

Практика взаємодії головного управління юстиції із громадською радою дозволяє виявляти проблемні питання в роботі цього державного органу, попереджувати можливе виникнення конфліктних ситуацій між громадянами або юридичними особами, з одного боку, та управлінням юстиції – з іншого. Своєчасно реагувати на створення передумов до корупційних дій у середовищі працівників місцевих органів юстиції. Характерною ознакою, яка впливає на легітимність головного управління юстиції в розрізі роботи із громадською радою, є гласність.

Аналізуючи структуру головних управлінь юстиції та завдання, покладені на них, слід зауважити, що з початку становлення України як незалежної держави вони значно розширились та деталізувались. Насамперед цьому сприяє розвиток суспільних відносин у державі, по-друге, необхідність поширення норм діючого законодавства на діяльність юридичних, фізичних осіб та органів державної влади та управління, по-третє, адаптація вітчизняного законодавства до європейських стандартів. Також важливим чинником, який надає динаміку цьому процесу, є вирішення завдання підвищення легітимності обласних управлінь юстиції, головним чином, через створення органів, які безпосередньо співпрацюють з громадськістю.

#### **Список використаних джерел**

1. **Бордаченко О.** Закон про банкрутство: нові етапи взаємодії / О. Бордаченко // Судовий вісн. – 2012. – № 3. – С. 27 – 32.
2. **Громадські** приймальні Львівщини надають також онлайн-консультації. – Режим доступу : [obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti](http://obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti).
3. **Загальна** інформація про стан формування системи безоплатної правової допомоги. – Режим доступу : [obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti](http://obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti).
4. **Про звернення** громадян : Закон України від 2 жовт. 1996 р. № 393/96 // Відом. Верховної ради України. – 1996. – № 47.
5. **Про виконавче** провадження : Закон України від 24 берез. 1998 р. № 202/98. // Офіц. вісн. України. – 1998. – № 15.
6. **Про державну** виконавчу службу : Закон України від 24 берез. 1998 р. № 202/98 // Офіц. вісн. України. – 1998. – № 15.
7. **Про затвердження** положення про Громадську раду при Головному управлінні юстиції у Полтавській області : наказ Головного управління юстиції у Полтавській області від 20 трав. 2009 р. № 215/5. – Режим доступу : [www.just.gov.ua/content/260](http://www.just.gov.ua/content/260).
8. **Узагальнення** стану правової освіти Головного, районних, міських, міськрайонних управлінь юстиції за I півріччя 2013 року. – Режим доступу : [obljust.lviv.ua](http://obljust.lviv.ua).
9. **Фіолевський Д. П.** Державна виконавча служба України : навч. посіб. / Д. П. Фіолевський, С. Ю. Лобанцев, Є. І. Мезенцев ; за заг. ред. Д. П. Фіолевського. – К. : Алеута, 2004. – 564 с.

#### **List of references**

1. **Bordachenko O.** Zakon pro bankrutstvo: novi etapy vzaiemodii / O. Bordachenko // Sudovi visn. – 2012. – № 3. – S. 27 – 32.
2. **Hromadski** pryimalni Lvivshchyny nadaiut takozh onlain-konsultatsii. – Rezhym dostupu : [obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti](http://obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti).
3. **Zahalna** informatsiia pro stan formuvannia systemy bezoplatnoi pravovoi dopomohy. – Rezhym dostupu : [obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti](http://obljust.lviv.ua/napriamky-diialnosti).
4. **Pro zvernennia** hromadian : Zakon Ukrainy vid 2 zhovt. 1996 r. № 393/96 // Vidom. Verkhovnoi rady Ukrainy. – 1996. – № 47.
5. **Pro vykonavche** provadzhennia : Zakon Ukrainy vid 24 berez. 1998 r. № 202/98. // Ofits. visn. Ukrainy. – 1998. – № 15.
6. **Pro derzhavnu** vykonavchu sluzhbu : Zakon Ukrainy vid 24 berez. 1998 r. № 202/98 // Ofits. visn. Ukrainy. – 1998. – № 15.
7. **Pro zatverdzhennia** polozhennia pro Hromadsku radu pry Holovnomu upravlinni yustytysii u Poltavskii oblasti : nakaz Holovnoho upravlinnia yustytysii u Poltavskii oblasti vid 20 trav. 2009 r. № 215/5. – Rezhym dostupu : [www.just.gov.ua/content/260](http://www.just.gov.ua/content/260).
8. **Uzahalnennia** stanu pravovoi osvity Holovnoho, raionnykh, miskyykh, miskraionnykh upravlin yustytysii za I pivrichchia 2013 roku. – Rezhym dostupu : [obljust.lviv.ua](http://obljust.lviv.ua).
9. **Fiolevskiy D. P.** Derzhavna vykonavcha sluzhba Ukrainy : navch. posib. / D. P. Fiolevskiy, S. Yu. Lobantsev, Ye. I. Mezentssev ; za zah. red. D. P. Fiolevskoho. – K. : Aleuta, 2004. – 564 s.

