

in the public administration system is growing, and the communication component of political reality is changing and becoming increasingly complicated. Legitimate interaction mechanisms between authorities and society are now formally established in Ukraine. However, their effectiveness is constantly questioned by both political scientists and the very objects of the socio-political process. The strategic transformations currently taking place in the country's political life, following a change during political and socio-economic development, also suggest a change in the political and communication component of the political process. At the same time, the government itself at the highest level puts forward new requirements for political communication of the authorities, which consist of a reorientation to an open discussion of the strategies and directions of the country's development, as well as a transition to an open and interactive format of interaction.

Keywords: public administration, communication, public relations, public communication, stages of communication.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2023 р.

Бібліографічний опис статті:

Вилгін Є.А., Белявцева В.В. Сучасні тенденції розвитку комунікаційної діяльності як інструменту публічного адміністрування. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2023. № 5-6. С. 47-53.

Vilgin Y., Belyavtseva V. Current tendencies in the development of communication activities as a tool of public administration. *Actual problems of innovative economy and law*. 2023. No. 5-6, pp. 47-53.



УДК: 342.951; JEL classification: H51; I11
DOI: <https://doi.org/10.36887/2524-0455-2023-5-9>

КАЛІНІЧЕНКО Сергій Миколайович, кандидат економічних наук, доцент, Заступник генерального директора з міжнародного співробітництва, інновацій та розвитку, ДНП «Центр Тестування» МОЗ України, доцент кафедри менеджменту, бізнесу і адміністрування, Державний біотехнологічний університет, <https://orcid.org/0000-0003-3958-4763>

АВРЯТА Андрій Вікторович, аспірант, Державний біотехнологічний університет, <https://orcid.org/0000-0002-5100-2298>

ХАРЧЕВНИКОВА Лілія Сергіївна, доцент кафедри туризму, Державний біотехнологічний університет, <https://orcid.org/0000-0002-2571-8612>

ОЛІЙНИК Ігор Андрійович, аспірант, Європейський університет, <https://orcid.org/0009-0005-8403-4252>

**ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД: МОДЕЛІ ФІНАНСУВАННЯ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Калініченко С.М., Аврята А.В., Харчевнікова Л.С., Олійник І.А. Закордонний досвід: моделі фінансування та організації систем охорони здоров'я.

Кожна країна у світовому співтоваристві створює та розвиває власні моделі системи охорони здоров'я, для яких властиві особливості розподілу економічних засобів для надання медичної допомоги та збереження здоров'я населення. Ефективність їх застосування в галузі охорони здоров'я визначається цілим рядом особливостей: багатогальною системою політичних, економічних, морально-етичних, культурних та інших відносин, що історично склалися в країні і т. д. Процес реформування залежить від того, якою владою наділена система державного устрою на всіх рівнях управління і які механізми регулювання, включаючи законодавство, а також фінансові стимули і санкції, може використовувати центральна влада по відношенню до територіальних органів управління. При тому, що форми організації національних систем охорони здоров'я різноманітні, основна їх мета – підвищення якості та доступності медичної допомоги, збільшення очікуваної тривалості життя, розбудова системи охорони здоров'я, орієнтованої на пацієнта шляхом зміни організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та міжнародних стандартів для забезпечення рівного доступу населення до якісної медичної допомоги та фінансового захисту у випадку захворювання; забезпечення попередження неінфекційних захворювань, зокрема шляхом посилення законодавства про здорове харчування, контроль над тютюном і алкоголем. У статті подано моделі національних систем охорони здоров'я різних країн світу. Показано особливості їх формування та функціонування. Від моделі фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їх якість, достатність і належність. Наголошено, що система охорони здоров'я, що склалася в тій чи іншій державі, є поєднанням елементів різних моделей, яке з плином часу може зазнавати змін, обумовлені змінами політичної ситуації у країні чи економічними чинниками. Зазначено, що реформування системи охорони здоров'я наразі є кардинальною зміною організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів. Виокремити єдину найпрогресивнішу з вищенаведених не доцільно, оскільки в більшості випадків країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягнути максимального результату.

