

Дослідження соціальної політики

УДК 614.2 (477)

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ПОЛІТИКО-ІНСТИТУЦІЙНОЇ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УКРАИНЕ: ВЫЗОВЫ ПОЛИТИКО-ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ

HEALTHCARE IN UKRAINE: CHALLENGES OF POLITICAL AND INSTITUTIONAL RESTRUCTURING

Семигіна Т. В.

Доктор політ. наук, професор Академії праці, соціальних відносин і туризму

Семыгина Т. В.

Доктор полит. наук, профессор Академии труда, социальных отношений и туризма

Semigina T. V.

Dr. in Political Sciences, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

Анотація

У статті визначено характеристики процесів децентралізації в охороні здоров'я з огляду на міжнародну політику та практику. На основі аналізу документів та спілкування з експертами окреслено проблеми, що виникають в Україні у сфері різнорівневих політико-інституційних взаємодій у сфері охорони здоров'я і впровадження ідей децентралізації. Обговорено політичні детермінанти зміни масштабів політики охорони здоров'я в Україні.

Ключові слова: політика охорони здоров'я, децентралізація, автономізація медичних закладів, зміна масштабів політики.

Аннотация

В статье – с учетом международной политики и практики – определены характеристики процессов децентрализации в здравоохранении. На основе анализа документов и общения с экспертами обозначены проблемы, возникающие в Украине в сфере разноуровневых политики-институциональных взаимодействий в сфере здравоохранения и внедрения идей децентрализации. Обсуждены политические детерминанты изменения масштабов политики здравоохранения в Украине.

Ключевые слова: политика здравоохранения, децентрализация, автономизация медицинских учреждений, изменение масштабов политики.

Abstract

The paper reviews the characteristics of decentralization in health care with respect to the international policy and practice. Based on the analysis of documents and communication with experts the problems arising in Ukraine within the multi-level policy-institutional interactions in health and introduction of the ideas of decentralization are outlined. The political determinants of health policy rescaling in Ukraine are argued.

Keywords: health policy, decentralization, autonomization of healthcare settings, policy rescaling.

Вступ. Розв'язання проблем охорони здоров'я посідає важливе місце у політичному, суспільному та медійному порядках денних політики. При цьому політика щодо здоров'я має неоднорідну інституційно-правову структуру, в межах якої наднаціональні, національні та субнаціональні актори політики створюють механізм правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. Додаткову складність вносить той факт, що процеси глобалізації та регіоналізації політики охорони здоров'я діалектично співіснують з іншими процесами – децентралізацією і роздержавленням систем охорони здоров'я, розгортанням ідей самоврядності громад тощо [14]. Така багатосуб'єктність і різнорівневість політики зумовлює особливий інтерес до структурних (інституційних) чинників політики охорони здоров'я, трансформації політико-інституційних взаємодій, децентралізації та приватизації охорони здоров'я, які лежать в основі сучасних моделей охорони здоров'я [21]. Актуальність такого аналізу видається надзвичайно важливою для України, де відбувається пошук ефективної моделі охорони здоров'я, а поточна ситуація з охороною здоров'я викликає негативний публічний дискурс і формує суспільний запит на зміни.

Аналіз останніх публікацій. Питання політико-інституційних взаємодій, їх трансформації у сфері охорони здоров'я вивчали численні науковці, які відзначали, що однією з ключових тенденцій національних політик можна вважати децентралізацію, переміщення влади від національних урядів до субнаціональних і місцевих органів влади, а також до місцевих громад [1; 9].

Слід зауважити, що ще у 1990-х роках закордонні вчені почали розробляти концепцію «зміни масштабів політики» (policy rescaling). Ця концепція виходить із того, що держава передає частину своїх повноважень із національного рівня на нижчі рівні урядування (так звана деволюція) [29]. Згідно із дослідженням Д. Ансьєна [18], відбувається переосмислення центральності ролі держави. Проте, як наголошує Д. Пек [28], який вивчав міжрівневі політико-інституційні взаємодії, цей процес не слід однозначно ототожнювати із процесом децентралізації, оскільки національний рівень залишає за собою важливу роль «управління масштабами», адже він є посередником у поширенні визначених на глобальному рівні правил та скеровує їх виконання на нижчий, операційний рівень, крім

того, національний рівень визначає повноваження нижчих рівнів та контролює їхню діяльність. Питання зміни масштабів політики досліджувала й Л. Мілз [26]. Вона звернула увагу на зв'язок між глобальними та локальними (регіональними) рівнями політики. Думку цієї дослідниці слід взяти до уваги, адже саме міжнародні актори формують глобальний дискурс щодо більшого залучення громад до охорони здоров'я, ухвалюють глобальні стандарти щодо охорони здоров'я та рекомендації національним урядам стосовно організації систем надання медичних послуг.