*Надійшла до редколегії 06.02.14*

**УДК 351.773 : 001. 818 (477)**

**Олександра ХУДОБА**

*Національна академія державного управління*

*при Президентіві України*

*Львівський регіональний інститут державного управління*

### **ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ**

**Проводиться порівняльний аналіз критеріїв, на основі яких здійснюватиметься вибір системи охорони здоров'я зарубіжної країни для подальшого її вивчення. Доводиться, що не існує жодної країни, досвід якої можна було б повністю адаптувати до українських реалій. Визначається, що під час розроблення новітніх стратегій з окремих напрямів системи охорони здоров'я в Україні може бути використаний**

досвід таких країн, як Австралія, Нідерланди, Естонія, Норвегія, Франція, Чехія та Швейцарія.

**Ключові слова:** ефективність, система охорони здоров'я, державне управління системою, індикатори ВООЗ, медична допомога.

**Александра Худоба. Зарубежный опыт государственного управления системой здравоохранения в Украине: сравнительный анализ**

Проводится сравнительный анализ критериев, на основании которых будет осуществляться выбор системы здравоохранения зарубежной страны для дальнейшего ее изучения. Доказывается, что не существует ни одной страны, опыт которой можно было бы полностью адаптировать к украинским реалиям. Определяется, что при разработке новейших стратегий по отдельным направлениям системы здравоохранения в Украине может быть использован опыт таких стран, как Австралия, Нидерланды, Эстония, Норвегия, Франция, Чехия и Швейцария.

Ключевые слова: эффективность, система здравоохранения, государственное управление, индикаторы ВОЗ, медицинская помощь.

**Oleksandra Hudoba. Foreign experience of public administration of the health care system in Ukraine: comparative analysis**

The comparative analysis of the criteria, on the base of which the selection of the health care system of a foreign country for further study is done, is made. It is proved that there is no country, which experience could be adapted to Ukrainian realities completely. It is noted that during the newest strategies development on certain directions of the health care system in Ukraine the experience of such countries as Australia, Netherlands, Estonia, Norway, France, Czechia and Switzerland can be used.

Key words: efficiency, health care system, public administration by the system, World Health Organization indicators, medical aid.

Намагання переглянути принципи функціонування системи охорони здоров'я чи окремих її складових, або навіть розгляд питання щодо реформування медичної системи загалом є актуальним у багатьох країнах світу. Україна не є винятком у контексті цієї проблематики. Дискусії щодо формування ефективної системи охорони здоров'я для України тривають серед науковців та професіоналів у цій галузі ще з часів здобуття української незалежності у 1991 р., а також є предметом суперечок у політичному середовищі, особливо в передвиборчий період.

Упродовж останніх десятиліть Україна намагається вирішити різноманітні проблеми у сфері охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях. Перш за все демографічні зміни суттєво вплинули на соціально-економічний розвиток країни загалом, позначилися на структурі захворювань і структурі населення, що обумовлено збільшенням кількості осіб старшого віку (більше за 60 років), а також створили додаткове навантаження на систему охорони здоров'я загалом. По-друге, поширення

інфекційних та неінфекційних захворювань спричинило зниження показника середньої тривалості життя в Україні до надзвичайно низького рівня. Окрім того, поширення епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу, алкогольної і наркотичної залежності є реальними та потенційними загрозами для національної системи охорони здоров'я.

Уряд України визнав національну систему охорони здоров'я недостатньо ефективною, проте йому поки що не вдалося сформувати чіткої науково обґрунтованої комплексної стратегії, яка б розкривала шляхи й методи побудови ефективної моделі системи охорони здоров'я та окреслювала тенденції оздоровлення населення в цілому. У зв'язку з цим пошук та втілення нових управлінських стратегій можуть попередити сотні тисяч передчасних смертей, знизити тягар неінфекційних, інфекційних та хронічних захворювань, що, у свою чергу, зменшить навантаження на мережу закладів охорони здоров'я, підвищить продуктивність робочої сили і мінімізує соціальні витрати.

