

*Поппер Л. В., соискатель кафедры политологии и государственного управления, Национальный педагогический университет им. М. П. Драгоманова (Украина, Киев), khyloko.m@gmail.com*

#### Екологізм как современная идеологическая система

*Екологізм рассматривается как современная, альтернативная классическим, идеологическая система.*

**Ключевые слова:** екологія, екологізм, идеологія, концепція, екологічне движення.

\* \* \*

УДК 32–614.2

**Семигіна Т. В.,**  
доктор політичних наук, доцент, професор,  
Академія праці, соціальних відносин і туризму  
(Україна, Київ), tv\_sem@ukr.net

#### ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ І ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Децентралізація як процес інституційної реструктуризації, що має на меті передачу влади, ресурсів та відповідальності з вищих щаблів до нижчих, може мати різні виміри та наслідки. Дослідження процесів децентралізації в охороні здоров'я спрямовувалось на визначення форм такої реструктуризації та політичної практики їх застосування. На основі аналізу документів міжнародних та національних суб'єктів політики визначено, що в сфері охорони здоров'я децентралізація відбувається у формі деконцентрації, делегування повноважень, передачі повноважень (деволюції) або приватизації. Децентралізація в охороні здоров'я може бути ефективним засобом удосконалення надання медичних послуг, раціональнішого розміщення ресурсів, зменшення нерівності в доступі до медичних служб, проте вона має й суттєві обмеження. Тому прагматичний підхід полягає у забезпеченні збалансованості між процесами централізації і децентралізації.*

**Ключові слова:** децентралізація, повноваження, приватизація, охорона здоров'я.

Останніми десятиліттями у деяких країнах трансформувалась функція уряду. Він із надавача послуг перетворився на регулятивний орган. Такі інституційні перетворення посилюються процесами децентралізації. Власне, децентралізацію вважають однією із найдинамічніших сучасних світових тенденцій у взаємовідносинах органів влади [1]. Тема децентралізації стала нині однією із найбільш обговорюваних в українському політичному дискурсі. Вона переважно розуміється як передання певних повноважень із центрального (національного) рівня на рівень місцевий (локальний). За визначенням С. Кравченко, під час децентралізації відбувається переміщення влади від національних урядів до субнаціональних і місцевих органів влади, а також до місцевих громад [4], у той час як Н. Левчук веде мову про децентралізацію державно-управлінських послуг [5]. Децентралізація протистоїть централізації – політичному процесу, на основі якого формується централізм як управлінська політична система з властивими їй вертикальною структурою та субординацією, концентрацією влади в єдиному центрі.

Питання децентралізації, зміни рівнів політики висвітлювались у працях багатьох дослідників (Д. Ансьєн [7], К. Кокс, Д. Пек [19], Е. Свінгідоу [22] та ін.), які аналізують інституційний, процесуальний та інші виміри складного феномену децентралізації. Як зауважує І. Гоптарєва, у сучасній політиці наявне як суміщення, так і диференціація суспільних інтересів, що зумовлює взаємопроникнення функцій гілок влади та суб'єктів політики різних рівнів [2].

Кидають виклик традиційним уявленням про децентралізацію й поточні процеси глобалізації та регіоналізації, які призводять до появи наднаціональних рівнів політики, що за своєю природою суперечать

розвиткові локальних рівнів політики. Проте суб'єкти глобальної політики просувають ідею децентралізації надання послуг, розвитку місцевих громад тощо.

Такі амбівалентні процеси актуалізують проблему наукового вивчення децентралізації, зокрема, децентралізації у такій суспільно важливій сфері як охорона здоров'я, яка в Україні формально, організаційно є високоцентралізованою, хоча й фінансується переважно з місцевих та відомчих бюджетів, а в самій системі наявні хаотичні процеси самоорганізації. Проведене дослідження процесів децентралізації в охороні здоров'я спрямовувалось на визначення форм інституційної реструктуризації та політичної практики їх застосування. У дослідженні було використано такий метод як аналіз документів міжнародних та національних суб'єктів політики.

Характеризуючи процеси децентралізації в охороні здоров'я, слід насамперед зауважити, що інституційна реструктуризація не може бути метою сама по собі, вона спрямована на досягнення певних політичних цілей – забезпечення рівності, соціальної справедливості, економічної ефективності абощо. Наразі система охорони здоров'я може бути жорстко централізованою, із виразними ієрархічними зв'язками або децентралізованою, коли значні повноваження отримують органи місцевої влади, місцеві громади. Це в багатьох випадках пов'язано із загальними принципами стосунків між центральними та місцевими органами влади, проте частково залежить і від бачення того, яким чином має бути організовано надання послуг з охорони здоров'я (медичних, просвітницьких тощо).