Цей підхід дещо спростовують британські дослідники Т. Форбс, Д. Еванс та Н. Скот [22], котрі доводять, що для розв'язання локальних проблем охорони здоров'я необхідно визнати потребу у пошуку місцевих рішень, а не прагнути знайти у політиці підхід, що його можна застосувати до будь-якої місцевості. Це вимагає гнучкості у розробці політики, залучення місцевих акторів політики до визначення контекстуалізованих (адаптованих до певної місцевості) рішень, навіть у межах загальнонаціональних стратегій здоров'язбереження. Такі підходи тісно пов'язані з процесами децентралізації управління, переглядом рівнів компетенції органів державної та місцевої влади.

Заслужовують на увагу й інші доктринальні підходи у розумінні процесів децентралізації і централізації. Слід відзначити теорії вертикально-горизонтального вимірів політики [6], концепції «ключового агента» (principal agent) та мапи/карти «місця ухвалення рішень» [20], що дають змогу визначати, які саме функції управління сферою охорони здоров'я передаються із центру на периферію, які наслідки має для системи охорони здоров'я передання повноважень на нижчий щабель.

Отже, у закордонній політичній науці сформувався широкий спектр теорій і концепцій, які можна застосувати при вивченні взаємодії між національними та субнаціональними рівнями в політиці охорони здоров'я.

В Україні управління закладами охорони здоров'я, відповідну державну політику вивчали такі вчені, як В. Князевич, В. Лехан, В. Рудий, Г. Слабкий, І. Солоненко та ін. Їх увага зосереджувалась на застосуванні інструментів політики, гармонізації різних аспектів регулювання сфери охорони здоров'я. Так, Т. Камінська [4] у роботі «Децентралізована система охорони здоров'я в Канаді: уроки для України» доводить

свою точку зору, що одночасне впровадження децентралізації та загальнообов'язкового медичного страхування в Україні є взаємозалежними діями і їх виконання підвищить ефективність системи охорони здоров'я загалом. Т. Сіташ [16] також зосереджується на економічних аспектах взаємодії суб'єктів політики різного рівня, пов'язаних із фінансуванням охорони здоров'я. О. Бойко [2] розкриває проблемні моменти у фінансових взаємодіях між центральним та місцевими бюджетами охорони здоров'я.

Таким чином, хоча в Україні й вивчалися процеси політико-інституційної реструктуризації в охороні здоров'я, проте дослідники переважно зосереджувались на фінансово-економічних важелях і не завжди брали до уваги ті сучасні політичні концепції рівнів політики, які можуть стати у нагоді при дослідженні напрямів реорганізації охорони здоров'я і передовсім децентралізації.

Мета та методологія. Ця робота має на меті з'ясувати ключові характеристики процесів децентралізації в охороні здоров'я та проаналізувати проблеми, що виникають в Україні у різнорівневих політико-інституційних взаємодіях у сфері охорони здоров'я. Дослідження ґрунтується на аналізі документів міжнародних та національних суб'єктів політики, а також узагальненні думок експертів, отриманих в процесі дискусій під час Літньої школи «Трансформація системи охорони здоров'я: Східна Європа» (Львів, 18-22 липня 2016 р.).

Це дослідження обмежене тим, що доводилось зважати на проблеми встановлення причинно-наслідкових зв'язків у політиці охорони здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я, складність урахування довгострокових впливів політики охорони здоров'я, певні викривлення наявної статистичної інформації з питань охорони здоров'я.

Основні результати.

Форми децентралізації в охороні здоров'я. Різновиди залучення місцевого самоврядування до сфери охорони здоров'я та сталого розвитку визначено міжнародними нормативно-правовими документами.

Ідею децентралізації прямо чи опосередковано розвивають чимало міжнародних організацій (ВООЗ, ПРООН, Світовий банк, ЮСЕЙД, Європейський Союз, Швейцарське бюро співробітництва тощо) [1; 13; 23; 27]. Вони підтримують надання громадам більших по-

вноважень у сфері організації охорони здоров'я і розрізняють три різновиди децентралізації – політичну, фінансову та адміністративну.