Отже, вимогою сьогодення є розроблення науково обґрунтованої інноваційної стратегії, яка передбачатиме проведення комплексу послідовних, взаємопов'язаних реформ і відповідатиме на ключове питання: як отримати найкращі можливі результати функціонування системи охорони здоров'я в умовах обмеження ресурсів, або, іншими словами, як підвищити ефективність системи охорони здоров'я України.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що окремі питання вивчення міжнародного досвіду інших країн щодо функціонування системи охорони здоров'я актуалізуються у працях багатьох науковців. Зокрема, Я. Радиш, І. Солоненко акцентували увагу на принципах побудови систем охорони здоров'я; В. Лехан, Е. Ліннакко, У. Маттіла, В. Рудий та В. Черненко розглядали здебільшого фінансовий аспект галузі охорони здоров'я шляхом аналізу досвіду інших країн, у тому числі таких країн, як Росія, Естонія та Латвія; Р. Солтман, Дж. Фигейрас проводили аналіз сучасних стратегій реформ систем охорони здоров'я і вивчали їх вплив на здоров'я громадян у країнах європейського регіону. Б. Лемішко та інші приділяли увагу вивченню досвіду розвитку первинної медико-санітарної допомоги, зокрема у США. Проте, незважаючи на наукову й практичну цінність опублікованих праць, основні питання, пов'язані з вибором критеріїв для вивчення досвіду зарубіжних країн у системі охорони здоров'я, досі залишаються невирішеними.

Одним із методів наукового вирішення комплексу завдань, що стосуються вдосконалення окремих аспектів системи охорони здоров'я, є компаративний аналіз функціонування цих систем у

зарубіжних країнах, на базі чого здійснюється подальше ґрунтовне вивчення передового досвіду з означеної проблематики. Отже, метою нашого дослідження є аналіз основних критеріїв, за якими здійснюватиметься вибір системи охорони здоров'я зарубіжної країни для більш детального вивчення принципів її функціонування.

Основною метою системи охорони здоров'я є збереження, зміцнення чи поліпшення здоров'я населення. Досягнення цієї мети системою охорони здоров'я кожної країни є запорукою успіху щодо поліпшення стану здоров'я людини в глобальному вимірі.

Для проведення об'єктивного аналізу складових системи охорони здоров'я ВООЗ розроблено систему індикаторів, які в сукупності дають загальну характеристику стану здоров'я населення кожної країни. Усі індикатори згруповані за дев'ятьма напрямками, а саме: тривалість життя і смертність; захворюваність і смертність по нозологіях; група інфекційних захворювань; забезпеченість населення медичними послугами; фактори ризику; система охорони здоров'я; витрати на систему охорони здоров'я; справедливість в отриманні медичної допомоги та соціально-демографічна характеристика. На основі цих індикаторів можна також визначити статус та ефективність системи охорони здоров'я загалом.

Резолюцією 5-го з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я в Україні визнано, що попередньо проведені реформи у сфері охорони здоров'я не дали бажаного результату і система охорони здоров'я надалі не задовольняє в повному обсязі потреби населення в ефективній медичній допомозі [3]. Аналіз демографічних показників і захворюваності населення України наразі також свідчить про низьку ефективність запланованих заходів. Тому зараз одним із найбільш актуальних питань за останні десятиліття є суттєве вдосконалення системи охорони здоров'я, тобто підвищення її ефективності.

Ефективною системою охорони здоров'я вважається тоді, коли можна отримати максимальні вигоди чи найкращі результати за наявні ресурси. І навпаки, на думку науковців [4], неефективність системи полягає або в неефективному використанні отриманих коштів (неефективність розподілу ресурсів), або в недоліках організації чи функціонування самої системи (технічна неефективність). Однак визначення наявного рівня ефективності є лише початковим етапом у пошуку шляхів підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Є три ключові передумови, без яких досягнення ефективності є неможливим: отримання необхідної та достовірної інформації, формування відповідної дійової системи управління, а також наявність потенціалу і політичної волі для досягнення поставлених цілей.

Одним із надзвичайно важливих способів оцінювання ефективності системи охорони здоров'я є аналіз показників захворюваності та смертності населення у всіх вікових групах, тобто з'ясування, скільки людей помирає кожного року і чому, які захворювання, травми чи інфекції суттєво впливають на тривалість та якість життя. Аналіз цих показників дозволяє відповідальним за прийняття рішень у сфері охорони здоров'я визначити, чи в правильному напрямі сфокусовані їх зусилля, скільки смертей і захворювань можна попередити в майбутньому.

Одним із показових індикаторів, на нашу думку, що характеризує систему охорони здоров'я України загалом, є рівень смертності дорослих, для яких визначається ймовірність смерті у віці від 15 до 60 років, на 1 000 осіб населення. На рис. 1 подано показники цього індикатора в різних країнах світу, які ми обрали за високими показниками тривалості життя. Винятком у цьому переліку є лише такі країни, як Росія, Білорусія та Україна. Ця трійка країн, поряд з Кенією та Чорногорією, серед усіх країн світу за станом на 2011 р. характеризується нульовим приростом показника середньої тривалості життя під час народження від 1990 р. Водночас у таких країнах, як Естонія, Фінляндія, Угорщина та Словенія, показник середньої тривалості життя під час народження збільшився на 6 одиниць, а в Італії, Німеччині, Польщі, Словаччії та Швейцарії – на 5 одиниць порівняно з 1990 р. [7].