Ідею децентралізації прямо чи опосередковано розвивають і підтримують чимало міжнародних організацій (ВООЗ, ПРООН, Світовий банк, ЮСЕЙД, Європейський Союз, Швейцарське бюро співробітництва тощо). Так, Програма розвитку ООН (ПРООН) виразно обстоює надання більших повноважень у сфері організації охорони здоров'я локальним громадам. У документах цієї організації розрізняють три різновиди децентралізації (політичну, фінансову та адміністративну) [1; 17].

Політична децентралізація передбачає надання громадянам та обраним ними представникам більших повноважень щодо прийняття рішень у сфері державного управління. Така децентралізація означає, що обрані місцеві органи несуть відповідальність, насамперед, перед тими, хто їх обрав, та в процесі прийняття політичних рішень мають повністю діяти в межах місцевих інтересів. Цей різновид децентралізації має на меті стимулювати населення для активної участі у прийнятті політичних рішень, зокрема, щодо питань охорони здоров'я і забезпечення адекватних умов життя.

Фінансова децентралізація спрямована на зміну взаємовідносин між суб'єктами політики різних рівнів у питаннях акумулювання та розподілу коштів програм охорони здоров'я. Цей різновид децентралізації може відбуватися через: самофінансування або відшкодування витрат через оплату послуг користувачами; спільне фінансування або спільне виробництво, коли користувачі беруть участь у процесі надання послуг, а також забезпечення інфраструктури шляхом грошових або трудових внесків; розширення бази

місцевих доходів шляхом оподаткування власності, чи продажу, або шляхом непрямих зборів; трансферти між різними рівнями влади; дозвіл на одержання позик муніципалітетами.

*Адміністративна децентралізація* полягає у переданні на місця повноважень ухвалювати певні рішення, ресурси та відповідальності за роботу деяких закладів охорони здоров'я. Це передбачає відповідальність за регіональне або місцеве планування, менеджмент, а також частково за фінансування суспільної інфраструктури. Адміністративна децентралізація часто збігається із реформою медичних та соціальних закладів [11].

У документах міжнародних організацій (ПРООН, Швейцарське бюро співробітництва) зазначено, що політична практика сфери охорони здоров'я свідчить про одночасне застосування та перетин різних напрямів децентралізації. Тому доцільно вести мову не про напрями, а про певні форми децентралізації: деконцентрацію, делегування повноважень, передачу повноважень (деволюцію) та приватизацію.

*Деконцентрацію* розуміють як перерозподіл центральним урядом низки своїх функцій, таких як планування і фінансування, серед регіональних підзвітних структур зі збереженням загального контролю за національним рівнем управління. Цю форму децентралізації вважають, перш за все, адміністративним заходом, адже ухвалення рішень, як і раніше, залишається за центральними державними органами. Такий процес фахівці [1] оцінюють як найслабкішу форму децентралізації, оскільки за такої форми зберігається ієрархічна підлеглисть місцевої влади центральному уряду і його міністерствам.

*Делегування* повноважень наявне у разі, коли центральні органи влади передають відповідальність за прийняття рішень та управління державними функціями напівавтономним організаціям, які лише частково контролюються центральним урядом, хоча й підзвітні йому. Уряди делегують відповідальність через створення державних підприємств або корпорацій, житлових або транспортних управлінь, спеціальних груп впровадження проектів тощо. В сфері охорони здоров'я така форма використовуються нечасто, хоча практика створення спеціалізованих державних структур із виробництва, наприклад, реабілітаційного обладнання відома.

*Передача повноважень (деволюція, від англ. devolution – передача, деградація, “зворотний” розвиток)* регіональним органам, органам місцевого самоврядування вважають найефективнішою формою децентралізації, оскільки вона означає передачу права приймати рішення, фінансових та управлінських функцій від центрального уряду територіальним органам (муніципалітетам з територіально обраними органами та виразно визначеними повноваженнями) [1; 24]. Слід погодитися із думкою А. Томаса [23], що залучення місцевого самоврядування до сфери охорони здоров'я та сталого розвитку стимулюється міжнародними нормативно-правовими документами, які виразно окреслюють форми участі локальних громад.

