Міністерство освіти і науки України
Національний університет водного господарства
та природокористування
Кафедра державного управління
документознавства та інформаційної діяльності

ISSN 2617-4650
https://doi.org/10.31713/st3-420190

СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

збірник наукових праць
Випуск 1-2, 2020 р.

Рівне – 2020

Зміст випуску

СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Вівсянник О. М.
Кластерний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЕСР, ЄС та в Україні 5
Мартинюк Г. Ф.
Причини виникнення конфліктів в системі державного управління та шляхи їх вирішення 18
Обуховська Л. І.
Механізми забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах 26
Романенко Є. О., Сивий Р. П.
Інституційне середовище трансформації концепцій державної служби 39
Сазонець І. Л., Приходько В. Г.
Розвиток системи адміністративних послуг в регіоні на основі формування концепції сервісної держави 45
Тихончук Л. Х.
Визначення пріоритетів державного управління в умовах глобалізації та регіоналізації 51
Торяник В. М., Хрідочкін А. В.
Публічне адміністрування як нова модель організації діяльності суб'єктів владних повноважень 57
Фесянов П. О.
Іноземний досвід контролю екологічної безпеки в контексті наслідків аварії на ЧАЕС 66
Шанюк В. І.
Метаморфози другого етапу децентралізації та проблеми переходу до укрупнення самодостатніх об'єднаних територіальних громад 75

ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Гладченко А. Ю.
Обмеження сучасної системи макроекономічної рівноваги 82
Гессен А. Є.
Соціальні програми підприємства в контексті корпоративної соціальної відповідальності 88
Джинджоян В. В.
Соціальні та комунікативні переваги розвитку програм освітнього туризму 94
Никончук В. М.
Визначення ефективності національної інституційної системи забезпечення якості освіти та конкурентоспроможності науки 103
Саленко А. С.
Дослідження теоретичних основ інституційного забезпечення лібералізації підприємницької діяльності 110
Сазонець О. М., Ващішин А. О.
Використання об'єктів критичної інфраструктури для забезпечення продовольчої безпеки та санітарних норм 115

УДК 351.773 https://doi.org/10.31713/st1-220201
JEL C 43, F 55, I 15

Вівсянник О. М.,
Начальник управління охорони здоров'я
Рівненської обласної
державної адміністрації

КЛАСТЕРНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ОЕСР, ЄС ТА В УКРАЇНІ

Vivsiannyk O. M.,
Head of the Department of Health
Rivne Regional
State Administration

CLUSTER ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF HEALTHCARE SYSTEMS IN OECD COUNTRIES, EU AND UKRAINE

В статті проведено порівняльний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЕСР та ЄС. Надано коротку характеристику цих регіональних об'єднань. Основою дослідження був кластерний аналіз. Визначено місце України в цих групах країн. Зроблено висновки щодо розвитку системи охорони здоров'я України

The article provides a comparative analysis of the effectiveness of health care systems in OECD and EU countries. A brief description of these regional associations is given. The study was based on cluster analysis. Ukraine's place in these groups of countries has been determined. Conclusions are made on the development of the health care system of Ukraine

***Ключові слова*:** аналіз, ефективність, системи, охорона здоров'я, ОЕСР, ЄС, Україна

Keywords: analysis, efficiency, systems, health care, OECD, EU, Ukraine

Постановка проблеми. Процес вдосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я України зумовлює необхідність аналізу імплементації діяльності міжнародних організацій в систему державного управління охороною здоров'я. рівень досконалості системи державного управління охороною здоров'я можна визначити у порівнянні з ефективністю систем охорони здоров'я інших країн. Одним з можливих способів проведення такого порівняння може стати проведення кластерного аналізу ефективності систем охорони здоров'я в країнах світу та в Україні.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Науковці України достатньою мірою дослідили питання співпраці міжнародних організацій та органів державного управління в процесі

трансформації системи охорони здоров'я. Необхідно визначити таких авторів та роботи, як: Саричев В.І. «Порівняльний контекст функціонування системи охорони здоров'я України та співпраця з міжнародними інституціями» [1] Магльованний А.В., Куненець О.Б. «Концептуальна основа подання здоров'я людини як системи» [2], Фуртак І.І., Грицько Р.Ю. «Напрями розвитку громадського здоров'я в Україні» [3], Сазонець І.Л., Зима І.Я. «Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я» [4; 5; 6; 7]. В поданій статті ми намагаємося посилити міжнародний контекст досліджень системи охорони здоров'я за рахунок співставлення її з системами провідних країн світу.

Мета статті. Метою статті є аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах світу та в Україні. Для проведення цього аналізу використовувався такий інструмент як кластерний аналіз.

Виклад основного матеріалу. З метою проведення такого аналізу нами було обрано дві групи країн. Перша група країн – країни Європи, що є членами Європейського Союзу. Друга група країн – країни, що є членами Організації економічного співробітництва. Перша група країн, яка обрана для порівняння ефективності систем охорони здоров'я є органічною складовою системи прагнень, стратегій та завдань системи державного управління України, яка визначила для себе європейський шлях розвитку. Ці країни характеризуються високим рівнем систем охорони здоров'я, наявністю різних підходів до формування таких систем, значна кількість держав Європейського Союзу визначили себе як соціальні держави, і, відповідно, розвиток системи охорони здоров'я в таких державах є пріоритетною задачею. Крім того, всі держави – члени ЄС є члени Всесвітньої організації охорони здоров'я. Ці країни сформували для себе та надали всьому світу позитивні зразки впливу високо розвинутої системи інститутів на механізми державного управління, зокрема і в системі державного управління охороною здоров'я. Можна стверджувати, що саме в державах ЄС вперше створено інституційні механізми системи охорони здоров'я.

