні спостерігати й в Україні [14].

**Висновки і пропозиції.** Проаналізувавши державно-управлінське, правове й організаційне забезпечення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Японії, США, Канаді, Німеччині та інших країнах, ми можемо констатувати, що безоплатне надання всіх видів й у будь-яких обсягах медичної допомоги для громадян – недосяжна мрія. Тому що навіть високорозвинені країни не можуть дозволити собі розкіш надавати цілком безкоштовні медичні послуги.

Досвід цих країн слід вважати актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку й покращення інституційного й організаційного середовища України в рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн також є дуже корисним для України й може бути застосований після його відповідної адаптації до українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні включно із сімейною медициною з урахуванням міжнародного досвіду й аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах на конкретних територіях.

### Список використаної літератури:

1. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP\\_index.htm\\_2011\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2011_2_23).
2. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» ; Одеський державний університет внутрішніх справ. Одеса, 2018. 215 с.
3. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони

- здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: «Юридичні науки»*. 2016. № 4. С. 120–131.
4. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ : НАДУ, 2013. 310 с.
  5. Охорона здоров'я в Канаді, медицина. *Усе про Канаду*. URL <https://canadaua.ca/archives/450>.
  6. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 «Механізми державного управління» ; Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2020. 280 с.
  7. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Серія «Економіка, педагогіка»*. 2018. № 3. С. 170.
  8. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Економіка і менеджмент»*. 2017. Вип. 24 (2). URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29_11).
  9. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 2013. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>.
  10. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.
  11. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bse\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bse_2017_14_7).
  12. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018/9. № 2. С. 168–173. URL: [http://www.jurnaluljuristic.in.ua/archive/2018/5/part\\_1/22.pdf](http://www.jurnaluljuristic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf).
  13. Трансформація. Як працює система охорони здоров'я в США. *Блог Уляни Супрун*. URL: <https://suprun.doctor/transmacziya/yak-praczuje-sistema-oxoroni-zdorovya-v-ssha.html?page408> (дата звернення: 28.01.19).
  14. Як працює система охорони здоров'я Канади. *Український медичний портал*. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-praczuje-sistema-oxoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 28.05.19).
  15. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1. С. 133–141. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums\\_2014\\_1\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2014_1_17).
  16. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 136–140. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18).
  17. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? *Ваше здоров'я*. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medytsyna-yaponiyi-derzhava-usomu-golova/>.

### **Dolgikh M. Foreign experience in designing public health management mechanisms**

*The current practice of providing medical services shows that the implementation of the humanitarian, human-centric paradigm of global economic development and social progress, which is a precondition for the quality of human potential, should contribute to the realization of the basic human right to life and health, and thus to the long-term population.*

*International organizations such as the United Nations, the European Union, the World Bank, the European Bank for Reconstruction and Development, the World Health Organization, have recently paid considerable attention to the indicators of the effectiveness of public health management mechanisms by evaluating according to them the level of development of different countries in the world as a whole.*

*The approach of international experts to the study of public health management mechanisms is based on the analysis and comparison of the effectiveness of the three sectors political (the level of democracy in it); economic (GDP per capita); medical, which corresponds to the political and economic situation in the country.*

*Analysis of scientific sources has shown that some issues of studying the international experience of other countries on the functioning of public health management mechanisms are relevant in the writings of many scientists. However, in spite of the scientific and practical value of the published works, the main issues related to the selection of criteria for assessing the level of development of foreign countries in the health care system remain unresolved.*

*You can identify the top three countries by major health indicators (life expectancy, infant mortality, etc.), including Japan, Germany, and the United States.*

*Having analyzed the government, legal and organizational support of public health management mechanisms in Japan, USA, Canada, Germany and several other countries, we can state that all kinds of medical care and all kinds of medical care are free of charge an unattainable dream, in general. Because even highly developed countries cannot afford the luxury of providing completely free health care.*

*The experience of these countries should be considered relevant from the point of view of forming the strategy of development of health insurance in Ukraine: defining the mission, goals of long-term development and improvement of the institutional and organizational environment of Ukraine in the framework of international cooperation. The experience of functioning of the health systems of European countries is also very useful for Ukraine and can be applied after its adaptation to the Ukrainian realities. This requires strategic planning of the development of public health management mechanisms in Ukraine, including family medicine, taking into account international experience and analysis of the results of its implementation in pilot projects in specific territories.*

**Key words:** *health care system, health care system reform, health care system personnel, public health system management.*