Ще одну форму децентралізації – *приватизацію* – розглядають як засіб передавання влади (або відповідальності) приватним організаціям. Вона може відбуватися у вигляді: 1) передавання від держави до приватного сектора завдань та обов'язків держави (повна або часткова відмова держави від фінансування певних програм охорони здоров'я); 2) передавання від державного до приватного сектора інституційної структури з виконання державних програм (переважно набуває вигляду контрахтування певних послуг у приватних структурах, застосування системи ваучерів, які надають пацієнтам право обирати медичні заклади, приватизації інвестицій); 3) активніше зростання приватного сектора порівняно із державним без зміни обсягу чи інституційної структури державних програм (компліментарна модель). Таким чином, приватизація стосується не тільки державно-приватних відносин, а й зміни ступеня втручання держави в сферу охорони здоров'я, інституційної структури державних програм [20].

Приватизація може бути зумовлена як політичними (прагненням переглянути роль держави в охороні здоров'я, підвищити відповідальність надавачів послуг і пацієнтів, а також здорових людей – за збереження свого здоров'я), так і економічними чинниками (коли приватизація не проголошується пріоритетом політики, натомість приватні заклади пропонують послуги для задоволення тих потреб клієнтів, що не можуть бути задоволені державними закладами, відтак такий процес переважно є спонтанним, самоорганізованим).

Дослідники пропонують низку пояснень процесів приватизації в охороні здоров'я, пов'язуючи ці процеси із поширенням неоліберальних ідей, зростанням добробуту населення, яке може дозволити собі додаткові послуги, процесами глобалізації, що ґрунтуються на ідеї вільного руху товарів та послуг [12; 21; 25]. Водночас деякі науковці заперечують віднесення приватизації до форм децентралізації, розглядаючи її лише як зміну між державним (публічним) і приватним секторами [20].

Ідеї міжнародних організацій щодо перегляду інституційних взаємодій на різних рівнях політики охорони здоров'я, зміни шаблів управління дістають втілення у політичній практиці багатьох країн. Децентралізація є поширеною тенденцією у європейських країнах. Наприклад, у Литві, аби не дублювати виконання одних і тих самих функцій на регіональному і муніципальному рівнях, регіональні центри охорони громадського здоров'я передали свої повноваження щодо сприяння здоров'ю до муніципальних бюро охорони громадського здоров'я. Останні були створені внаслідок реформи, проведеної 2006 р. У 2011 р. функціонувало 29 таких бюро, відповідальних за надання інформаційної підтримки муніципалітетам, покращення локального моніторингу заходів, особливо щодо формування здорового способу життя, здійснення консультацій з місцевими органами влади щодо впровадження політики, розробку профілактичних кампаній та програм з урахуванням місцевих потреб. Маючи на меті заохочення фізичної активності, підтримку умов здорового способу життя, муніципальні бюро співпрацюють з різними суб'єктами в муніципалітетах, як-от із місцевим відділенням Агенції з охорони навколишнього середовища.

Фінансування бюро здійснюють муніципалітети та уряд (через кошти Міністерства охорони здоров'я), Державна лікарняна каса фінансує головним чином програми формування здорового способу життя в шко-

лах. Державний центр з надання інформації в галузі охорони здоров'я надає місцевим бюро рекомендації щодо проведення моніторингу в муніципалітетах, а Державний центр охорони здоров'я навколишнього середовища формує загальні правові засади функціонування бюро і надає рекомендації щодо організації заходів з формування здорового способу життя, управління і підготовки кадрів [14; 15].

Деякі країни йшли шляхом федералізації політики охорони здоров'я. При цьому субнаціональні, регіональні органи влади мають значний ступінь свободи в ухваленні рішень у межах своєї компетенції, не підпорядковані національним органам; такі системи сформувались у Німеччині, США, Індії, Бразилії, Австралії тощо. Так, у Канаді система охорони здоров'я підпорядкована органам влади провінцій, а не федеральному уряду. Водночас останній виділяє частину фінансування для закладів охорони здоров'я. Це зумовлює тривалі та інтенсивні дебати між двома рівнями влади щодо того, хто з них і які саме програми охорони здоров'я фінансує [18]. Крім цього, федеральна система часто має обмежені можливості для впровадження політичних змін на національному рівні у сфері охорони здоров'я, якщо тільки ці зміни не є вкрай нагальними та суспільно очікуваними. Слушно видається думка британських дослідників, котрі звертають увагу, що труднощі в політиці охорони здоров'я виникають тоді, коли федеральний та субнаціональний рівні контролюють різні політичні партії, що мають відмінні політичні цінності та цілі [10].