У документах міжнародних організацій запропоновано виокремлювати певні форми децентралізації: 1) деконцентрацію (перерозподіл центральним урядом низки своїх функцій, таких як планування і фінансування, серед регіональних підзвітних структур зі збереженням загального контролю за національним рівнем управління); 2) делегування повноважень, 3) передачу повноважень (деволюцію) та 4) приватизацію.

Ідеї міжнародних організацій щодо перегляду інституційних взаємодій на різних рівнях політики охорони здоров'я, зміни шаблону управління дістають втілення у політичній практиці багатьох країн. Децентралізація охорони здоров'я є поширеною тенденцією в європейських країнах, вона супроводжується адміністративними та бюджетними реформами.

Наразі системи охорони здоров'я більшості розвинених країн об'єднує кілька спільних рис: 1) фінансування відбувається за контрактами з медичними закладами, 2) замовник та постачальник послуг розмежовані – суб'єкт, який контрактує заклади (орган влади, орган охорони здоров'я, страховий фонд, агенція з фінансування тощо), не володіє лікарнями, 3) замовник послуг (незалежно від форми), зазвичай, знаходиться на регіональному рівні [21; 27]. В тих країнах, де впроваджено медичне страхування, постачальник медичних послуг виник природним шляхом, а страховий фонд взяв на себе роль замовника (закупівельника) послуг. А в тих країнах, де страхова медицина відсутня (наприклад, Данія, Італія, Великобританія), сформувалась схожа система: на рівні регіонів створено органи, які виступають закупівельниками послуг, і вони мають ті ж функції, що й страхові фонди. Ці місцеві органи отримують кошти з загальних податків і самостійно вирішують, яким саме чином, між якими лікарями і на які саме послуги їх розподіляти, одночасно контролюють їх, вживають заходи задля підвищення якості обслуговування.

Поточна ситуація в Україні. Конституція України (стаття 49) проголошує, що «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [7]. Практичним інструментом втілення цієї гарантії вбачається утримання мережі державних та комунальних медичних закладів, які повинні надавати громадянам увесь обсяг медичної допомоги безоплатно.

Національне законодавство щодо охорони здоров'я залишається несистемним, застарілим і неузгодженим із міжнародними нормами та нормативно-правовими актами, зокрема, й ратифікованими Україною [14].

Україна успадкувала від СРСР державно-бюджетну модель охорони здоров'я, принципи функціонування якої можна вважати такими, що не відповідають новим соціально-політичним реаліям. Як і раніше, це модель не бере до уваги сучасних міжнародних рекомендацій щодо багатоканальності фінансування охорони здоров'я та орієнтації на соціальне страхування, не зважає на концепції державно-приватного партнерства та не бере до уваги заходи сприяння здоров'ю тощо.

Нині в Україні співіснує кілька рівнів управління (муніципальний, районний, обласний та центральний рівень), які займаються фінансуванням та наданням послуг, але жоден з них не має влади раціоналізувати систему. На кожному з цих рівнів є в підпорядкуванні свої лікарні, які фінансуються з держбюджету.

Водночас на нинішньому етапі майже 80% фінансування охорони здоров'я здійснюється з місцевих бюджетів. Можливості таких бюджетів обмежені, як і повноваження відповідних органів.

Поширені в Україні неофіційні платежі пацієнтів не орієнтовані на залучення коштів до системи охорони здоров'я, вони не сприяють її розвитку, забезпеченню якості медичної допомоги, економічній ефективності галузі в цілому, а також не дають змоги споживачам послуг планувати свої витрати, захищати свої права у разі отримання неякісної чи невчасної допомоги, і, власне, значною мірою обмежують доступ до медичної допомоги.

Ключові індикатори політики охорони здоров'я України свідчать про її цілковитий провал. Негативні медико-демографічні показники, фінансова неефективність системи охорони здоров'я і неспроможність держави захистити від фінансових ризиків тих, хто потребує медичних послуг, а також невдоволеність населення цією системою [13] змушують шукати альтернативи чинній системі охорони здоров'я.