Ключові слова: система, модель, управління, медична допомога, фінансування.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Зміни у соціальному та економічному розвитку будь-якого суспільства ставлять перед медичною галуззю країни принципово нові завдання, необхідні для створення доступної

ефективної системи охорони здоров'я. У даний час у всьому світі йде пошук розумного поєднання ринку та регулювання системи охорони здоров'я. Однак плюралізм напрямів реформування за недостатньої розробленості та

наукового обстеження шляхів проведення реформ, нечіткості законодавчої бази та соціально-економічних орієнтирів відображає їх безсистемний характер та недостатню ефективність. У світі існує безліч систем охорони здоров'я, а формування моделей охорони здоров'я відбувається в руслі соціально-економічної політики, що проводиться в їхніх країнах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання медичного страхування розглядалися у працях вітчизняних та зарубіжних вчених, зокрема таких, як: О. Бойко, О. Борисюк, М. Бучкевич, Г. Муляр, Н. Приказюк, О. Сокирко та ін.

Про право на охорону здоров'я та його реалізацію йде мова в багатьох міжнародно-правових актах, зокрема: у Загальній декларації прав людини (стаття 25) [1], Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (стаття 12) [2], Хартії основних прав Європейського Союзу (стаття 35) [3], Європейській соціальній хартії (стаття 11) [4], Конвенції про права дитини (стаття 24) [5], Міжнародній конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5) [6], Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11) [7], Конвенції про права осіб з інвалідністю (Конвенції про права інвалідів) (стаття 25) [8], Африканській хартії прав людини і народів (стаття 16) [9] тощо.

Незважаючи на наявність наукового доробку, існують певні питання, які є дискусійними або невирішеними.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета статті оцінити досвід інших держав щодо реформування системи охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Сьогодні наявність найвищого досяжного рівня здоров'я є основним фактором у досягненні миру та безпеки і залежить від найбільш тісного співробітництва окремих людей та держав [10].

У доповіді ВООЗ про ситуації із забезпеченням справедливості щодо здоров'я 2019 р. наведено п'ять умов, необхідних для досягнення та підтримання здоров'я. Це «хороша якість та доступність медичних послуг; захищеність доходів та соціальний захист; гідні умови життя; соціальний та людський капітал; гідні умови праці та зайнятості». Для їх реалізації буде потрібна взаємодія різних зацікавлених сторін: урядових та неурядових організацій, державних та приватних структур, засобів масової інформації, медичних асоціацій та об'єднань, діяльність яких спрямована на покращення здоров'я.

Наявність достатніх ресурсів для охорони здоров'я є важливим фактором для функціонуючої системи охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатньо коштів для оплати медичної допомоги або задоволення інших основних потреб. Як наслідок, відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати стан здоров'я, поглибити бідність та посилити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціально-економічного характеру. Однак практика функціонування систем охорони здоров'я країн світу демонструє, що більше ресурсів не призводить до кращих результатів для здоров'я, оскільки важливу роль в цьому відіграє ефективність витрат [11, с. 35], розумне витрачання, щоб забезпечити максимальне співвідношення ціни та якості [11, с. 15].

Для розвитку сфери охорони здоров'я країн Всесвітньої організації охорони здоров'я пропонують створення наступних умов:

- наявність в країнах національної політики, яка б забезпечувала загальне охоплення обслуговування споживачів послуг;

- наявність механізмів фінансування та спеціалістів, що будуть «умовою» для розширення доступу до послуг;

- реалізація послуг, які перш за все орієнтовані та потреби отримувачів послуг країни;

- забезпечення рівного доступу для споживачів послуг країни до якісних лікарських засобів;

- використання наукових розробок при формуванні нових стратегій в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році є Сінгапурська, потім - Японська, і на третьому місці - Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце [12].