Дослідження, проведені в африканських та азійських країнах, виявили різні типи та ступені децентралізації. У Філіппінах відбулась досить ґрунтовна деволуція: на місцевий рівень формування та впровадження політики охорони здоров'я передано значний обсяг функцій. У Гані процес децентралізації передбачав делегування певних функцій автономним медичним закладам. В Уганді та Замбії децентралізація мала поміркований характер, переважно набуваючи форми адміністративної деконцентрації [8]. У Пакистані процес децентралізації охорони здоров'я виявився досить неоднорідним. Хоча у цій країні відбулася деволуція повноважень, проте на локальному рівні використання цих повноважень відрізнялось і значною мірою залежало від активності місцевих лідерів. Синергетичні ефекти таких інституційних змін зумовили проблему підзвітності й відповідальності місцевої влади за належну організацію послуг із охорони здоров'я [9]. У Судані децентралізація відбувалась у формі федералізації. При цьому посилення впливу регіонів призвело до фрагментації системи охорони здоров'я [13].

Аналіз рекомендацій і звітів міжнародних організацій, практики впровадження децентралізованих підходів у різних країнах дає підстави для висновку, що повна або часткова передача повноважень управління на нижчі щаблі призводить до розширення участі населення в ухваленні рішень, оскільки завдяки їй уряд наближається до народу, стає доступнішим і краще інформованим про місцеві умови, а отже і більш схильним відгукуватися на вимоги населення. Можна виокремити такі позитивні наслідки процесів децентралізації для сфери охорони здоров'я:

– підвищення адміністративної та економічної ефективності розподілу обмежених ресурсів завдяки кращому розумінню місцевих потреб; забезпечення гнучкішого реагування на місцеві потреби;

– скорочення витрат на здійснення певних функцій на місцевому рівні; збільшення прозорості і скорочення масштабів корупції (простежується зв'язок між сплаченими податками і рівнем послуг, забезпечених на місцевому рівні);

– покращення поінформованості (децентралізація дає державним службовцям змогу заздалегідь дізнаватися про потенційні проблеми сфери охорони здоров'я і оперативно вживати коригувальних заходів); підвищення оперативності реагування на місцеві кризи, особливо завдяки вдосконаленню комунікації, якій сприяє децентралізація систем;

– підвищення ступеня життєздатності локальних програм і проєктів, оскільки місцеве населення бере участь в їх розробленні, виконанні й перевірці; підвищення якості надання послуг і контролю за ним, що надає змогу швидше реагувати на випадки неефективної роботи;

– підвищення активності місцевих зацікавлених груп (децентралізація стимулює пошук місцевим населенням рішень щодо розв'язання його повсякденних проблем, що стимулює новаторські ідеї) [3; 6; 11].

Отже, децентралізація в охороні здоров'я може бути ефективним засобом удосконалення надання медичних послуг, раціональнішого розміщення ресурсів, зменшення нерівності в доступі до медичних служб. Однак дослідники наголошують і на складності встановлення балансу функцій різних рівнів державних структур [9].

Наразі деякі вчені відзначають, що приватизація, введення часткової оплати за медичні послуги та децентралізація охорони здоров'я в африканських країнах мали руйнівний вплив на доступність медичних послуг і негативно позначилися на стані здоров'я населення [16]. Утім, інші науковці наголошують на ендогенних чинниках – міжетнічних конфліктах і тривалих громадянських війнах, невідповідності національної еліти до розв'язання складних політичних і управлінських завдань, корумпованості влади тощо [13].

Слід погодитися із думкою тих авторів [3], котрі вважають, що у країнах, які розвиваються, проблема полягає в тому, що центральний уряд не забезпечує адекватного рівня послуг рівномірно на території всієї країни: послуги державних закладів порівняно легко доступні тільки мешканцям великих міст, а у віддалених районах установи центрального уряду не представлені взагалі. У таких випадках для проведення ефективної децентралізації потрібен доступ до нових фінансових коштів, щоб забезпечити рівномірніше обслуговування населення у всіх частинах країни. Заходи щодо забезпечення виконання місцевими урядами своїх функцій не можуть полягати у простій передачі фінансових коштів центром, де таких ресурсів просто немає. За таких обставин для проведення децентралізації потрібно істотно збільшити загальний обсяг фінансових і людських ресурсів. Тому деякі країни відмовляються від здійснення програм повної децентралізації і переходять до поєднання деконцентрації і деволуції повноважень та функцій.