Для проведення кластерного аналізу нами обрано три види показників, які на нашу думку найбільш повно характеризують ефективність державного управління системою охорони здоров'я. Інституційний показник – рік набуття членства у ВОЗ, кількісний показник – кількість населення, соціальні показники – тривалість життя при народженні, вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років, вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів, фінансові показники – загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП.

Як один з показників, що оцінюють ефективність національної системи охорони здоров'я включено показник «Членство у ВОЗ». На нашу думку, чим раніше країна вступила у ВОЗ тим раніше вона інтегрувалась у світову інституційну систему охорони здоров'я. У випадку аналізу країн ЄС, можна стверджувати, що вони і стали ініціаторами формування такої системи. Нами сформовано статистичну базу даних щодо років вступу країн ЄС у ВОЗ. Як правило, ці роки вступу коливаються від 1947 до 1951 року. Не дивлячись на той факт, що офіційно після закінчення Другої світової війни в липні 1946 року в Нью-Йорку відповідно до рішення Міжнародної конференції з охорони здоров'я було вирішено створити ВОЗ. В нашій таблиці є країни, у яких рік вступу до ВОЗ вважається 1947. Статут ВОЗ був ратифікований 7 квітня 1948 року народження. З того часу в цей день 7 квітня відзначається «Всесвітній день

здоров'я». Для країн, які були ініціаторами Міжнародної конференції з охорони здоров'я у 1947 році і є засновниками ВОЗ, рік вступу вважається 1947. Це такі країни ЄС як Австрія, Італія, Нідерланди, Фінляндія, Швеція.

Показник членства країни у ВОЗ є важливою складовою інституційного механізму державного управління охорони здоров'я, оскільки таке членство надає наступні переваги в сфері управління охороною здоров'я:

доступ до оперативної інформації щодо розповсюдження захворювань. Не дивлячись на той факт, що ВОЗ є надзвичайно відкритою організацією, яка оприлюднює найважливішу інформацію про пандемії та епідемії, динаміку розповсюдження неінфекційних хвороб, аналітичні доповіді та статистику в відкритому доступі, доступність до окремих прогнозних матеріалів, розрахунків надає певні переваги;

фахівці ВОЗ розробляють рекомендації для кожної країни в ситуаціях, які пов'язані із випадками пандемій та розповсюдженням небезпечних захворювань;

країни, що попадають в програми ліквідації окремих видів хвороб отримають фінансову, організаційну, юридичну методичну та кадрові допомогу від інших країн – учасників ВОЗ;

участь у ВОЗ є додатковою перевагою при розгортанні на території країни місій, лікарень, консультаційних центрів інших міжнародних організацій, які надають допомогу у вирішенні проблем медичного характеру;

ратифікація країною Міжнародних медико-санітарних правил, які затверджені країнами – членами ВОЗ, є основою стандартизації медичних процедур, норм, протоколів лікування, і, відповідно, можливості вирішення питань про використання ефективних сучасних вакцин, ліків, методів лікування з в використанням інформаційних технологій, розвитку телемедицини та використання сучасних підходів до організації системи управління охороною здоров'я;

країни отримують доступ і до розвитку сфери громадського здоров'я, використовуючи в практичній діяльності можливість запровадження Глобальної стратегії в області раціону та режиму харчування, фізичної активності та здоров'я;

країни одного регіону світу мають можливість об'єднувати свої зусилля у боротьбі із хворобами, що притаманні для цього регіону, інтегрувати механізми державного управління системами охорони здоров'я, здійснювати великі медичні проекти на основі спів фінансування шляхом участі у діяльності Регіонального бюро ВОЗ. На теперішній час існують шість Регіональних бюро, зокрема: Європейське регіональне бюро (Копенгаген, Данія), регіональне бюро для країн Америки (Вашингтон, США), Регіональне бюро для країн Східного Середземномор'я (Каїр, Єгипет), Регіональне бюро для країн Південно-східної Азії (Делі, Індія), Регіональне бюро для країн Західної частини Тихого океану (Маніла, Філіппіни), Регіональне бюро для країн Африки (Браззавіль, Конго).