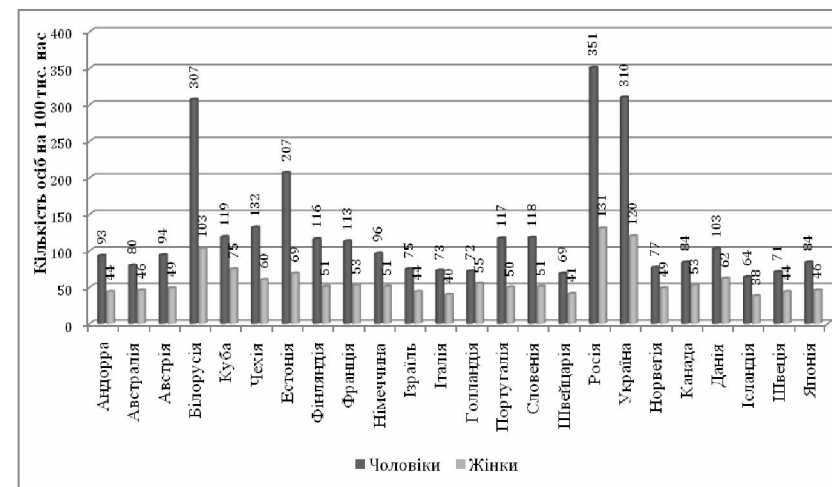


Рис. 1. Рівень смертності дорослих за станом на 2011 рр. серед країн світу

Середній рівень смертності дорослих у Європейському регіоні (за класифікацією ВООЗ) у 2011 р. становив 230 осіб серед чоловіків і 155 осіб серед жінок на 1 000 осіб населення проти 291 особи і 234 осіб у 1990 р. відповідно. В Африканському регіоні у 1990 і 2011 рр. цей показник серед чоловіків становив відповідно 414 осіб і 362 особи, а в жінок – 339 і 317 осіб. З цієї статистики можна зробити висновок щодо позитивної динаміки цих показників в обох регіонах. Однак з цього погляду слід виокремити Білорусію, Росію і Україну, оскільки в цих країнах спостерігається регрес щодо даного індикатора. Якщо у 1990 р. показник смертності дорослого населення в Білорусії, Росії та Україні серед чоловіків становив 282, 318 та 287 осіб на 1 000 осіб населення, то вже у 2011 р. він становив 307, 351 і 310 осіб відповідно; серед жінок у 1990 р. становив 107, 117 та 112 осіб, а в 2011 р. – 103 особи в Білорусії (уперше спостерігається позитивна динаміка), 131 особа і 120 осіб у Росії і Україні відповідно [7].

Отож, на рис. 1 ми можемо бачити «лідерів» за цим показником, куди можна віднести і Естонію. Проте, якщо взяти до уваги 1990 р., то в цьому році, наприклад, Україна і Естонія були на зовсім інших позиціях: рівень смертності серед чоловіків становив 287 осіб в Україні проти 301 особи в Естонії, а вже у 2011 р. він став 310 осіб в Україні проти 207 осіб в Естонії.

Найбільша частка смертей, що припадає на найпродуктивніший період життя до 60 років, обумовлена неінфекційними захворюваннями. Основною причиною смертності дорослого населення в Україні є серцево-судинні захворювання, що становлять 60 % від загальної кількості, онкологічні захворювання – 12 % і смертність від зовнішніх причин, включаючи нещасні випадки й отруєння, – 9,7 %. Цими трьома причинами зумовлено 81,8 % усіх смертей у країні [6]. Магнітуда показника смертності від серцево-судинних захворювань зростає в країнах з низьким і середнім рівнем доходу населення, що відображено на рис. 2.

