

Кузьменко Г. О.

Міжрегіональна академія управління персоналом

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У статті досліджено, що система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Визначено, що Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів. Наголошено, що ця система існує вже кілька десятиліть та підтримується, у межах штатів, такими організаціями як: Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає. Визначено, що більшість американців користуються певними програмами страхування та отримують так звані "керовані" пільги. Розглянуто Німецьку систему управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. З'ясовано, що в Великобританія забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі.

Виявлено, що за останні роки французька система охорони здоров'я стала чи не однією з найкращих у світі. В основному це було досягнуто за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без «списків очікування», свобода вибору і задоволення потреб пацієнта. Визначено, що Швеція побудувала політику та стратегію, а, також, конкретні програми та проєкти, що впливають на збереження здоров'я населення та попередженню захворювань, а, також, проведенню реабілітації. Національна політика охорони здоров'я Швеції є успішною, однак, в країні не вистачає законодавчої бази про охорону здоров'я та її захист. Досліджено, що в Канаді, витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше за рівень економіки. Розглянуто Канадську систему охорони здоров'я, яка значною мірою залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51% усіх лікарів в цій країні. Більшість лікарів мають свою власну практику та користуються високим ступенем незалежності. В свою чергу держава оплачує послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають.

Ключові слова: публічне управління, система охорони здоров'я, страхування, медичні послуги, ефективність функціонування.

Постановка проблеми. Сьогодні у світі не існує жодної ідеальної, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу прагне створити стійку національну систему охорони здоров'я, яка буде відрізнятися якістю та ефективністю, розвинутою системою надання послуг та фінансування охорони здоров'я. Українська система охорони здоров'я значно відстає від розвинутих країн за багатьма показниками, зокрема за тривалістю життя, смертністю та боротьбою з хронічними та інфекційними захворюваннями. Незважаючи на низькі показники охорони здоров'я, Україна витрачає значні кошти частка валового внутрішнього продукту на медичні послуги, але це, як правило, не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну

політику в цій сфері, високий рівень корупції та неплатоспроможності перетворення цієї системи на рівень світових стандартів охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні застаріла, має багато недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинутих країн світу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вагомий внесок в дослідженні питання зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я внесли такі дослідники, зокрема: Д. Гомон, А. Денисова, Т. Камінська, Н. Карпшин, Н. Костенко, В. Костюк, Г. Муляр, А. Паршикова, М. Поворозник, О. Приятельчук, Т. Федоренко, О. Яремчук та інші. Однак, зазначене питання можна вважати не достатньо розкритим.

Мета роботи. Метою написання статті є комплексне обґрунтування та проведення аналізу

проблемних питань зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Зарубіжна практика надання медичних послуг свідчить про те, що реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я, а отже, довголіття [12, с. 96]. 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 значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу, в цілому.

Варто підкреслити, що на думку дослідниці О. Яремчук, невід'ємною складовою ефективного розвитку держави є підтримка соціальної сфери та формування існуючої в країні системи охорони здоров'я. Дослідниця наголошує, що за ключовими показниками здоров'я (очікувана тривалість життя та дитяча смертність), країнами-лідерами є: Японія, Німеччина та США [13].

Необхідно більш детально зупинитися на особливостях функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в кожній з цих країн.

Перша країна, яка заслуговує на увагу є Японія в якій існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються департаменти охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку охорони здоров'я. Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри (кожен центр обслуговує приблизно 100 000 жителів), які фінансуються як державними, так і місцевими органами влади. Варто додати, що для Японії характерна "сильна" система публічного управління сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування [2, с. 115].

Так, Г. Муляр підкреслює, що система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади [7]. Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної

продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево. Проте слід зауважити, що близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування [7].

Варто також додати, що за словами вченого Н. Карпишин наразі Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів [4]. Вчений також звертає увагу на те, що ця система існує вже кілька десятиліть та підтримується, у межах штатів, такими організаціями як: Синій хрест і Синій щит, які зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає. США витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я, а це можна сказати майже найбільший показник у світі.

Проте варто наголосити, що великі суми не завжди гарантують рівний і хороший доступ до медичної допомоги для всіх громадян. У 2018 році понад 15% американців не були застраховані. Причиною цього стала висока вартість страхування, втрата роботи або неможливість отримати страхову субсидію. Але, слід зауважити, що незастраховані громадяни можуть скористатися послугами некомерційних медичних центрів та лікарень швидкої допомоги. Однак, нажалі пацієнти часто їдуть звідти, не отримуючи належної допомоги. Такі установи можуть лише оцінити загальний стан пацієнта та стабілізувати його, а не лікувати людину.