Інші показники, що наведені в статистичній табл. 1 також значною мірою характеризують загальний стан ефективності системи охорони здоров'я в країнах. Зокрема, такий показник як «тривалість життя при народженні» складається в основному з таких чинників, що характеризують загальний рівень системи охорони здоров'я в країні. Вважається, що його основними складовими є стать – чоловіки за своєю природою мають більш низку тривалість життя ніж жінки, тому демографічна структура суспільства впливає на цей показник, спадковість – з

одного боку спадковість є природною характеристикою, яка впливає на тривалість життя, з іншого боку, тривалість життя змінюється з покращанням якості життя та підвищенням рівня надання ургентної допомоги; доступний рівень охорони здоров'я та гігієни – базовий показник, який визначає загальний середній рівень умов формування громадського здоров'я в країні; дієта і якість їжі – показник, який дуже часто пов'язують із матеріальним рівнем життя населення, але це не досить повно його характеризує. Значне місце в формуванні цієї складової мають пропаганда здорового способу життя, розповсюдження інформації про захворювання, які пов'язані із переїданням (в країнах із заможним населенням), популяризація наукових теорій оптимального складання раціону харчування; рівень фізичної активності – складова, яка є актуальною саме для країн з високим рівнем доходів, громадяни яких мають більше можливостей заробляти кошти, працюючи в офісах компаній, або дистанційно он-лайн. Для таких громадян є необхідним виділяти вільний час для підтримки високого рівня фізичної активності; спосіб життя – комплексна складова, яка містить в собі усталену організацію часу громадян країни, досконалий раціон харчування, високий рівень санітарії та гігієни в побуті та на роботі, фізичну активність; соціальне середовище є також важливою складовою тривалості життя, так як в незбалансованому соціальному середовищі з великою кількістю не повних сімей, сімей із складними життєвими обставинами, високим рівнем приступності, захворюваності та багатьма іншими несприятливими для життя чинниками тривалість життя не буде високою.

Показник «вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років» характеризує рівень дитячої смертності та дозволяє зробити висновки про організацію діяльності перинатальних центрів, патронажної служби, якості життя домогосподарств, а також наявністю високих ризиків у сім'ях зі складними життєвими обставинами.

Показник «Вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів» характеризує не тільки рівень системи охорони здоров'я, але і стан системи громадського здоров'я, рівень якості соціального середовища, наявність техногенних ризиків на робочих місцях та у повсякденному житті, екологічну ситуацію в країні.

Показники «Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення» та «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП» характеризують рівень соціальності бюджетної політики держави. Якщо перший показник визначає рівень витрат на одну особу, що характеризує наявний рівень піклування про охорону здоров'я, то другий показник доповнює перший та надає можливість зробити висновки про рівень використання можливостей держави щодо фінансування системи охорони здоров'я.

В табл. 1 представлено показники ефективності систем охорони здоров'я в країнах ЄС та в Україні. Якщо проаналізувати матеріали таблиці, то можна побачити, що значна більшість країн ЄС мають дуже високі показники ефективності системи охорони здоров'я, у порівнянні із показниками України. Перші країни Європи, що були ініціаторами створення ВОЗ це такі країни як: Австрія, Італія, Нідерланди, Фінляндія, Швеція.

Таблиця 1

Показники здоров'я населення в країнах Європи та в Україні

[складено за матеріалами 8]

№	Країна	Членство у ВОЗ, рік	Кількість населення млн осіб	Тривалість життя при народженні, роки		Вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років	Вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів		Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол.	Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП
				ч	ж		Ч	ж		
1	Австрія	1947	8.712	79	84	4	80	44	5.039	11.2
2	Болгарія	1948	7.131	71	78	8	183	85	1.399	8.4
3	Великобританія	1946	65.789	80	83	4	81	52	3.377	9.1
4	Греція	1948	11.184	79	84	5	90	42	2.098	8.1
5	Данія	1948	5.712	79	83	4	81	49	4.782	10.8
6	Іспанія	1951	46.348	80	86	3	74	38	2.966	9.0
7	Італія	1947	59.430	80	85	3	68	39	3.239	9.2
8	Нідерланди	1947	16.987	80	83	4	66	52	5.202	10.9
9	Німеччина	1951	81.915	79	83	4	94	48	4.508	11.5
10	Латвія	1991	1.971	70	80	4	225	84	940	5.9
11	Польща	1948	38.224	74	82	5	150	62	1.570	6.3
12	Португалія	1948	10.372	78	84	4	110	43	2.690	9.5
13	Румунія	1948	19.778	72	79	8	191	77	1.079	5.6
14	Литва	1991	2.908	70	80	4	231	79	1.718	6.5
15	Угорщина	1948	9.753	72	79	4	173	79	1.872	7.4
16	Фінляндія	1947	5.503	79	84	2	95	44	3.701	9.7
17	Франція	1948	64.721	80	86	4	94	98	4.508	11.5
18	Чехія	1993	10.611	76	82	3	108	53	2.146	7.4
19	Швеція	1947	9.839	81	84	3	64	40	5.219	11.9
20	Україна	1948	44.439	68	77	9	264	98	584	7.1

Одними з перших членів ВОЗ були країни ЄС: Болгарія, Греція, Данія, Польща, Португалія, Румунія, Угорщина, Франція, Україна. Після набуття незалежності та виходу із складу СРСР у 1991 році вступили у ВОЗ Латвія і Літва. Таким чином, Україна з моменту заснування є членом ВОЗ, що позитивно впливає на розвиток інституційних основ системи державного управління охороною здоров'я. Серед факторі соціального характеру, які характеризують країни ЄС можна виділити країни з найбільш висок рівнем тривалості життя, такі як: Великобританія, Іспанія, Італія, Нідерланди, Франція, Швеція. Найменша вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років – всього дві особи – у Фінляндії, найнижча вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів в Італії, Нідерландах і Швеції. Найвищі показники фінансування системи охорони здоров'я за показниками «Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення» та «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП» у таких країнах як: Австрія, Данія, Нідерланди, Німеччина, Франція, Швеція.