Ефективне функціонування всіх складових системи охорони здоров'я забезпечується належним рівнем доступності і якості медичних послуг. Відповідно до Положення ВООЗ, доступність медичної допомоги визначається як багатовимірне поняття, що включає баланс численних факторів у рамках суворих практичних обмежень, спричинених особливостями ресурсів та можливостями країни. Завдяки балансу таких факторів, як кадри, фінансування, транспортні засоби, свобода вибору, інформування населення, якість і розподіл технічних ресурсів, визначається характер і ступінь її доступності [1]. У науковій літературі існує багато інших тлумачень цього терміна. Базуючись на аналізі понятійно-категоріального апарату науковців, у нашому дослідженні ми дотримуємося

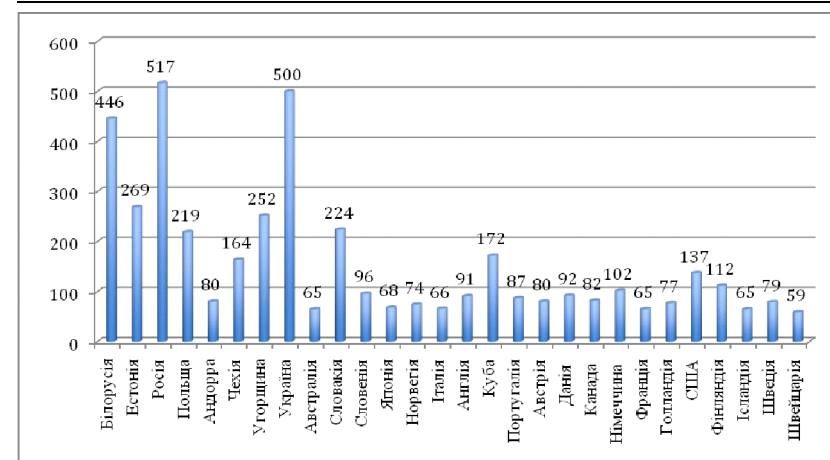


Рис. 2. Рівень смертності, зумовленої серцево-судинними захворюваннями та діабетом, в осіб від 30 до 70 років на 100 000 населення

визначення «доступності медичної допомоги» як «можливості вчасного отримання медичної допомоги відповідно до потреби».

Доступність медичної допомоги можна характеризувати за чотирма критеріями: географічна доступність, наявність потенцілу медичного сектору для надання медичної допомоги, можливість для населення отримати медичну допомогу та прийнятність медичної допомоги. Відповідно до цих критеріїв науковці виділяють перешкоди, що обмежують до певний спосіб доступність медичної допомоги, які особливо рекомендують враховувати в країнах з недостатнім рівнем доходів. Обмежений доступ за географічним критерієм обумовлений трьома основними перешкодами: віддаленістю місця отримання медичної допомоги, витратами на транспорт і розвинутістю транспортної мережі. Це питання є особливо важливим для України, оскільки за звітом МОЗ у 2012 р. віддаленість спеціалізованої медичної допомоги для населення через створення госпітальних округів викликає масові протести, до яких варто прислухатися [2].

Перешкодами, що впливають на зниження потенціалу системи охорони здоров'я, є: некваліфікований медичний персонал, обмежені години прийому, мотивація медичного персоналу, забезпеченість лікарськими та іншими засобами медичного призначення, низький рівень інформування населення, а також час очікування на медичну допомогу. Стосовно доступності для дорослого населення медичної допомоги ми провели

компаративний аналіз окремих індикаторів у деяких країнах [5], що схематично зображений на рис. 3.

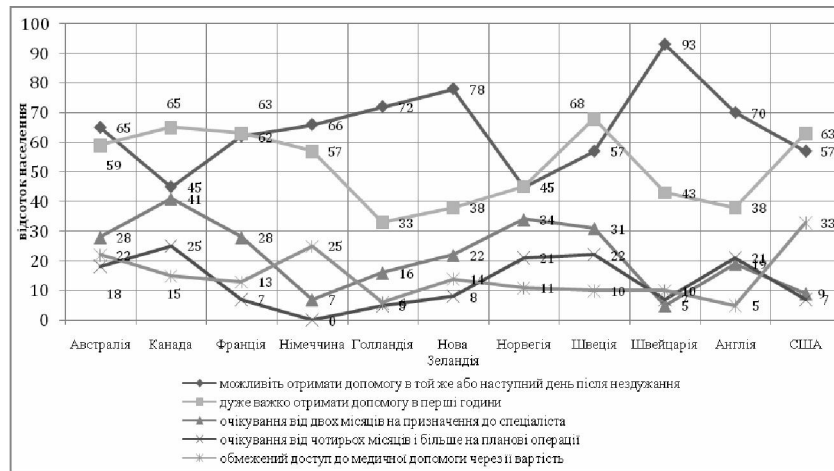


Рис. 3. Доступність медичної допомоги для дорослого населення в деяких країнах за 2010 р.

За даними рис. 3 можна зробити висновок, що можливість отримати медичну допомогу в той самий або на наступний день після виникнення такої потреби є найбільшою у Швейцарії, Новій Зеландії та Нідерландах, а найменшою – у Канаді, Норвегії, Швеції та США. Найважче отримати медичну допомогу в перші години у Швеції і Канаді, тоді як Нідерланди за цим індикатором є однією з найкращих країн у світі.