Таким чином, децентралізацію можна розглядати як процес інституційної реструктуризації, що має на меті передачу влади, ресурсів та відповідальності з вищих шаблів до нижчих. Процеси децентралізації можуть мати політичний, фінансовий та адміністративний рівні. Відповідно передання функцій місцевим урядам вимагає значних перестановок у політичних, фінансових і адміністративних органах влади, порушує питання підзвітності та відповідальності за ухвалені рішення.

Для охорони здоров'я процеси децентралізації не є безумовними, адже від держави очікується гарантування певних стандартів надання послуг з охорони здоров'я, а від місцевого рівня – забезпечення середовища, сприятливого для здоров'я. Прагматичний підхід полягає у забезпеченні збалансованості між централізацією і децентралізацією, покладанні на державу функцій контролю за дотриманням локальних, національних і міжнародних стандартів. Саме такого підходу слід було б дотримуватися в Україні, де відчувається потреба у розвитку локального (муніципального) рівня системи охорони здоров'я, роздержавлення систем охорони здоров'я та більшого залучення громадськості до програм сприяння здоровому способу життя.

#### Список використаних джерел

- Бахшиш Е. Сила децентралізації / Е. Бахшиш, С. Корецька, М. Кузьмин та ін. ; ПРООН. – К. : Вид-во Бліц-Принт, 2003. – 136 с.
- Гоптарева И. Б. О некоторых сторонах политики взаимодействия разноразноуровневых структур власти [Электронный ресурс] / И. Б. Гоптарева // CREDO NEW. – 2000. – № 3 (21). – Режим доступа : <http://www.orenburg.ru/culture/credo/21/goptareva.html>.
- Кит С. Децентрализация и налогообложение сельскохозяйственной недвижимости [Электронный ресурс] / С. Кит, В. Маккласки. – Рим: Продовольственная и сельскохозяйственная ООН, 2005. – Режим доступа : <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5444r/y5444r00.pdf>.
- 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>.
- Левчук М. Г. Взаємодія органів місцевого самоврядування та громадських організацій в умовах децентралізації державно-управлінських послуг [Електронний ресурс] / М. Г. Левчук // Державне управління: теорія та практика. – 2008. – № 1 (7). – Режим доступу : [http://www.academy.gov.ua/ej7/doc\\_pdf/levchuk.pdf](http://www.academy.gov.ua/ej7/doc_pdf/levchuk.pdf).
- Фукуда-Парр С. Доклад о развитии человека за 2003 год [Электронный ресурс] / С. Фукуда-Парр. – Минск : Юнипак, 2003. – С. 134–137.
- 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.
- Bossert T. J. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space / T. J. Bossert, J. S. Beauvais // Health Policy and Planning. – 2010. – Vol. 17 (1). – P. 14–31.
- 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.
- Buse K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt. – Berkshire : Open University Press, 2005. – 206 p.
- Collins C. Decentralization / C. Collins // Health policy and systems development; WHO document WHO/SHS/NHP/96.1. – Geneva : World Health Organization, 1995. – P. 161–178.
- Di Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian Health Expenditures: 1975–1996 / L. Di Matteo // Health Policy. – 2000. – Vol. 52. – P. 87–112.
- Elabassi M. A. Y. Public Health Sector Reform: The Implementation of Federal Decentralisation in Sudan and Its Impact upon the Sector of Public Health / M. A. Y. Elabassi. – Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, 2003. – 223 p.
- Environment and health performance review: Lithuania. – WHO, 2009. – 146 p.
- Lithuanian Health Information Centre (online database) [Electronic resource]. – Vilnius, 2009. – Mode of access: <http://www.lsic.lt/html/en/lhic.htm>.
- Owoh K. Fragmenting Health Care: The World Bank Prescriptions for Africa / K. Owoh // Alternatives. – 1996. – № 21. – P. 211–235.
- Overview of Decentralisation Worldwide: A Stepping Stone to Improved Governance and Human Development [Electronic resource]. – New York : UNDP, 2002. – 20 p. – Mode of access: [http://www.undp.org/governance/docs/DLGDUD\\_Pub\\_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/DLGDUD_Pub_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf).
- Patterson D. Political commitment, governance and HIV/AIDS: getting action from our political leadership / D. Patterson // Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review. – 2001. – № 6. – P. 1–7.
- Peck J. Political Economies of Scale: Fast Policy, Interscalar Relations, and Neoliberal Workfare / J. Peck // Economic Geography. – 2002. – Vol. 78 (3). – P. 331–360.
- Privatisation in European Health Care: A comparative analysis in eight countries / ed. by H. Maarse. – Maarssen: Elseveirgezondheidszorg, 2004. – 225 p.
- Saltman R. B. Decentralization in Health Care / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek // Strategies and outcomes. – Oxford : Open University Press, 2007. – 298 p.
- Swyngedouw E. Globalisation or 'Glocalisation'? Networks, Territories and Rescaling / E. Swyngedouw // Cambridge Review of International Affairs. – 2004. – Vol. 17 (1). – P. 25–48.
- Thomas I. G. Environmental policy and local government in Australia / I. G. Thomas // Local Environment. – 2010. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 121–136.
- Villadsen S. Decentralisation in SDC's Bilateral Cooperation [Electronic resource] / S. Villadsen, I. Davies, J. Thaarup. – Copenhagen : SDC, 2007. – 209 p. – Mode of access: <http://www.deza.admin.ch>.
- Widdus R. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions / R. Widdus // Bulletin of the WHO. – 2001. – Vol. 79. – P. 713–720.