При розгляді організаційних та фінансових особливостей виокремлюють три основні системи охорони здоров'я розвинутих країн, побудованих за принципом моделей безкоштовної, страхової та платної медицини:

- 1) системи охорони здоров'я, фінансування яких засноване переважно на загальному оподаткуванні. Використовуються у скандинавських країнах, Ірландії, Великій Британії та країнах Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах загалом визнається роль державного сектору як основного джерела фінансування, що дає

зможу забезпечувати загальний доступ населення до служб охорони здоров'я і справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторону покушців представляють органи охорони громадського здоров'я;

2) системи охорони здоров'я, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування. У цих системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами охорони здоров'я для заборони витрат (наприклад, через установавання максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності.

Роль покупця медичних послуг виконують страхові компанії;

3) системи охорони здоров'я, засновані на соціальному страхуванні, основним джерелом фінансування яких є податок, що стягується із заробітної плати (більшість країн Центральної та Східної Європи) [13].

Для усіх існуючих сучасних моделей охорони здоров'я виділяють, щонайменше 5 основних механізмів, які є ключовими в забезпеченні надання якісних медичних послуг та якісної медичної допомоги. До цих основних п'яти елементів відносяться:

1. Обов'язкове ліцензування медичних закладів.

2. Акредитація медичних закладів та їх сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними).

3. Стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв – обов'язкові й бажані).

4. Контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Рівень витрат на охорону здоров'я істотно залежить від можливостей країни. Серед країн-членів ОЕСР (Організація економічного співробітництва та розвитку) Сполучені Штати, де переважає змішана система фінансування охорони здоров'я, мають найвищий відсоток ВВП, витраченого на охорону здоров'я у 2020 році. США витратили майже 19% свого ВВП на послуги охорони здоров'я. Канада (12,9%), Німеччина (12,8%), Франція (12,2%), Велика Британія (12%) слідує за США з помітно меншими відсотками. Найнижчий відсоток ВВП серед країн ОЕСР витратила Індія (3%), Індонезія (3,1%) та Китай (5,3%) [14].

Державна охорона здоров'я не може постійно гарантувати високий рівень медичної допомоги через брак фінансування, а також малоефективного розподілу наявних коштів.

Приватна медична допомога доступна не всім. Тому концепція, що базується на медичному страхуванні, визнана відповідною формою організації надання допомоги.

Як найкращий варіант, страхова медицина повинна гарантувати за рахунок своїх коштів високоякісну медичну допомогу кожному застрахованому громадянину. Таким чином може бути реалізований накопичувальний варіант страхування, коли кошти не потрібні пацієнту. Але періодично пацієнт не має можливості вибору медустанови, лікаря та вартості послуги, особливо в екстрених ситуаціях. За таких умов може допомогти страховий актив (фонд) як стабілізатор взаємовідносин медичного працівника та пацієнта.

Ще одна істотна галузь у відносинах страхової фірми та застрахованої людини – роботодавці. Крім того, що їм необхідні сильні, результативно працюючі працівники, роботодавці разом із пакетом соціальних послуг залучають працівників значними страховими відрахуваннями, які не оподатковуються. Дослідження наявних в даний час концепцій охорони здоров'я, засноване на категоріях держав, зарахованих до різних рівнів у суспільному розвитку, передбачає акцентування наступних модифікацій: універсалістська, континентальна, південна, скандинавська, ринкова, моделі у державах із перехідною економікою.

Дані моделі радикально різняться: ступенем ролі держави у фінансуванні охорони здоров'я; видами власності виробників медичних послуг; охопленням громадян програмами державної допомоги; варіантами фінансування охорони здоров'я; видом управління сферою охорони здоров'я.

1. Універсалістська модель (Ірландія, Англія) Державна концепція охорони здоров'я, що фінансується у значному обсязі у вигляді єдиного оподаткування. Ця модель базується на державно-бюджетному варіанті. Медичні послуги надаються в здебільшого у державних медичних організаціях (первинна медична допомога, фармацевти, стоматологи).

Домінування первинної медико-санітарної допомоги. Високий відсоток лікарів загальної практики, які надають медичну допомогу більшій частині населення. Варіанти фінансування (Англія): держава – 78%; роботодавець – 10%; страхові внески громадян – 3,8%; прямі доплати населення – 8,2%. Таким чином, приватні кошти громадян у структурі фінансування становлять 12%.