Ще одну групу перешкод, що формують прийнятність для населення отримання медичної допомоги визначають такі чинники, як невпевненість населення в якісному наданні медичної допомоги, стигматизація, розголошення діагнозів, низький рівень деонтології медичних працівників тощо. Ці чинники в умовах зниження престижності медичної професії в Україні потребують особливої уваги.

Важливим елементом якості й доступності медичної допомоги за всіма її профілями і рівнями є створення та реалізація в Україні обґрунтованих нормативів забезпечення міського й сільського населення медичними працівниками. Обґрунтування також потребує показник співвідношення лікарів та медсестер. З огляду на рис. 4, єдиного підходу до забезпечення населення медичними працівниками в країнах світу, що мають задовільні показники в медичній сфері, не існує, і це також вимагає детального аналізу.

Наприклад, Естонія, яка демонструє прогрес у поліпшенні

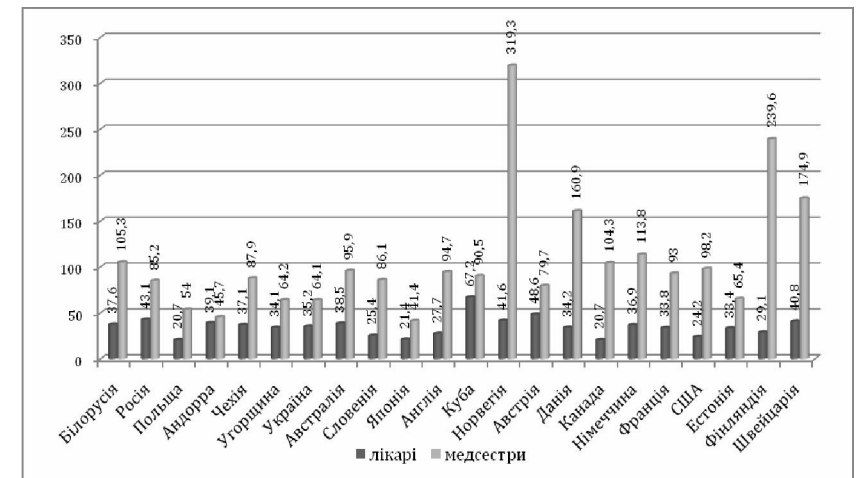


Рис. 4. Забезпеченість населення медичними працівниками в розвинутих країнах світу

діяльності системи охорони здоров'я за інтегральними показниками, забезпечує своє населення медичними працівниками у співвідношенні лікарів та медсестер – приблизно 1 : 2, тоді як Норвегія вибудувала таке саме забезпечення у співвідношенні 1 : 7,7. Україна належить до країн, де співвідношення лікарів та медсестер становить менше ніж 1 : 2, а саме 1 : 1,8. До цієї ж групи відносять ще, наприклад, такі країни, як Куба (1:1,3), Австрія (1:1,6), Японія (1: 1,9) та Угорщина (1:1,9).

Можливість населення отримати медичну допомогу зменшується через високу вартість послуг та низький соціальний рівень. У багатьох країнах вирішальне значення в доступності медичної допомоги на первинному рівні, отриманні консультації спеціаліста чи обсягах надання невідкладної допомоги має наявність медичного страхування. Однак само по собі медичне страхування не забезпечує доступності медичної послуги. Необхідно також, щоб це страхування покривало всебічний доступ, а також наявність постачальника послуг, який приймає страхування, тощо. Відповідно до рис. 5 особливо актуальним це питання є в США, де обмежений доступ до медичної допомоги через її вартість спостерігається у 33 % населення, і навпаки, в Англії та Нідерландах кількість таких осіб становить усього 5 % і 6 % відповідно.

Відомо, що економічні можливості держави й реальні обсяги фінансування медичної сфери істотно впливають на стан здоров'я населення, що підтверджують такі інтегральні показники, як середня

очікувана тривалість життя. З огляду на передумови досягнення високої якості медичного обслуговування, що передбачають відповідне фінансове забезпечення, економічні аспекти функціонування системи охорони здоров'я набувають особливого значення. Одним із найважливіших показників, що характеризують рівень економічного благополуччя, є обсяг валового внутрішнього продукту (далі – ВВП). Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначено розмір витрат, що рекомендується виділяти на медичну сферу, на рівні 5 % від ВВП. При цьому критичною межею вважається величина витрат в обсязі 3 % від ВВП, нижче якої система охорони здоров'я стає нежиттєздатною.