На рис. 1 представлено результати кластерного аналізу ефективності систем охорони здоров'я в країнах ЄС та в Україні. Проведений аналіз дозволив виявити наступні кластери:

Кластер 1. Країни, що входять в цей кластер демонструють найкращі показники ефективності систем охорони здоров'я. До таких країн відносять: Австрія, Данія, Греція, Фінляндія, Португалія, Нідерланди, Швеція. Одним з показників, що характеризує високорозвинену систему управління охороною здоров'я цих країн є відносно невелика кількість населення у порівнянні з іншими високо розвинутими країнами Європи. Ці країни мають високу тривалість життя населення – від 79 до 81 років у чоловіків та від 83 до 84 роки у жінок. Також в цій групі високі видатки на охорону здоров'я на душу населення та у % від ВВП;

Кластер 2. Країни, що входять в цей кластер також демонструють високі показники ефективності системи охорони здоров'я. До таких країн входять: Великобританія, Іспанія, Італія, Німеччина. На відміну від країн першого кластеру вони мають більшу кількість населення. Ці країни мають приблизно такі ж показники тривалості життя чоловіків та жінок. Чоловіків від 79 до 80 років, жінок – від 83 до 86 років. В них також не високі показники вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років – Італія та Іспанія – 3 дитини, Німеччина та Великобританія – 4 дитини. В цих країнах відносно країн першого кластеру невисокі видатки на охорону здоров'я на душу населення та загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП (крім Німеччини);

Кластер 3. До третього кластеру входять такі країни як Чехія, Франція, Болгарія та Угорщина. З цих країн Франція вирізняється найбільш високими показниками ефективності систем управління охороною здоров'я. В неї найвищі показники тривалості життя, найнижчі показники дитячої смертності та фінансування системи охорони здоров'я. Серед інших розвинутих країн «старої Європи», у Франції найбільш високі показники смертності дорослого населення. та смертності дорослих, Інші країни, які представляють регіон Східної Європи, як ми бачимо з табл. 1 та рис. 1 мають дещо нижчі показники.

Кластер 4. Країни цього кластеру показують, на жаль значно нижчі показники ефективності системи охорони здоров'я ніж інші країни Європейського Союзу. До цього кластеру увійшли такі країни як Румунія, Польща, Литва, Латвія та Україна. Тривалість життя в цих країнах варіюється у чоловіків – від 68 до 74 років, у жінок – від 77 до 80 років. За цими показниками Україна найбільш наближена у своєму кластері до Латвії та Литви. Показник дитячої смертності в Україні практично є рівним аналогічному показник у в Румунії. Показник смертності дорослих на тисячу осіб населення в Україні наближений до аналогічного показника Латвії та Литви. Не дивлячись на той факт, що показники фінансування системи охорони здоров'я в Україні також низькі, все

ж таки за показником «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП» Україна перевершує Латвію та Румунію.