#### References

- Bahshysh E. Sylva decentralizacii? / E. Bahshysh, S. Korec'ka, M. Kuz'myn ta in. ; PROON. – K. : Vyd-vo Blic-Prynt, 2003. – 136 s.
- Goptareva I. B. O nekotorykh storonah politiki vzaimodejstviya raznouravnevnykh struktur vlasti [Jelektronnyj resurs] / I. B. Goptareva // SREDO NEW. – 2000. – № 3 (21). – Rezhim dostupa : <http://www.orenburg.ru/culture/credo/21/goptareva.html>.
- Kit C. Decentralizacija i nalogooblozhenie sel'skohozjajstvennoj nedvizhimosti [Jelektronnyj resurs] / C. Kit, V. Makklaski. – Rim : Prodoval'stvennaja i sel'skohozjajstvennaja OON, 2005. – Rezhim dostupa : <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5444r/y5444r00.pdf>.
- Kravchenko S. O. Analiz suchasnyh tendencij suspil'nogo rozvytku jak peredumov derzhavno-upravlins'kyh reform [Elektronnyj resurs] / S. O. Kravchenko // Derzhavne upravlinnja: teorija i praktyka. – 2006. – № 2. – Rezhym dostupu : <http://www.nbu.gov.ua/e-journals/Dutp/2006-2/txts/FILOSOFIYA%5C06ksopdr.pdf>.
- Levchuk M. G. Vzajemodija organiv misceвого samovrjaduvannja ta громадських організацій в умовах децентралізації державно-управлінських послуг [Elektronnyj resurs] / M. G. Levchuk // Derzhavne upravlinnja: teorija ta praktyka. – 2008. – № 1 (7). – Rezhym dostupu : [http://www.academy.gov.ua/ej7/doc\\_pdf/levchuk.pdf](http://www.academy.gov.ua/ej7/doc_pdf/levchuk.pdf).
- Fukuda-Parr S. Doklad o razvitii cheloveka za 2003 god [Jelektronnyj resurs] / S. Fukuda-Parr. – Minsk : Junipak, 2003. – S. 134–137.
- 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.
- Bossert T. J. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space / T. J. Bossert, J. S. Beauvais // Health Policy and Planning. – 2010. – Vol. 17 (1). – P. 14–31.
- 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.
- Buse K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt. – Berkshire : Open University Press, 2005. – 206 p.
- Collins C. Decentralization / C. Collins // Health policy and systems development; WHO document WHO/SHS/NHP/96.1. – Geneva : World Health Organization, 1995. – P. 161–178.
- Di Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian Health Expenditures: 1975–1996 / L. Di Matteo // Health Policy. – 2000. – Vol. 52. – P. 87–112.
- Elabassi M. A. Y. Public Health Sector Reform: The Implementation of Federal Decentralisation in Sudan and Its Impact upon the Sector of Public Health / M. A. Y. Elabassi. – Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, 2003. – 223 p.
- Environment and health performance review: Lithuania. – WHO, 2009. – 146 p.
- Lithuanian Health Information Centre (online database) [Electronic resource]. – Vilnius, 2009. – Mode of access: <http://www.lsic.lt/html/en/lhic.htm>.
- Owoh K. Fragmenting Health Care: The World Bank Prescriptions for Africa / K. Owoh // Alternatives. – 1996. – № 21. – P. 211–235.
- Overview of Decentralisation Worldwide: A Stepping Stone to Improved Governance and Human Development [Electronic resource]. – New York : UNDP, 2002. – 20 p. – Mode of access: [http://www.undp.org/governance/docs/DLGDUD\\_Pub\\_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/DLGDUD_Pub_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf).
- Patterson D. Political commitment, governance and HIV/AIDS: getting action from our political leadership / D. Patterson // Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review. – 2001. – № 6. – P. 1–7.
- Peck J. Political Economies of Scale: Fast Policy, Interscalar Relations, and Neoliberal Workfare / J. Peck // Economic Geography. – 2002. – Vol. 78 (3). – P. 331–360.
- Privatisation in European Health Care: A comparative analysis in eight countries / ed. by H. Maarse. – Maarssen: Elseveirgezondheidszorg, 2004. – 225 p.
- Saltman R. B. Decentralization in Health Care / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek // Strategies and outcomes. – Oxford : Open University Press, 2007. – 298 p.
- Swyngedouw E. Globalisation or 'Glocalisation'? Networks, Territories and Rescaling / E. Swyngedouw // Cambridge Review of International Affairs. – 2004. – Vol. 17 (1). – P. 25–48.
- Thomas I. G. Environmental policy and local government in Australia / I. G. Thomas // Local Environment. – 2010. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 121–136.
- Villadsen S. Decentralisation in SDC's Bilateral Cooperation [Electronic resource] / S. Villadsen, I. Davies, J. Thaarup. – Copenhagen : SDC, 2007. – 209 p. – Mode of access: <http://www.deza.admin.ch>.
- Widdus R. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions / R. Widdus // Bulletin of the WHO. – 2001. – Vol. 79. – P. 713–720.