Відповідно до світової статистики в галузі охорони здоров'я загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за станом на 2011 р. становлять 7,8 % від її ВВП, на рівні з Угорщиною (див. рис. 5). За цим показником Україна випереджає, наприклад, такі країни, як Чехія (7,5 %), Польща (7%), Росія (6,5%), Естонія (6,3 %) та Білорусія (5,6%) [7]. Однак цей показник як самостійний не є показовим. Аналізуючи далі рис. 5, ми бачимо, що, незважаючи на те що Україна належить до країн з державним фінансуванням системи охорони здоров'я, урядові витрати становлять трохи більше ніж половину від загальних витрат, що за цим критерієм наближає Україну до США, яка є типовим представником приватної системи охорони здоров'я.

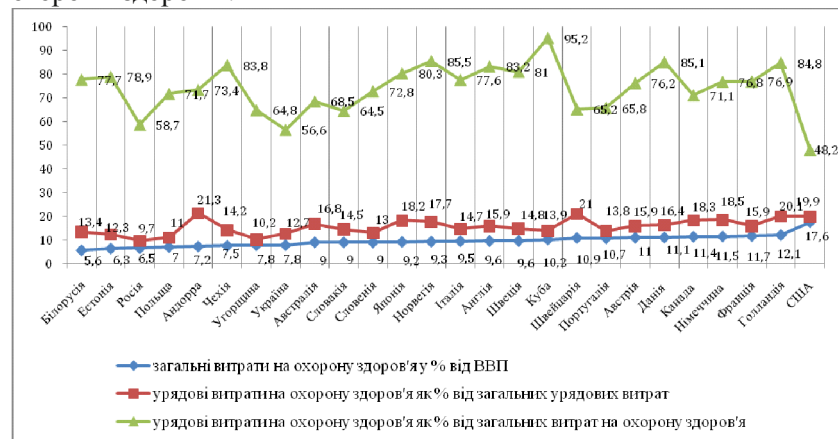


Рис. 5. Рівень витрат на охорону здоров'я у країнах світу

Про реальний стан фінансування галузі можна додатково зробити висновки з рис. 6 на підґрунті загальних видатків на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної

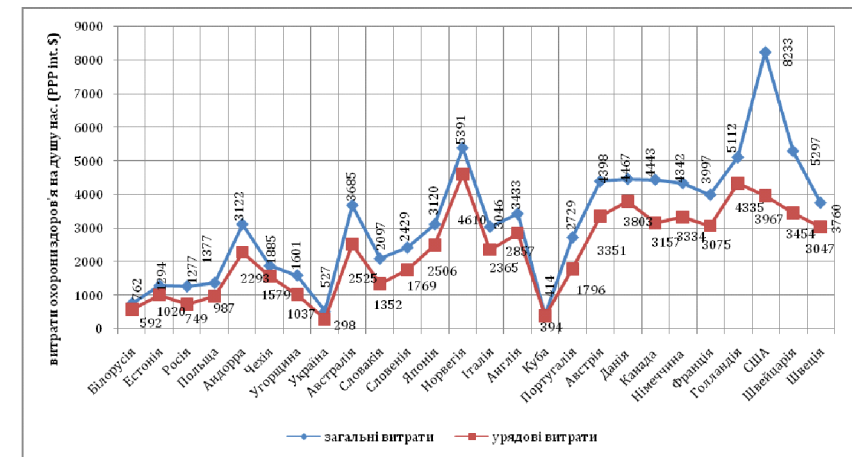


Рис. 6. Витрати на охорону здоров'я на душу населення за паритетом купівельної спроможності

спроможності. Паритет купівельної спроможності показує, скільки товарів можна купити за одну й ту саму суму коштів у різних країнах. Наприклад, за 100 дол. США в Україні можна купити більше, ніж у США. Відтак, паритет купівельної спроможності є точнішим показником для аналізу видатків на охорону здоров'я.

Як бачимо з рис. 6, Україна займає останнє місце серед обраних нами країн за паритетом купівельної спроможності. Урядові витрати на охорону здоров'я на душу населення в Естонії і в Угорщині майже в 3,5 рази, а в Чехії – в 5,3 рази більші, аніж в Україні.

На основі вищевикладеного матеріалу можна стверджувати, що кожна країна, вибрана нами за найвищими рейтинговими показниками тривалості життя, має певні переваги в діяльності системи охорони здоров'я за окремими індикаторами. Для побудови нової стратегії діяльності системи охорони здоров'я України може бути корисним досвід таких країн, як Австрія, Нідерланди, Естонія, Норвегія, Франція, Чехія та Швейцарія. Водночас не можна виділити жодної країни, досвід якої можна було б повністю адаптувати до українських реалій, що обумовлено передовсім демографічними, соціально-економічними та політичними чинниками.