Ключові ідеї трансформації системи охорони здоров'я. Під час дискусій фахівці відзначали, що передавання фінансування з одного рівня на інший в будь-яких комбінаціях (фінансова децентралізація) не здатне призвести до відчутної зміни ефективності або доступності. Необхідне винайдення нового способу, у який держава здійснюва-

тиме власні обов'язки щодо охорони здоров'я своїх громадян: перехід до фінансування результатів, а не ресурсів; розмежування замовника та надавача послуг.

У 2012 році в Україні почався експеримент із впровадження госпітальних округів [11]. На практиці це означало формування нового адміністративно-регіонального рівня, в якому район виступає субрегіональним рівнем управління та на який покладається відповідальність за надання вторинної медичної допомоги. Район – як госпітальний округ – мав відповідати низці критеріїв. По-перше, кількість користувачів медичних послуг мала бути нормалізованою для оптимальної роботи медичного обладнання та медичного персоналу (очікувалось, що мінімальна кількість пацієнтів вторинної медичної допомоги дорівнюватиме 150 тисяч жителів). Передбачалось, що більша частина населення певного госпітального округу має лікуватися в його межах. По-друге, в цих госпітальних округах мали надаватися послуги за всіма нозологіями, які передбачені нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я. У цілому декларувалось, що для формування госпітальних округів мала бути створена та налагоджена мережа закладів охорони здоров'я та визначені види медичних закладів; прорахована кількість конкретних відділень, їх навантаження, кількість медичних працівників та наявного обладнання в кожному закладі; можливий напрям спеціалізації конкретного медичного закладу в кожному госпітальному окрузі.

У 2014 році Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, до якої входять вітчизняні та міжнародні експерти, була розроблена Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні в період 2015 – 2020 років [10], яка була врахована при написанні державної Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» [17]. У Стратегії зазначено, що необхідно провести кардинальне, системне реформування охорони здоров'я, яке буде спрямоване на пацієнта та створюватиме рівні умови доступу до медичного обслуговування: «Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я» [17].

Згідно з ідеями реформування охорони здоров'я, які обговорюються упродовж 2015-2016 років [8; 10], громади повинні розвивати в собі роль власника медичної інфраструктури, якої в них не було в радянський та пострадянський час. Було задекларовано, що свої повноваження у сфері охорони здоров'я держава передає на субнаціональні рівні паралельно із фінансами на її реалізацію. Це передбачає автономізацію медичних закладів, зміну ліцензування лікарської практики, впровадження принципу «гроші ходять за клієнтом» тощо.

Експерти повідомили, що у Харківській області впроваджуються: а) ініціатива щодо автономізації обласних закладів охорони здоров'я на комунальні некомерційні підприємства; б) нові принципи фінансування первинної допомоги в Чугуївському районі. У фаховому середовищі українських медиків продовжують обговорювати й підтримують ідею створення єдиного медичного простору регіону (області), в якому з'єднаються первинна та вторинна (спеціалізована) ланка медичної допомоги, а також екстрена медична допомога. Однак, частина медиків вважає, що децентралізація зумовить хаос у медичному обслуговуванні населення, посилення смертності у сільській місцевості.

Як засвідчило спілкування з експертами, концепція реформування системи охорони здоров'я [10] та перспективи розгортання децентралізації як основи регіональної політики [12] сприймаються як такі, що суперечать одна одній. І це набуває дедалі більшого суспільного резонансу [3]. Адже політико-управлінські взаємодії в галузі охорони здоров'я тісно пов'язані з (непрозорими) механізмами фінансування галузі та прагненням частини медичної спільноти зберегти будь-що нинішню систему надання послуг, яка здебільшого влаштовує їх надавачів [14].

У квітні 2016 року український парламент розглядав законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», який передбачає впровадження автономізації закладів охорони здоров'я в тому числі, проте не дійшов згоди щодо формату автономізації закладів.

Політичні дебати свідчать про невідповідності між гарантіями держави щодо медичного обслуговування та можливостями місцевої громади їх реалізувати.