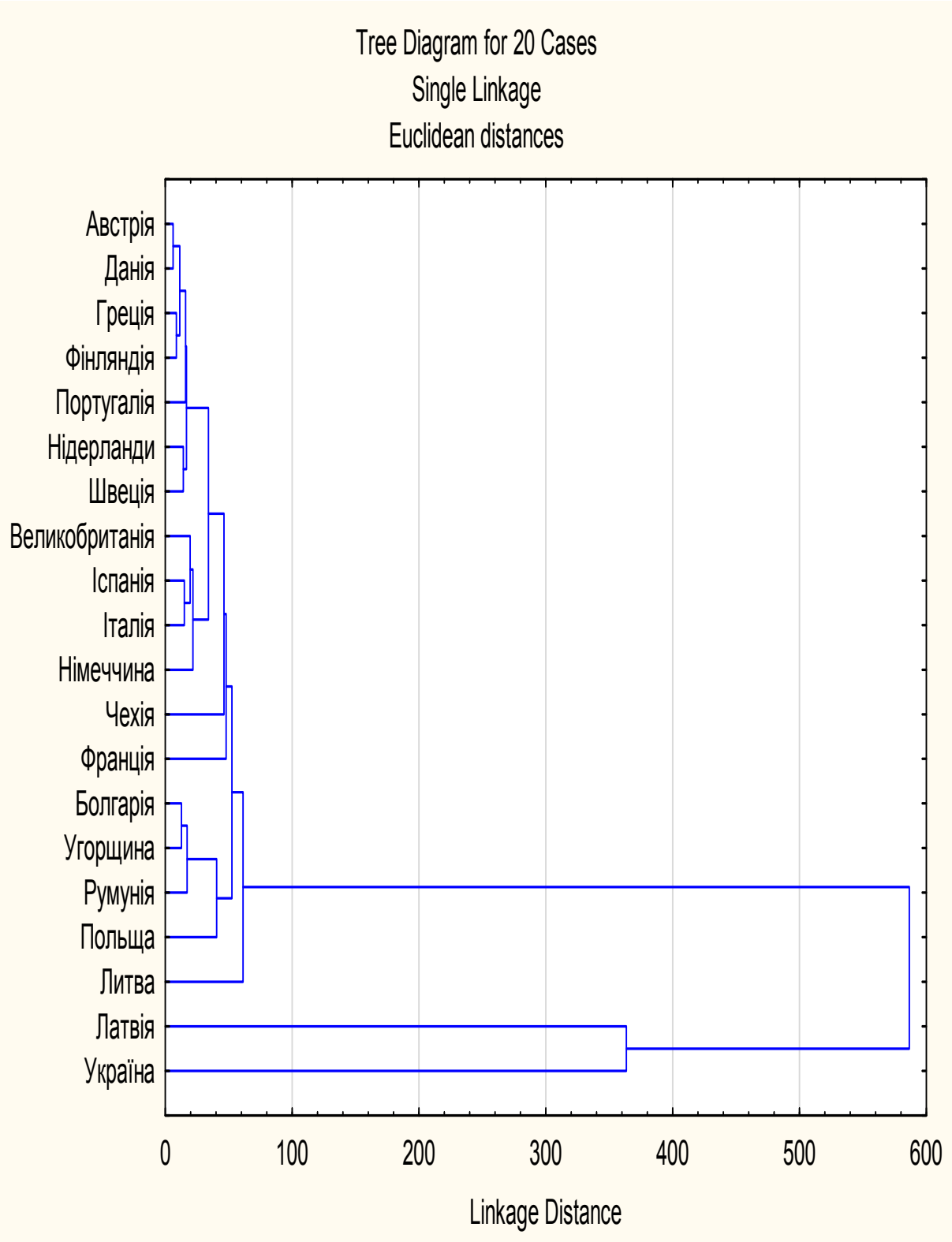

Рис. 1. Кластерний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ЄС та в Україні

Друга частина нашого аналізу була присвячена визначенню місця системи охорони здоров'я України серед аналогічних систем країн ОЄСР. ОЄСР – найбільш потужне економічне угрупування, яке охоплює економічно розвинені країни світу, в тому числі і Європу. ОЕСР було створено у 1948 році, як організацію, яка координувала питання відновлення Європи після Другої Світової війни. Однак в середині 60-х років організація почала трансформуватися в структуру загальносвітового масштабу. Це пов'язано із активною роботою в той час органів державного управління різних країн Європи в напрямі створення Європейського Союзу. ОЕСР є потужним фінансово-економічним інститутом, діяльність якого останнім часом сконцентровано на створенні систем державного управління, які є вільними від корупції та створюють максимальні умови для прозорості роботи національних економік. Для проведення аналізу нами було обрано як Європейські країни, що входять до ОЕСР, так і країни інших регіонів світу.

В табл. 2 подано основні показники ефективності систем управління охороною здоров'я країн ОЕСР. В цілому, ми можемо визначити, що не дивлячись на досить високий рівень розвину тості інститутів, інституційної економіки, інституційного соціального середовища в країнах ЄС, показники системи охорони здоров'я в країнах ОЕСР дещо вище європейських. Зокрема, в окремих країнах ОЕСР тривалість життя у чоловіків доходить до 81 року у п'яти країн (Австралія, Канада, Японія, Ісландія, Швеція), в той час, як в ЄС тільки в однієї – Швеції. Середня тривалість життя у жінок сягає 86 років у Франції, південній Кореї, а в Японії – 87, в той час, як в ЄС – тільки у Франції. Показник «вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років» сягає двох осіб в країнах ОЕСР в чотирьох країнах (Японія, Ісландія, Люксембург, Фінляндія), в той час, як в ЄС – тільки у Фінляндії та Люксембурзі. Також високим в країнах ОЕСР є показник «Вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів». Найбільш високий показник «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП» серед країн світу мають США – 17,1%. В інших країнах ОЕСР цей показник також є дуже високим: Канада – 10,6%, Нова Зеландія – 11,0%, Японія – 10,2%. Хоча окремі країни ЄС також мають високим цей показник. Слід визначити, що за своїми економічними показниками та рівнем інституційного розвитку країни ОЕСР є більш різноманітними. Тому порівняння стану системи охорони здоров'я з показниками країн ОЕСР має велику наукову цінність.

На рис. 2 представлено результати кластерного аналізу ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЄСР та в Україні. Проведений аналіз дозволив виявити наступні кластери:

Кластер 1. Австралія, Канада, Франція, Швеція. Ці країни характеризуються високим рівнем життя населення, високою тривалістю життя населення – у чоловіків від 81 року у Австралії, Канади, Швеції до 80 років у Франції та у жінок – від 86 у Франції, до 85 у Канаді та Австралії і 84 у Швеції. Всі ці країни одними з перших країн світу стали членами ВОЗ. Особливістю цієї групи є найбільші показники видатків на охорону здоров'я у відсотках до обсягу державного бюджету. Наприклад у Франції вони складають 11,5%, а у Швеції 11,9%, що є кращими показниками країн ОЕСР після США.