9. 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.

10. Buse K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt. – Berkshire : Open University Press, 2005. – 206 p.

11. Collins C. Decentralization / C. Collins // *Health policy and systems development*; WHO document WHO/SHS/NHP/96.1. – Geneva : World Health Organization, 1995. – P. 161–178.

12. Di Matteo L. The determinants of the public-private mix in Canadian Health Expenditures: 1975–1996 / L. Di Matteo // *Health Policy*. – 2000. – Vol. 52. – P. 87–112.

13. Elabassi M. A. Y. Public Health Sector Reform: The Implementation of Federal Decentralisation in Sudan and Its Impact upon the Sector of Public Health / M. A. Y. Elabassi. – Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, 2003. – 223 p.

14. Environment and health performance review: Lithuania. – WHO, 2009. – 146 p.

15. Lithuanian Health Information Centre (online database) [Electronic resource]. – Vilnius, 2009. – Mode of access: <http://www.lsic.lt/html/en/lhic.htm>.

16. Owoh K. Fragmenting Health Care: The World Bank Prescriptions for Africa / K. Owoh // *Alternatives*. – 1996. – № 21. – P. 211–235.

17. Overview of Decentralisation Worldwide: A Stepping Stone to Improved Governance and Human Development [Electronic resource]. – New York : UNDP, 2002. – 20 p. – Mode of access: [http://www.undp.org/governance/docs/DLGUD\\_Pub\\_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/DLGUD_Pub_overview-decentralisation-worldwide-paper.pdf).

18. Patterson D. Political commitment, governance and HIV/AIDS: getting action from our political leadership / D. Patterson // *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review*. – 2001. – № 6. – P. 1–7.

19. Peck J. Political Economies of Scale: Fast Policy, Interscalar Relations, and Neoliberal Warfare / J. Peck // *Economic Geography*. – 2002. – Vol. 78 (3). – P. 331–360.

20. Privatisation in European Health Care: A comparative analysis in eight countries / ed. by H. Maarse. – Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2004. – 225 p.

21. Saltman R. B. Decentralization in Health Care / R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek // *Strategies and outcomes*. – Oxford : Open University Press, 2007. – 298 p.

22. Swyngedouw E. Globalisation or ‘Glocalisation’? Networks, Territories and Rescaling / E. Swyngedouw // *Cambridge Review of International Affairs*. – 2004. – Vol. 17 (1). – P. 25–48.

23. Thomas I. G. Environmental policy and local government in Australia / I. G. Thomas // *Local Environment*. – 2010. – Vol. 15. – Issue 2. – P. 121–136.

24. Villadsen S. Decentralisation in SDC’s Bilateral Cooperation [Electronic resource] / S. Villadsen, I. Davies, J. Thaarup. – Copenhagen : SDC, 2007. – 209 p. – Mode of access: <http://www.deza.admin.ch>.