Наразі в Україні (на момент написання цієї статті) точаться суспільні дискусії довкола питань, пов'язаних із тим, що децентралізація можлива у

різних формах і різновидах. Експерти сперечаються довкола цілої низки питань: 1) Що саме ми децентралізуємо? Які саме повноваження держави в охороні здоров'я передаються територіальним громадам?; 2) Як здійснити модернізацію системи фінансування охорони здоров'я та системи надання послуг в умовах проведення децентралізації?; 3) Як забезпечити максимально безболісний перехідний період, під час якого буде змінюватись і адміністративно-територіальний устрій, і принципи фінансування охорони здоров'я? Відповіді на ці питання дадуть змогу синхронізувати регіональну політику та політику охорони здоров'я. При цьому доречно взяти до уваги думку Д. Гелда про те, що розв'язання певних проблем можливе тільки «завдяки спільним діям усіх тих спільнот, чиї дії, політика та закони взаємопов'язані та переплетені» [3, с. 1004]. Питання охорони здоров'я можна віднести саме до таких проблем.

Водночас допоки тривають політичні дебати щодо рівнів відповідальності місцевої влади, залишається актуальною потреба в тому, щоб здійснити низку практичних кроків, без яких неможлива політико-інституційна реструктуризація в сфері охорони здоров'я. Під час спілкування експерти наголошували, що необхідно сформувати і затвердити на рівні держави гарантований пакет безкоштовних медичних послуг. А для розрахунку вартості послуг та вирішення питання, які саме послуги мають бути в цьому пакеті, слід мати реалістичну статистику хвороб та послуг, що надаються пацієнтам. Це зумовлює потребу у впровадженні централізованого електронного обліку даних для планування, моніторингу та контролю медичної допомоги задля покращення системи. Нагальним завданням видається й визначення універсальної методики розрахунку вартості медичної послуги.

Представники місцевої влади запропонували змінити методи фінансування системи охорони здоров'я, оскільки незрозуміло, як здійснюватиметься фінансування територіальних одиниць і формуватиметься бюджет при зміні адміністративно-територіального устрою. Вони відзначали, що при розрахунку вартості медичної послуги треба враховувати поширеність певних хвороб у конкретних регіонах.

На часі – за даними дослідження – перехід від фінансування інфраструктури до фінансування медичних послуг, а також виразне розділення понять замовника (закупівельника) та постачальника медичних послуг. При цьому, як вважає частина експертів, необхідно створити закупівель-

ника на регіональному рівні, і саме це має стати основним напрямом покращення ефективності системи охорони здоров'я.

Таким чином, адміністративна децентралізація в охороні здоров'я має супроводжуватись кардинальною зміною фінансових механізмів у галузі, у той час як політична децентралізація може носити тільки частковий характер. З одного боку, держава має специфічні зобов'язання щодо гарантування своїм громадянам права на охорону здоров'я, які не можуть бути цілковито делеговані на субнаціональні рівні. З іншого боку, держава має визначати обсяги медичного обслуговування й правила гри в сфері надання медичних послуг. Відтак політико-інституційна реструктуризація в охороні здоров'я не може передбачати повного переміщення відповідальності з центрального на нижчі рівні.

Обговорення результатів.

Політичні детермінанти змін. Питання охорони здоров'я завжди є «політичними». Політичні чинники (владні відносини, політичні інститути, процеси, інтереси та ідеологічні позиції) впливають на управління системою охорони здоров'я у різних політичних системах. Зміни в охороні здоров'я часто потребують політичної боротьби та політичного усвідомлення, а провали у протидії проблемам пояснюють «браком політичної волі» та відсутністю політичної взаємодії [19; 24].

Інституційна реструктуризація в сфері охорони здоров'я не може бути метою сама по собі, вона спрямована на досягнення певних політичних цілей – забезпечення рівності, соціальної справедливості, економічної ефективності або що [21]. І саме на цих аспектах слід робити наголос під час структурної реорганізації системи охорони здоров'я.

Заходи щодо забезпечення виконання місцевими урядами своїх функцій не можуть полягати у простій передачі центром наявних фінансових ресурсів на ті нижчі рівні, де таких ресурсів не вистачає (у вигляді медичної субвенції чи іншим чином). Для здійснення ефективної децентралізації потрібно істотно збільшити загальний обсяг фінансових і людських ресурсів.

Ситуація зі зміною української системи охорони здоров'я та протистояння прихильників і опонентів децентралізації підтверджує міркування закордонних науковців щодо неоднозначності процесів децентралізації в сфері охорони здоров'я [21; 22; 26]. Навіть більше, як свідчать дискусії із фахівцями, нейтралізації потребують

такі локальні чинники політики як відомчий корпоративізм і фаховий консерватизм, опір тих, хто незацікавлений у посиленні прозорості в охороні здоров'я й переході на сучасну парадигму охорони здоров'я.