Кластер 2. До цього кластеру входять такі країни як Нова Зеландія, Японія, Ісландія. Ці країни також характеризуються високим рівнем ефективності систем охорони здоров'я. В Японії – один з найвижчих в світі показник «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП» – 10,2%. Також в Японії найвижчі показники тривалості життя – для чоловіків – 81 рік, для жінок – 87 років. Для Нової Зеландії та Ісландії ці показники складають відповідно 80 та 84 роки, що також є дуже високими показниками для країн світу. Не дивлячись на той факт, що на теперішній час Нова Зеландія має трохи нижчі соціальні показники громадського здоров'я, вона має всі шанси наздогнати своїх партнерів по кластеру, тому що має найбільш високі з цієї групи показники фінансування системи охорони здоров'я.

Таблиця 2

Показники здоров'я населення в країнах ОЕСР та в Україні

[складено за матеріалами 8]

№	Країна	Членство у ВОЗ, рік	Кількість населення млн осіб	Тривалість життя при народженні, роки		Вірогідність смерті на 1000 новонароджених у віці до п'яти років	Вірогідність смерті у віці 15-60 років на 1000 жителів		Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення, дол.	Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП
				ч	ж		ч	ж		
1	Австралія	1948	24.125	81	85	4	77	45	4357	9.4
2	Ізраїль	1949	8.192	80	84	4	75	41	2599	7.8
3	Канада	1946	36.290	81	85	5	76	49	4641	10.6
4	Колумбія	1959	48.653	72	79	14	182	92	962	7.2
5	Мексика	1948	127.540	74	79	13	164	89	1122	6.3
6	Нова Зеландія	1946	4.661	80	84	6	81	51	4018	11.0
7	США	1948	322.180	76	81	6	142	86	9403	17.1
8	Туреччина	1948	79.512	73	79	11	138	71	1036	5.4
9	Південна Корея	1949	50.792	80	86	3	85	36	2531	7.4
10	Японія	1951	127.749	81	87	2	65	36	3727	10.2
11	Ісландія	1948	332.0	81	84	2	67	42	3882	8.9
12	Люксембург	1949	576	80	85	2	71	38	6812	6.9
13	Чілі	1948	17.910	76	82	7	114	60	1749	7.8
14	Словаччина	1993	5.444	74	81	6	147	61	2179	8.1
15	Угорщина	1948	9.753	72	79	4	173	79	1872	7.4
16	Фінляндія	1947	5.503	79	84	2	95	44	3701	9.7
17	Франція	1948	64.721	80	86	4	94	98	4508	11.5
18	Чехія	1993	10.611	76	82	3	108	53	2146	7.4
19	Швеція	1947	9.839	81	84	3	64	40	5219	11.9
20	Україна	1948	44.439	68	77	9	264	98	584	7.1