2. Континентальна модель (Австрія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Бельгія). Субсидування реалізується за допомогою

відрахувань із фонду заробітної плати, а також із спеціалізованих муніципальних фондів. Базується на соціально-страховій формі.

Типи фінансування (наприклад, у Німеччині): внесок держави становить 14,2%; 72,5% – за рахунок роботодавця; страхові відрахування населення становлять 6,4%; прямі виплати громадян – 6,9%. Сумарно індивідуальні кошти громадян у схемі фінансування становлять 13,3%. У Німеччині близько 1200 страхових організацій охоплюють своєю допомогою 88% населення країни.

3. Південна модель (Португалія, Іспанія, Греція). Субсидування цієї концепції охорони здоров'я реалізується за значний внесок коштів, пов'язаних із зайнятістю населення. Надання медичних послуг здійснюється муніципальними, а також приватними установами. В основі лежить принцип загальнодоступності медичної допомоги. Варіанти фінансування (Іспанія): державна частка – 15%; частка роботодавця – 70%; прямі виплати населення – 15%.

4. Скандинавська модель (Данія, Швеція, Фінляндія). Субсидування реалізується головним чином завдяки прибутковому податку, а обсяг допомоги безпосередньо залежить від окладу. Медобслуговування здійснюється рівною мірою як муніципальними, так і приватними клініками. Існує загальна доступність, а також високий рівень медичного сервісу, формування рівнозначних умов підтримки здоров'я. Реалізоване державне регулювання охорони здоров'я. Складові фінансування (у Швеції): державний внесок – 71%; частка роботодавця – 18,4%; страхові виплати населення – 2%; прямі доплати громадян становлять 8,6%. Усього індивідуальні кошти населення у цьому варіанті фінансування становлять 10,6%.

5. Ринкова модель (США, Ізраїль). Система охорони здоров'я США (ринкова модель) базується на законах вільного ринку, в якому професійні медичні організації мають великий вплив. Найпоширеніший приклад – це «Організації з підтримки здоров'я» (Health Maintenance Organizations), які є страховими компаніями, що існують у рамках сильної конкуренції та працюють за різноманітними схемами. Система, що лежить в основі роботи цієї організації – «керована медична допомога». «Організації з підтримки здоров'я» володіють відмінними системами менеджменту, що дозволяють суттєво знижувати витрати на медичні послуги. Крім США, дана модель використовується в системах охорони здоров'я Ізраїлю, Південної Кореї.

6. Моделі в державах з перехідною економікою. Основні риси моделей у країнах з перехідною економікою (країни Східної Європи) – перехід від загальнодержавної системи фінансування охорони здоров'я до бюджетно-страхової схеми, при цьому страхування існує разом з бюджетним та платним варіантом медичного обслуговування.

Навичка країн разом із перехідною економікою показує значимість зміцнення працездатності країни, ослабленої в ході реформ. В існуючій ринковій економіці держава представляє особливе значення за збереження фінансової стійкості, контролю ринкових відносин, підтримки гідного рівня соціальних послуг.

У світі використовується безліч класифікацій систем охорони здоров'я, які пояснюють сутність прийнятої за основу класифікації. Як приклад, на основі централізації управління системою охорони здоров'я виділяють централізовану, децентралізовану та змішану моделі управління системою охорони здоров'я. Водночас у країнах, де вплив держави на формування охорони здоров'я історично був провідним, відзначається поступова децентралізація деяких функцій держави та перерозподіл їх місцевим органам влади, що дозволяє залучати населення до визначення пріоритетів та зменшення відмінностей у стані здоров'я населення, а також впроваджувати сучасні методи та технології управління функціонуванням концепції колективного маркетингу. Нині різні концепції державної охорони здоров'я не є суворою копією жодної з моделей. Вони до такого ступеня змішані, що іноді складно відзначити, яка форма взята за основу. Зазвичай система охорони здоров'я, що склалася в тій чи іншій державі, є поєднанням елементів різних моделей, яке з плином часу може зазнавати змін, які обумовлені змінами політичної ситуації у країні чи економічними чинниками.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У сучасних концепціях охорони здоров'я постійно протікають різноманітні реформування, що у комбінації з різними варіантами їх модифікацій.