Водночас актуальними можна вважати посилення інституційної спроможності місцевих громад в Україні, залучення громадських організацій та волонтерів до програм сприяння здоров'я, формування особистої відповідальності за здоров'я як частини громадянської культури [15].

Важливою умовою для оптимізації політико-інституційних взаємодій видається подолання слабкості мікроінституцій політики охорони здоров'я (структур на рівні громад), зміна політичної практики, за якої місцеві лідери, за поодинокими випадками, не виявляють активності у трансформації локальної системи охорони здоров'я. Адже такі лідери фактично позбавлені легітимного права робити будь-які субстантивні зміни, оскільки сфера охорони здоров'я в Україні надмірно регульована, а держава, попри заявлену політику децентралізації, залишила за собою унормування всіх аспектів діяльності закладів охорони здоров'я, при цьому чинними залишилося чимало норм, що стримують розвиток сучасної охорони громадського здоров'я у нашій країні.

Доцільно також законодавчо закріпити права та повноваження інститутів громадянського суспільства в охороні здоров'я, стимулювати участь населення локальних громад і бізнесових структур в охороні громадського здоров'я.

Публічна комунікація та адвокація. У пошуку та впровадженні найкращої моделі децентралізованої моделі охорони здоров'я, узгодження регіональної політики та політики охорони здоров'я важливу роль може відіграти публічна комунікація, спрямована на розвиток почуття солідарності та спільності. Проте співпраця у публічній політиці, як визначив П. Уільямс [30], не виникає автоматично, ґрунтуючись лише на потребі згуртування задля досягнення кращого результату, й може потребувати індивідуального агента змін, певного формального ініціатора співпраці. Слід додати, що подолання відомчих обмежень і суперечностей потребує наявності «ключового агента» взаємодії. Наразі Міністерство охорони здоров'я України не сприймається як впливовий актор політики. З-поміж причин можна відзначити часту зміну керівництва та відомчу зацікавленість у збереженні сфери власного впливу, брак довіри у населення.

Висновки. Аналіз нормативних документів міжнародних організацій та практики їх впровадження засвідчує, що наприкінці ХХ ст. у політичному дискурсі набули популярності ідеї децентралізації систем охорони здоров'я, адміністративно-го та фінансового «партнерства» між локальними громадами і системою охорони здоров'я. Практика децентралізації, залучення місцевих громад та громадських організацій до збереження здоров'я, зміна масштабів політики охорони здоров'я підтримується ВООЗ, ПРООН, Європейським Союзом, Світовим банком та іншими наднаціональними структурами.

В Україні система і політика охорони здоров'я відзначаються неефективністю та непослідовністю. Формально вони залишаються досить централізованими, проте фінансування закладів охорони здоров'я відбувається коштом місцевих бюджетів. Хоча децентралізація в охороні здоров'я, за визначеннями міжнародних організацій,

можлива в різних формах, в Україні сама ідея передання повноважень у цій сфері на нижчий рівень політики наштовхнулись на опір фахівців. Проведене дослідження виявило, що в нинішніх умовах політико-інституційна реструктуризація в охороні здоров'я не може передбачати повного переміщення відповідальності з центрального на нижчі рівні, бо значна частина функцій з управління охороною здоров'я залишається на національному рівні, у той час як громади не мають належного рівня інституційних ресурсів. Однак часткова деволюція і зміна інструментів фінансування галузі, які повинна супроводжувати належна політична комунікація, можуть сприяти унормуванню нинішніх надмірно контраверсійних багаторівневих взаємодій в політиці і системі охорони здоров'я.