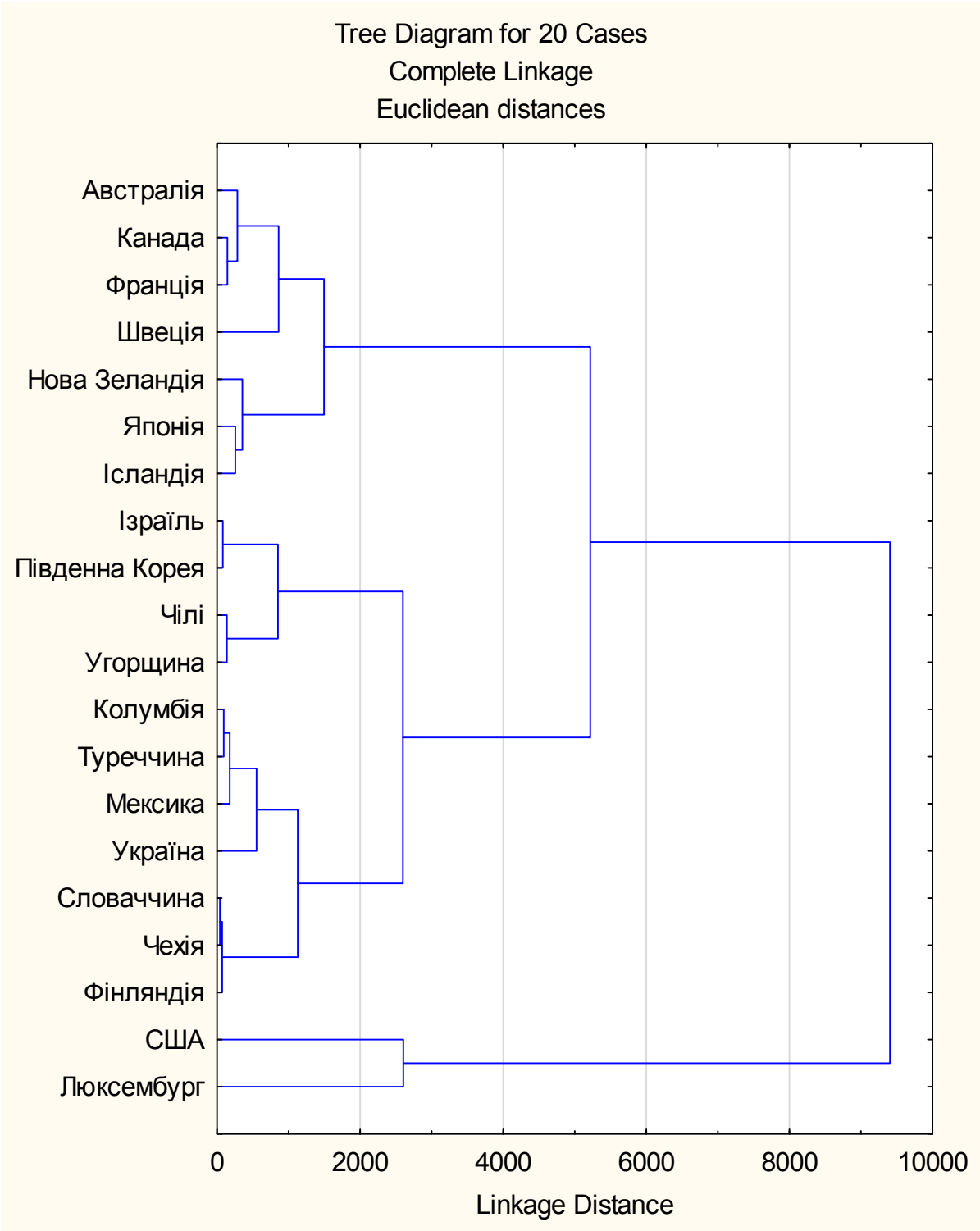

Рис. 2. Кластерний аналіз ефективності систем охорони здоров'я в країнах ОЕСР та в Україні

Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення складають у Новій Зеландії 4018 дол, в той час як у Японії та Ісландії – 3727 дол. та 3882 дол. відповідно.

Кластер 3. До третього кластеру увійшли такі країни як Ізраїль, Південна Корея, Чилі, Угорщина. Країни цього кластеру мають достатньо високі показники ефективності систем охорони здоров'я, однак, вони не є найбільш високими не за одним з показників. У Ізраїлю та Південної Кореї ці показники дещо вищі ніж у Чилі та Угорщини. Всі ці країни приблизно одночасно вступили до ВОЗ. В Південній Кореї найвижча тривалість життя – чоловіків 80 років, жінок – 86 років. В Ізраїлі відповідно 80 та 84 роки. В Чилі та Угорщині ці показники нижчі. Показники смертності серед дорослих та дітей, а також показники фінансування системи охорони здоров'я знаходяться на прийнятному середньому рівні.

Кластер 4. Кластер цікавий тим, що до нього входить Україна. Цей кластер сформовано такими країнами як: Колумбія, Туреччина, Україна та Мексика. Ці країни мають практично найнижчі показники ефективності систем управління охороною здоров'я. Середня тривалість життя чоловіків в Колумбії – 72 роки, Мексиці – 74 роки, Туреччині – 73 роки, Україні – 68 років. Тривалість життя жінок у цих країнах – у Колумбії, Мексиці та Туреччині складає 79 років, в Україні – 77 років. Це найнижчі показники з всіх країн ОЕСР. Показники смертності серед дорослих та дітей також знаходяться на низькому рівні. Слід зазначити, що серед країн четвертого кластер Україна має доволі високий показник «Загальні витрати на охорону здоров'я, % від ВНП», він сягає 7,1%. В той час як у Колумбії він становить 7,2%, у Мексики – 6,3%, у Туреччини – 5,4%.

Кластер 5. В цей кластер увійшли країни з відносно невисоким рівнем ефективності систем охорони здоров'я: Словаччина, Чехія і Фінляндія. Виключення складає Фінляндія, яка має середні показники тривалості життя, смертності та фінансування системи охорони здоров'я. Чехія та Словаччина мають аналогічні показники нижче середнього. Ці країни споріднює відносно мала кількість населення відносно інших країн ОЕСР. Показник «Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення» найбільш високий у Фінляндії – 3701 дол., Чехія – 2146 дол., Словаччина – 2179 дол.

Кластер 6. Найбільш цікавим є групування країн у шостому кластері. До нього входять лише США та Люксембург. Географічно та за демографічними показниками ці країни дуже різняться. За показниками ефективності системи охорони здоров'я це країни, що мають високі показники, але не найкращі. При цьому Люксембург має кращі показники тривалості життя, дитячої смертності, смертності дорослих. Показник, який в основному об'єднує ці країни – «Загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення». США і Люксембург мають його значно вищим, ніж у інших країн. Для США він складає 9403 дол., для Люксембургу – 6812 дол. За цим показником навіть Люксембург значно випереджає інші країни ОЄСР з високими аналогічними показниками. У Швеції цей показник складає 5219 дол., у Франції – 4508.

Висновки. На основі проведених досліджень ефективності систем охорони здоров'я в двох групах країн – країнах ЄС та в країнах ОЕСР можна зробити наступні висновки:

Одним з важливих напрямків діяльності ВОЗ є формування інформаційної бази щодо показників діяльності національних Урядів в сфері охорони здоров'я. ВОЗ концентрує інформацію не тільки яка стосується епідеміологічного

стану і рівнів захворюваності, але й таку, що може надати уявлення про рівень організації системи охорони здоров'я в практично будь якій країні світу.

Всі країни, що є економічно та соціально розвинутими та входять до таких авторитетних та впливових міжнародних інституцій як Європейський Союз та Організація Економічного співробітництва та розвитку є активними членами ВОЗ.