Окремо слід підкреслити, що на думку дослідниці Т. Федоренко страхівка також не означає надання необмеженої кількості необхідних ліків. Більшість американців користуються певними програмами страхування та отримують так звані «керовані» пільги. Через мережу посередників їх направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенкабінетів та інших установ. Деякі програми страхування не покривають лікування хронічних захворювань. Третина американців отримують медичну допомогу, яку фінансують платники податків, від Medicare і Medicaid. Medicare – це національна програма страхування для людей старше 65 років і деяких людей, які перебувають «за межею бідності». Т. Федоренко також додає, що у 2017 році Medicare надала американцям, які підходять під вимоги страхування,

послуг і ліків на суму приблизно 514 мільярдів доларів [12, с. 97]. Medicaid – це державна програма страхування, доступна для деяких бідних та майже бідних верств населення. Державна програма медичного страхування дітей (CHIP) страхує дітей віком до 19 років із сімей з доходом, надто високим, щоб претендувати на Medicaid. Залежно від штату, цей дохід може досягати або перевищувати 300 відсотків федерального рівня бідності (FPL). Можна сказати, що охоплення Medicaid трохи ширше, ніж Medicare, але всеодно слід констатувати, що Medicaid не задовольняє потреби кожного, лише 23% американців використовують цю програму [12, с. 98].

Необхідно загострити свою увагу на тому, що у Сполучених Штатах первинну медичну допомогу зазвичай надають лікарі первинної ланки, які працюють окремо або в групах. Лікарі загальної практики становлять третину від загальної кількості лікарів країни. Більшість приватних терапевтів працюють у невеликих клініках із менш ніж 5 співробітниками. Пацієнти можуть обрати лікаря з електронної мережі зареєстрованих постачальників послуг.

При цьому варто додати, що згідно з опитуванням, проведеним у 2017 р., Commonwealth Fund, 82% громадян Сполучених Штатів Америки не задоволені сучасним станом розвитку їхньої медицини. Саме тому, варто погодитись із думкою дослідниці В. Костюк, яка наголошує на тому, що існуюча система механізмів управління охороною здоров'я США потребує або фундаментальної реформи, або реструктуризації [6, с. 37].

Отже, розглядаючи організацію охорони здоров'я в США, варто зазначити, що основним недоліком державного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в Сполучених Штатах становлять 7290 доларів на рік, що більш ніж вдвічі перевищує середнє значення для промислово розвинених країн. Наприклад, досвід Сполучених Штатів Америки показує, що запровадження приватного медичного страхування як основного джерела фінансування є недоцільним, оскільки можуть виникнути серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [9, с. 8].

Заслуговує на увагу Німецька система управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують

медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Якщо говорити про фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я то він становить понад 60%. Крім того, кошти надходять з інших частин національної системи страхування (з пенсійних фондів, страхування від нещасних випадків на виробництві). Гроші також надходять з державної скарбниці [8]. Внески на державне медичне страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами місцевого самоврядування), що стосується державного органу то він контролює та керує їх діяльність.

На федеральному рівні системою охорони здоров'я керує Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке також має поліси загального державного медичного страхування (в основному пов'язані з справедливістю, комплексністю, а також наданням і фінансуванням послуг соціального здоров'я). Правове регулювання всієї німецької системи соціального забезпечення в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується державного медичного страхування.

Слід підкреслити, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Німеччині є регіональні та федеральні лікарняні фонди (gesetzliche Krankenkassen), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх [3]. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу.

Цікавим для нашої країни також є досвід Великобританії де основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також допомагає «стримувати» зростання витрат на лікування. Проте існують і недоліки громадського здоров'я, такі як: схильність до монополізму, відсутність вибору лікаря чи лікарні для пацієнта. Система страхування ґрунтується на

принципах солідарності. Контролювати використання страхових коштів можуть страхові компанії та страхувальники. Також застраховані особи можуть обрати лікаря та медичний заклад. Фінансування таких систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування з доходу); страхові внески працівників (відрахування із заробітної плати); державні кошти. Основним постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я.

Національна служба охорони здоров'я Великобританії забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни.

Так, дослідниця А. Денисова наголошує, що Великобританії вдалося створити медичну галузь без посередників (страхових компаній), зробивши її однією з найефективніших у світі. Для реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я України можна скористатися перевагами британської системи, такими як доступність медичних послуг, простота їх отримання та ступінь зусиль щодо максимально ефективного використання наявних ресурсів [2, с. 112].