Список літератури та джерел інформації

1. Бахшиш Е. Сила децентралізації / Е. Бахшиш, С. Корецька, М. Кузьмин та ін.; ПРООН. – К. : Біліц-Принт, 2003. – 136 с.
2. Бойко С. Г. Особливості державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації / Бойко С. Г. // Держава та регіони. – 2016. – № 1 (53). – С. 57-60.
3. Гелд Д. Демократія і глобальний порядок / Гелд Д. // Демократія : антологія / [упор. О. Проценко]. – К. : Смолоскип, 2005. – С. 985-1025.
4. Камінська Т. М. Децентралізована система охорони здоров'я в Канаді: уроки для України / Т. М. Камінська // Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я : матеріали II Міжнар. наукової Інтернет-конф., 4-11 листоп. 2014 р. – Харків, 2014. – С. 54-58.
5. Князевич В. М. Системна криза в Україні як контекст реформ охорони здоров'я / Князевич В. М., Жаліло А. І. // Вісник НАДУ. – 2015. – № 3. – С. 99-104.
6. Колбеч Г. К. Політика: основні концепції в суспільних науках / Г. К. Колбеч ; пер. з англ. – К. : Вид. дім «КМ Академія», 2004. – 127 с.
7. Конституція України від 28.06.1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
8. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України (Лютий 2016 р.) [Електронний ресурс] // Веб-сторінка МОЗ України. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/pre_20160205_0_dod.pdf
9. Кравченко С. О. Аналіз сучасних тенденцій суспільного розвитку як передумов державно-управлінських реформ [Електронний ресурс] / С. О. Кравченко // Державне управління: теорія і практика. – 2006. – № 2. – Режим доступу : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/Dutp/2006-2/txts/FILOSOFIYA%5C06ksopdr.pdf>.
10. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [Електронний ресурс] // Веб-сторінка Стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. – Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>
11. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» № 1113 від 24.10.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1113-2012-%D0%BF>
12. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні» №333 від 01.04.2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%8>
13. Семигіна Т. В. Децентралізація і політика охорони здоров'я / Семигіна Т. В. // Гілея. – 2014. – Вип. 84. – С. 461-465.
14. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального [монографія] / Т. Семигіна. – К.: вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.
15. Семигіна Т. В. Участь громад в охороні здоров'я: порівняння світового та українського досвіду / Семигіна Т. В. // Гілея. – 2014. – Вип. 85. – С. 314-318.

16. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування // Механізм регулювання економіки. – 2012. – № 1. – С. 167-172.
17. Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020"» від 12 січня 2015 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5/2015/print1445164758472042>
18. Ancien D. Local and regional development policy in France: Of changing conditions and forms, and enduring state centrality / D. Ancien // Space and Polity. – 2005. – Vol. 9. – Issue 3. – P. 217-236.
19. Bambra C. Towards a politics of health / Bambra C., Fox D., Scott-Samuel A. // Health promotion international. – 2005. – Vol. 20(2). – P. 187-193.
20. Bossert T. J. Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan / T. J. Bossert, A. D. Mitchell // Social Science Medicine. – 2011. – Vol. 72 (1). – P. 39-48.
21. Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes / Ed. by Saltman, R. B., Bankauskaite, V. & Vrangbæk, K. – NY: Open University Press 2007. – 300 p.
22. Forbes T. Implementing health and social care policy – England and Scotland compared / T. Forbes, D. Evans, N. Scott // Policy Studies. – 2010. – Vol. 31. – № 6. – P. 591-611.
23. Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing [Electronic resource] // World Health Organization Regional Office for Europe. – 2012. – Mode of access: <http://www.thepep.org/ClearingHouse/docfiles/RC62wd09-Rus.pdf>.
24. Kickbusch I. The political determinants of health – 10 years on / Kickbusch I. // BMJ. – 2015. – Vol. 350. – P. 81-93.
25. Lekhan V. Ukraine: Health system review / Lekhan V., Rudyi V., Shevchenko M. et. al. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – 153 p.
26. Mills L. Maternal Health Policy and the Politics of Scale in Mexico / L. Mills // Social Politics: International Studies in Gender, State & Society. – 2006. – Vol. 13. – Issue 4. – P. 487-52114.
27. Overview of Decentralisation Worldwide: A Stepping Stone to Improved Governance and Human Development. – New York : UNDP, 2002. – 20 p.
28. Peck J. Political Economies of Scale: Fast Policy, Interscalar Relations, and Neoliberal Workfare / J. Peck // Economic Geography. – 2002. – Vol. 78 (3). – P. 331-360.
29. Swyngedouw E. Globalisation or 'Glocalisation'? Networks, Territories and Rescaling / E. Swyngedouw // Cambridge Review of International Affairs. – 2004. – Vol. 17 (1). – P. 25-48.
30. Williams P. Collaboration in public policy and practice: Perspectives on boundary spanners. – Bristol : Policy Press, 2012. – 208 p.

Матеріал надійшов 16.10.2016 р.