Кластерний аналіз показників, що характеризують ефективність системи управління охороною здоров'я країн ЄС, доводить, що країни ЄС мають приблизно однаковий рівень організації систем охорони здоров'я. Рівень організації систем охорони здоров'я в країнах ЄС є дуже високим. Країни ЄС, що представлені в аналізі розподіляються всього на чотири кластери, що свідчить про однорідність їх економічного, соціального розвитку і, як наслідок, однорідність та рівність розвитку системи охорони здоров'я. Україна в цій групі країн формує кластер із такими країнами, як Латвія і Литва. Найбільш тотожні показники ефективності систем охорони здоров'я у України та Латвії. Латвія та Литва є країнами, які, як і Україна нещодавно були в складі СРСР, тому можна зробити висновок про ідентичність підходів в організації охорони здоров'я, які на теперішній час активно трансформуються. Якість життя населення в цих країнах не дозволяє сформувати належні умови забезпечення високого рівня громадського здоров'я та високих показників ефективності системи охорони здоров'я.

Кластерний аналіз показників, що характеризують ефективність системи управління охороною здоров'я країн ОЕСР, доводить, що країни ОЕСР мають більш різнорідний склад за своїм соціально-економічним розвитком ніж країни ЄС, не дивлячись на той факт, що в ОЕСР входять як країни ЄС, так і країни з високим рівнем економічного розвитку всіх регіонів світу. Рівень організації систем охорони здоров'я практично в усіх країнах ЄС є дуже високим. Країни ЄС, що представлені в аналізі розподіляються на шість кластерів, що свідчить про меншу однорідність їх економічного, соціального розвитку і, як наслідок, меншу однорідність та рівність розвитку системи охорони здоров'я у порівнянні з країнами ЄС. Україна в цій групі країн формує кластер із такими країнами, як Колумбія, Туреччина та Мексика. За географічною ознакою це країни, які знаходяться в різних регіонах світу. Ці країни характеризуються великою кількістю населення. Економічні системи цих країн знаходяться у стані розвитку та трансформацій. Якість життя населення в цих країнах не дозволяє сформувати належні умови забезпечення високого рівня громадського здоров'я та високих показників ефективності системи охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Саричев В. І. Порівняльний контекст функціонування системи охорони здоров'я України та співпраця з міжнародними інституціями. *Стратегія і тактика державного управління*. 2018. № 1-2. С. 53–63.

2. Магльованний А. В., Куненець О. Б. Концептуальна основа подання здоров'я людини як системи. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2017. № 2. С. 38–44.

3. Фуртак І. І., Грицко Р. Ю. Напрями розвитку громадського здоров'я в Україні. *Педагогіка здоров'я* : зб. наук. праць VII Всеукр. наук.-практ. конф. 7–8 квітн. 2017 р. м. Чернигів : ЧНТУ, 2017, С. 553–556.

4. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я. Рівне : Волинські

обереги, 2018, 168 с.

5. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 21. С. 109–113.

6. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/Зима (дата звернення: 15.06.2019).

7. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Міжнародне інституційно-правове забезпечення формування системи управління охороною здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/Зима (дата звернення: 15.06.2019).

8. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who (дата звернення 10.10.2019).

References

1. Sarychev V. I. Porivnialnyi kontekst funktsionuvannia systemy okhorony zdorovia Ukrainy ta spivpratsia z mizhnarodnymy instytutsiiamy. *Stratehiia i taktyka derzhavnoho upravlinnia*. 2018. № 1-2. S. 53–63.

2. Mahlovannyi A. V., Kunenets O. B. Kontseptualna osnova podannia zdorovia liudyny yak systemy. *Reabilitatsiini ta fizkulturno-rekreatsiini aspekty rozvytku liudyny*. 2017. № 2. S. 38–44.

3. Furtak I. I., Hrytsko R. Yu. Napriamy rozvytku hromadskoho zdorovia v Ukraini. *Pedahohika zdorovia* : zb. nauk. prats VII Vseukr. nauk.–prakt. konf. 7–8 kvitn. 2017 r. m. Chernyhiv : ChNTU, 2017, S. 553–556.

4. Sazonets I. L., Zyma I. Ya. Sotsialni instytuty v transformatsii derzhavnoi systemy upravlinnia okhoronoiu zdorovia. Rivne : Volynski oberehy, 2018. 168 s.

5. Sazonets I. L., Zyma I. Ya. Doslidzhennia problemy transformatsii derzhavnoi systemy okhorony zdorovia ta diialnosti sotsialnykh instytutiv. *Investytsii: praktyka ta dosvid*. 2018. № 21. S. 109–113.

6. Sazonets I. L., Zyma I. Ya. Vyznachennia problem ta osnovnykh napriamiv reformuvannia systemy okhorony zdorovia Ukrainy. *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok*. 2018. № 12. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/Zyma (data zvernennia: 15.06.2019).

7. Sazonets I. L., Zyma I. Ya. Mizhnarodne instytutsiino-pravove zabezpechennia formuvannia systemy upravlinnia okhoronoiu zdorovia. *Derzhavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok*. 2018. № 11. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/Zyma (data zvernennia: 15.06.2019).

8. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia. URL: https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who (data zvernennia 10.10.2019).