Наступною країною, яка також заслуговує на увагу слід вважати Францію, адже вона вже не один рік зберігає першість в сфері медицини за результатами рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основними критеріями цього рейтингу, до якого входить 191 країна, є доступність та ефективність медичних послуг. Вчена А. Паршикова наголошує, що у Франції базовий рівень загального обов'язкового соціального страхування забезпечується через систему страхових фондів, переважно прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але вони «жорстко» регулюються та контролюються державою [8].

Лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, останні у свою чергу на комерційні та некомерційні. Завдяки вдосконаленій системі медичного страхування вони однаково доступні та відрізняються наданням медичних послуг. Наприклад, усі клінічні лікарні є державними уста-

новами, а клінічні послуги зазвичай надаються приватними постачальниками медичних послуг. У Франції існує багато великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно. Практично всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів.

Доцільно зазначити, що Алексі Струве, директор Агентства «Бізнес Франс» при Посольстві Франції в Україні вважає, що за останні роки французька система охорони здоров'я стала чи не однією з найкращих у світі. В основному це було досягнуто за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без «списків очікування», свобода вибору і задоволення потреб пацієнта [1].

Проте Алексі Струве додає, що з'єднання системи обов'язкового і добровільного медичного страхувань, що охоплює відшкодування співплатежів, здійснюваних у рамках державної системи, а, також, придбання лікарських препаратів та медичних послуг, котрі не в повній мірі покриваються державною системою, призвели до низького рівня особистих витрат громадян і високого рівня споживання медичної допомоги [1].

Наступною країною, якій також слід приділити увагу є Швеція. Вчений В. Марцинковський аналізуючи концепції соціального забезпечення у Швеції зауважує, що країна побудувала політику та стратегію, а, також, конкретні програми та проекти, що впливають на збереження здоров'я населення та попередженню захворювань, а, також, проведенню реабілітації. До головних проблем, що потребують вирішення, вчений відносить: проблеми здоров'я на робочому місці; малорухливий спосіб життя; збільшення споживання алкоголю та погане психічне здоров'я, зокрема, серед молоді [5, с. 59].

В свою чергу вчений М. Поворозник підкреслює, що в країні також є три основні рівні застосування медичної допомоги та обслуговування: національний, регіональний та муніципальний. Вчений зауважує, що до структур, які відповідальні за охорону здоров'я, входять: Національний державний інститут охорони здоров'я; Національне агентство з охорони навколишнього середовища; Національне управління з надзвичайних ситуацій; Національна служба автомобільних доріг. Регіональний рівень представляють префектури (представники держадміністрації); регіональні ради (виборні органи, збирачі податків). Муніципальний рівень (громади) – муніципальні ради (виборні органи), місцеві збирачі податків [9, с. 18].

Можна відзначити, що системи страхування в усіх регіонах Швеції передбачають сплату штрафів або значне підвищення вартості вторинного медичного страхування у разі несанкціонованого, ненавмисного доступу до фахівців. З іншого боку, є додаткове матеріальне стимулювання пацієнтів, які відвідують лікарів-спеціалістів, різноманітні валеологічні заходи для запобігання серйозним проблемам зі здоров'ям та додаткові випадки в особливих випадках. У процесі визначення провідних завдань охорони здоров'я вагомим є належний розподіл обов'язків між регіональними радами та громадами. Регіональні ради зобов'язані відповідати за громадський транспорт, регіональне планування будівництва та служби охорони здоров'я. Громади відповідають за освіту, соціальні послуги та житло.

На думку вченої О. Приятельчук національну політику охорони здоров'я Швеції слід вважати успішною, однак, вчена зауважує, що в країні не вистачає законодавчої бази про охорону здоров'я та її захист, хоча в Швеції було прийнято значну кількість законів, що опосередковано регулюють проблеми охорони здоров'я [10, с. 805].

Також важливо загостири свою увагу на Канаді, оскільки експерти в цій країні та і в інших частинах світу, стверджують, що витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше за рівень економіки. На думку дослідниці Т. Камінської роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я в Канаді полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом перерахування коштів та виконання функцій, за які вона відповідає. Однією з таких функцій є надання медичних послуг конкретному населенню, у тому числі ветеранам, військовослужбовцям, які перебувають у в'язницях Федеральної та Королівської гірничої поліції Канади. Решта функцій які виконує федеральний уряд пов'язані зі здоров'ям, до них відносяться: охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо [3].