Сама наявність такого різноманіття концепцій, а також такого числа реформ свідчить про те, що жодний варіант не є бездоганим. Будь-яка держава намагається сформувати більш застосований варіант із позиції ідеології, економіки, а також ментальності охорони здоров'я. Тому просте запозичення ідей, а також дублювання ефективних концепцій не обов'язково призводить до позитивного результату.

Література.

1. Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10 грудня 1948 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015
2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об'єднаних Націй від 16 грудня 1966 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042.
3. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524.
4. Європейська соціальна хартія Ради Європи від 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062.
5. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини від 20 листопада 1989 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021.
6. Міжнародна конвенція ООН про ліквідацію всіх форм расової дискримінації від 21 грудня 1965 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105.
7. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207.
8. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.
9. African Charter on Human and Peoples Rights. URL: <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>.
10. Constitution of the World Health Organization. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017_07/constitution_of_health_en.pdf.
11. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. 2019. URL: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
12. The legatum prosperity index 2019. URL: <https://www.prosperity.com/rankings>.
13. Financing British health care. The Economist. 2005. URL: <http://www.economist.com>.
14. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries in 2020. Statista. 2022. URL: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>.

References.

1. Zahal'na deklaratsiia prav liudyny Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij. (1948). [The United Nations General Declaration of Human Rights]. dated December 10, 1948. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015
2. Mizhnarodnyj pakt pro ekonomichni, sotsial'ni i kul'turni prava Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij. (1966). [International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights of the United Nations]. dated December 16, 1966. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042.
3. Khartiia osnovnykh prav Yevropejs'koho Soiuzu. (2000). [The Charter of Fundamental Rights of the European Union]. dated December 7, 2000. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524.
4. Yevropejs'ka sotsial'na khartiia Rady Yevropy. (1996). [European Social Charter of the Council of Europe]. dated May 3, 1996. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062.
5. Konventsiiia Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij pro prava dytyny. (1989). [The United Nations Convention on the Rights of the Child]. dated November 20, 1989. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021.
6. Mizhnarodna konventsiiia OON pro likvidatsiiu vsikh form rasovoi dyskryminatsii. (1965). [The UN International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination]. dated December 21, 1965. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105.
7. Konventsiiia Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij pro likvidatsiiu vsikh form dyskryminatsii schodo zhinkov. (1979). [United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women]. dated December 18, 1979. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207.
8. Konventsiiia Orhanizatsii Ob'iednanykh Natsij pro prava osib z invalidnistiu (Konventsiiia pro prava invalidiv). (2006). [United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)]. dated December 13, 2006. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.
9. African Charter on Human and Peoples Rights. Available at: <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>.
10. Constitution of the World Health Organization. Available at: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017_07/constitution_of_health_en.pdf.
11. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. (2019). Available at: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
12. The legatum prosperity index 2019. Available at: <https://www.prosperity.com/rankings>.
13. Financing British health care. The Economist. (2005). Available at: <http://www.economist.com>.
14. Health expenditure as a percentage of gross domestic product (GDP) in selected countries in 2020. Statista. (2022). Available at: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>.

Abstract.

Kalinichenko S., Avriata A., Kharchevnikova L., Oliynyk I. Foreign experience: models of financing and organization of health care systems.

Each country in the world community creates and develops its health care system models, which are characterized by the peculiarities of the distribution of economic resources for providing medical care and preserving the population's