Перспективи подальшого розвитку цього напрямку досліджень полягають у вивченні систем охорони здоров'я країн, які є найбільш оптимальними для обміну досвідом за комплексними показниками, їх розвитку в динаміці, а також в оцінці чинників, що впливають на формування та реалізацію державної політики за визначеними напрямами. Крім того, у процесі дослідження ми не ставили собі за

завдання врахувати всі індикатори, що впливають на ефективність системи охорони здоров'я (наприклад, фактори ризику, соціально-економічні показники чи забезпеченість лікарськими засобами тощо), що також позначаються на стані здоров'я населення, і саме ці питання можуть стати об'єктом подальшого вивчення.

### Список використаних джерел

1. **Положення** щодо доступності медичної допомоги / Всесвітня мед. асоціація : міжнар. док. від 1 верес. 1988 р. – Режим доступу : zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990\_030.

2. **Про стан** здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік : щоріч. доп. / М-во охорони здоров'я України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К., 2013. – Режим доступу : www.uiph.kiev.ua/vidavnicha-diyalnist/shchorichna-dopovid.

3. **Резолюція V** з'їзду спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України. Житомир, 11 – 12 жовтня 2012 р. – Режим доступу : moz.gov.ua/ua/portal/rexol\_jitomir.html.

4. **Eurohealth**. Efficiency and Health Care // The European Observatory on Health Systems and Policies 2012. – Vol. 18, number 3. – Access mode : www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf.

5. **International Profiles of Health Care System**, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the United States // the Commonwealth Fund, November 2012. – Access mode : www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\_Squires\_intl\_profiles\_hlt\_care\_systems\_2012.pdf.

6. **Lekhan V.** Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudi, E. Richardson // Health System in Transition. – 2010. – 12 (8). – 183 p. – Access mode : www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0010/140599/e94973.pdf.

7. **World Health Statistics 2013** / World Health Organization. – Access mode : www.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588\_eng.pdf.

### List of references

1. **Polozhennia** shchodo dostupnosti medychnoi dopomohy / Vsesvitnia med. asotsiatsiia : mizhnar. dok. vid 1 veres. 1988 r. – Rezhym dostupu : zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990\_030.

2. **Prostan** zdorovia naselennia, sanitarno-epidemiolohichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2012 rik : shchorich. dop. / M-vo okhorony zdorovia Ukrainy, DU «Ukrainskyi instytut stratehichnykh doslidzhen MOZ Ukrainy». – К., 2013. – Rezhym dostupu : www.uiph.kiev.ua/vidavnicha-diyalnist/shchorichna-dopovid.

3. **Rezoliutsiia V** zizdu spetsialistiv iz sotsialnoi medytsyny ta orhanizatoriv okhorony zdorovia Ukrainy. Zhytomyr, 11 – 12 zhovtnia 2012 r. – Rezhym dostupu : moz.gov.ua/ua/portal/rexol\_jitomir.html.

4. **Eurohealth**. Efficiency and Health Care // The European Observatory

on Health Systems and Policies 2012. – Vol. 18, number 3. – Access mode : www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0017/174410/EuroHealth-v18-n3.pdf.

5. **International Profiles of Health Care System**, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the United States // the Commonwealth Fund, November 2012. – Access mode : www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645\_Squires\_intl\_profiles\_hlt\_care\_systems\_2012.pdf.

6. **Lekhan V.** Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudi, E. Richardson // Health System in Transition. – 2010. – 12 (8). – 183 p. – Access mode : www.euro.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0010/140599/e94973.pdf.

7. **World Health Statistics 2013** / World Health Organization. – Access mode : www.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588\_eng.pdf.

*Надійшла до редколегії 20.12.13*

### УДК 35

Костянтин МАШЕНКОВ

*Донецький державний університет управління*

## ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ ЕКОЛОГІЧНИМ ІНВЕСТИВАННЯМ В УКРАЇНІ

Аналізуються шляхи розвитку екорационального підходу та викоринення екоігноруючого підходу в державному управлінні інвестиційними процесами в сучасній Україні. Пропонується уточнення поняття «екологічне інвестування» як концептуальної альтернативи традиційному економічному інвестуванню в контексті прийняття державно-управлінських рішень та формування державної інвестиційної політики.

**Ключові слова:** державна інвестиційна політика, екологічна політика, екологічне інвестування, державне управління екологічним інвестуванням.

**Константин Машенков.** Государственное управление экологическим инвестированием в Украине

Анализируются пути развития экорационального подхода и искоренения экоигнорирующего подхода в государственном управлении инвестиционными процессами в современной Украине. Предлагается уточнение понятия «экологическое инвестирование» как концептуальной альтернативы традиционному экономическому инвестированию в контексте принятия государственно-управленческих решений и формирования государственной инвестиционной политики.

**Ключевые слова:** государственная инвестиционная политика, экологическая политика, экологическое инвестирование, государственное управление экологическим инвестированием.

© Машенков К. А., 2014