Канадська система охорони здоров'я значною мірою залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51% усіх лікарів в цій країні. Вони утворюють своєрідну «ланку» між пацієнтом та системою механізмів державного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості фахівців, стаціонарної допомоги, діагностичних досліджень та рецептурних препаратів. Цікавим

є той факт, що таких дільничних терапевтів можна змінювати необмежену кількість разів за порадом знайомих і навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають свою власну практику та користуються високим ступенем незалежності. Багато лікарів працюють у лікарнях чи місцевих медичних центрах. Що стосується держави то вона оплачує послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають. Оплата здійснюється безпосередньо з бюджету провінції, чи території. Отож, враховуючи вищезазначене можна констатувати, що сильна та ефективна первинна допомога, вільний вибір лікаря, гарантований пакет медичних послуг на рівні сімейної медицини є світовим стандартом якісної та доступної допомоги у цивілізованих країнах, відображення якого на жаль сьогодні не спостерігається в нашій країні [11].

Таким чином, можна стверджувати, що досвід систем охорони здоров'я європейських країн є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до української дійсності. Для цього необхідне стратегічне планування розвитку механізмів державного управління системою охорони здоров'я України, зокрема сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів їх впровадження у пілотних проєктах за конкретними напрямками.

Висновки і пропозиції. Отже, проаналізувавши зарубіжний досвід формування механізмів управління системою охорони здоров'я можна дійти висновку, що при визначенні стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я за кордоном враховуються показники Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо ефективності системи: тривалість життя, витрати на охорону здоров'я та % ВВП, а також щорічні зміни у цих показниках. Варто додати, що зарубіжні системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг характеризуються: орієнтацією на споживача (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту, фінансова автономія медичних закладів) та солідарну-корпоративність (державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери і ринковими механізмами функціонування і фінансування, децентралізація системи управління).

Таким чином можна із впевненістю констатувати, що система охорони здоров'я в європейських

країнах є дуже корисною для України і може бути застосована після адаптації до українських реалій. Це потребує стратегічного планування розвитку механізмів управління системою охорони

здоров'я України, особливо сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах за конкретними напрямками.

Список літератури:

1. Алексі Струве Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше здоров'я*. 13/11/2015. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya/>
2. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки*. 2016. № 4. С. 123.
3. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>
4. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/12492/1/%d0%97%d0%b0%d1%80%d1%83%d0%b1%d1%96%d0%b6%d0%bd%d0%b8%d0%b9%20%d0%b4%d0%be%d1%81%d0%b2%d1%96%d0%b4%20%d1%84%d1%96%d0%bd%d0%b0%d0%bd%d1%81%d0%be%d0%b2%d0%be%d0%b3%d0%be%20%d0%b7%d0%b0%d0%b1%d0%b5%d0%b7%d0%bf%d0%b5%d1%87%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d1%8f.Pdf>
5. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2018. № 3. С. 170.
6. 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). С. 40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11
7. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2.
8. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). *Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційнодослідницьким центром на запит народного депутата України*. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
9. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7
10. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство* : електронне наукове фахове видання. Мукачівський державний університет, 2018. № 19. С. 913. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf
11. Український медичний портал 28 травня 2019 р. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>
12. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія : Державне управління*. 2017. № 3. С. 95–102.
13. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. вид. 30.11.2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>

Kuzmenko H. O. FOREIGN EXPERIENCE OF PUBLIC ADMINISTRATION IN THE FIELD OF HEALTH CARE

The article examines that the Japanese health care system is closely related to the work of local authorities. It was determined that Japan introduced a ban on the income of insurance companies for medical services, as well as restrictions on the remuneration of doctors who make serious mistakes in patient care. It is emphasized that this system has existed for several decades and is supported, within the states, by such organizations as: Blue Cross and Blue Shield, which are obliged to insure everyone who wants it. It has been determined that most Americans use certain insurance programs and receive so-called «managed» benefits. The German health care management system, which is based on a well-structured health insurance consisting of public health insurance and private insurance, is considered. It was found that in Great Britain, residents are provided with almost all necessary medical services, inpatient drugs and other medical expenses, free of charge.

It was revealed that in recent years the French healthcare system has become one of the best in the world. This was mainly achieved due to the successful solution of such tasks as: ensuring universal coverage, access without «waiting lists», freedom of choice and satisfaction of the patient's needs. It was determined that Sweden has built a policy and strategy, as well as specific programs and projects that affect the preservation of the health of the population and the prevention of diseases, as well as the implementation of rehabilitation.

Sweden's national health policy is successful, however, the country lacks a legislative framework for health care and its protection. Research shows that in Canada, health care costs continue to grow faster than the level of the economy. Considered the Canadian health care system, which is largely dependent on primary care physicians, who make up approximately 51% of all physicians in this country. Most doctors have their own practice and enjoy a high degree of independence. In turn, the state pays for the services of private doctors depending on the help they provide.

Key words: *public administration, health care system, insurance, medical services, efficiency of functioning.*