health. The effectiveness of their application in the health care field is determined by several features: a multifactorial system of political, economic, moral-ethical, cultural, and other relations that have historically developed in the country, etc. The reform process depends on the power vested in the state system organization at all levels of management and what regulatory mechanisms, including legislation, as well as financial incentives and sanctions, can be used by the central government for territorial management bodies. Even though the forms of organization of national health care systems are diverse, their main goal is to improve the quality and availability of medical care, increase life expectancy, develop a patient-oriented health care system by changing the organizational and economic principles of management by market conditions and international standards to ensure equal access of the population to quality medical care and financial protection in case of illness; ensuring the prevention of non-communicable diseases, in particular by strengthening legislation on healthy eating, tobacco, and alcohol control. The article presents models of national healthcare systems of different countries. Features of their formation and functioning are shown. The level of regulation and ensuring equal access of the population to the services received, as well as their quality, adequacy, and appropriateness, depends on the model of financing medical care. It is emphasized that the health care system that has developed in one or another state is a combination of various models, which may change over time due to changes in the political situation in the country or economic factors. It is noted that reforming the health care system is a fundamental change in management's organizational and economic principles by market conditions and European standards. It is not advisable to single out the most progressive of the above since, in most cases, countries apply the dualism of individual provisions of each existing model to achieve the maximum result in practice.

Keywords: system, model, management, medical care, financing.

Стаття надійшла до редакції 15.11.2023 р.

Бібліографічний опис статті:

Калініченко С.М., Авриата А.В., Харчевнікова Л.С., Олійник І.А. Закордонний досвід: моделі фінансування та організації систем охорони здоров'я. Актуальні проблеми інноваційної економіки та права. 2023. № 5-6. С. 53-58.

Kalinichenko S., Avriata A., Kharchevnikova L., Oliinyk I. Foreign experience: models of financing and organization of health care systems. Actual problems of innovative economy and law. 2023. No. 5-6, pp. 53-58.

УДК: 340.12; JEL classification: H11, K15, Z18
DOI: <https://doi.org/10.36887/2524-0455-2023-5-10>

ЕРЬОМКА Данило Вікторович, аспірант кафедри державного управління, публічного адміністрування та економічної політики, Харківський національний економічний університет імені Семена Кузнеця, <https://orcid.org/0009-0006-3231-0064>

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ З ІНСТИТУТАМИ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА ПУБЛІЧНОЇ ВЛАДИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Єрьомка Д.В. Напрямки удосконалення взаємодії органів місцевого самоврядування з інститутами громадянського суспільства публічної влади в умовах війни в Україні.

В умовах воєнного стану актуалізувалася потреба налагодження ефективної взаємодії між інститутами громадянського суспільства й органами державної влади. У статті проаналізовані основні проблеми, що існують у взаємодії органів місцевого самоврядування та органів виконавчої влади з громадськістю регіону. Визначено основні напрями вдосконалення діалогу на регіональному рівні з метою налагодження партнерських відносин в органах місцевого самоврядування та органах виконавчої влади з громадськістю. Зазначено, що визнання взаємозв'язку між правом і справедливістю є частиною європейської правової традиції. Фундаментальним елементом громадянського суспільства є його незалежні, самоврядні інститути, які, взаємодіючи з державними інститутами, виконують важливу легітимізаційну функцію як всередині суспільства, так і в процесі взаємодії з державними інститутами. У контексті визначення ефективних механізмів формування та підтримання належного рівня безпечового середовища наголошено на важливості здійснення аналітичної діяльності для визначення стратегічних орієнтирів зовнішньої та внутрішньої політики держави, своєчасного виявлення воєнних загроз, у тому числі потенційних, підвищення рівня життя населення та правової культури суспільства. Стверджено, що організації громадянського суспільства гарантують недоторканність особистих прав громадян, вселяють громадянам впевненість у своїх силах; надають підтримку громадянам і державним органам, які можуть протистояти ворогу.

Ключові слова: інститути громадянського суспільства, держава, органи публічної влади, збройна агресія, громадські організації.

Постановка проблеми у загальному вигляді. З огляду на події, що відбуваються на шляху до нових демократичних змін в Україні, роль інститутів громадянського суспільства різко зросла. Сьогодні взаємодія між громадянським суспільством та органами державної влади стала досить тісною, незважаючи на те що існує певний баланс інтересів, який сприяє суспільному розвитку та

солідарності. Однак однією із основних проблем періоду війни є те, що правові засади взаємодії громадянського суспільства та органів державної влади в Україні не реалізовані належним чином на рівні положень Основного Закону, а також Закони України "Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства", "Про благодійну діяльність та благодійні організації", "Про громадські