25. Widdus R. Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions / R. Widdus // *Bulletin of the WHO*. – 2001. – Vol. 79. – P. 713–720.

**Semigina T. V.**, Doctor in Political Science, Docent, Professor of Academy of Labour, Social Relations and Tourism (Ukraine, Kiev), [tv\\_sem@ukr.net](mailto:tv_sem@ukr.net)

#### Decentralization and health policy

*Decentralization as a process of institutional restructuring, which aims to transfer power, resources and responsibilities from higher to lower levels may have different dimensions and consequences. Research of decentralization in health care was aimed at determining the form of such restructuring and political practice of their application. Based on the analysis of documents of international and national policy actors it has been defined that decentralization in the area of health policy takes place in the form of deconcentration, delegation of authority, delegation of authority (devolution) or privatization. Decentralization in health care can be an effective means of improving health services more rational allocation of resources, reducing inequalities in access to health services, but it also has significant limitations. Therefore a pragmatic approach should be used based on a balance between the processes of centralization and decentralization.*

**Keywords:** decentralization, authority, privatization, public health.

**Семьгина Т. В.**, доктор политических наук, доцент, профессор, Академия труда, социальных отношений и туризма (Украина, Киев), [tv\\_sem@ukr.net](mailto:tv_sem@ukr.net)

#### Децентрализация и политика здравоохранения

*Децентрализация как процесс институциональной реструктуризации, направленный на передачу власти, ресурсов и ответственности от высших ступеней к низшим, может иметь различные измерения и последствия. Исследование*

*процессов децентрализации в здравоохранении направляется на определение форм такой реструктуризации и политической практики их применения. На основе анализа документов международной практики их применения. На основе анализа документов международных и национальных субъектов политики определено, что в сфере здравоохранения децентрализация происходит в форме деконцентрации, делегирования полномочий, передачи полномочий (деволюции) или приватизации. Децентрализация в здравоохранении может быть эффективным средством совершенствования оказания медицинских услуг, рационального размещения ресурсов, уменьшения неравенства в доступе к медицинским службам, однако она имеет и существенные ограничения. Поэтому прагматический подход заключается в обеспечении сбалансированности между процессами централизации и децентрализации.*

**Ключевые слова:** децентрализация, полномочия, приватизация, здравоохранение.

\* \* \*

УДК 32.1:323.2.(510)

**Гай-Нижник П. П.,**

доктор исторических наук, академик Украинської академії наук, старший науковий співробітник, Національний науково-дослідний інститут українознавства і всесвітньої історії (Україна, Київ), [hai-nyzhnyk@ukr.net](mailto:hai-nyzhnyk@ukr.net)

**Чупрій Л. В.,**

кандидат філософських наук, доцент, докторант відділу політичних стратегій, Національний інститут стратегічних досліджень (Україна, Київ), [chupriy2006@ukr.net](mailto:chupriy2006@ukr.net)

#### НАЦІОНАЛЬНІ ІНТЕРЕСИ, НАЦІОНАЛЬНІ ЦІННОСТІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ ЦІЛІ ЯК СТРУКТУРОФОРМУЮЧІ ЧИННИКИ ПОЛІТИЧНОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ

*Розглядаються національні інтереси, національні цінності та національні цілі як засадничі принципи політики національної безпеки. Акцентується увага на їх структуруючій і консолідуючій функціях.*

*Слід констатувати, що формування політики національної безпеки має бути спрямованим на визначення завдань і цілей такої політики, що найбільш повно може бути відображено в Стратегії національної безпеки. При створенні цієї Стратегії можуть бути використані три основні підходи.*

*Перший підхід – це коли в основі розробки стратегії лежить ієрархія національних інтересів і цілей. Другий підхід орієнтується на формування ієрархії національних цінностей. Хоча на нашу думку, найбільш оптимальним є третій – інтегрований підхід до дослідження феномену національної безпеки, прихильники якого акцентують увагу на взаємозв'язку національних цінностей, інтересів та цілей.*

*Саме національні цінності, національні інтереси є головними структуроформуючими чинниками системи забезпечення національної безпеки та важливими засадничими принципами при формуванні Стратегії національної безпеки.*

**Ключові слова:** національні інтереси, національні цінності та національні цілі.

Сьогодні для українського суспільства є характерною криза ціннісно-світоглядних засад, яка проявляється у втраті моральних орієнтирів, зростанні девіантної поведінки, збільшенні розпорошеності і диференціації українського суспільства. Цю кризу можна подолати шляхом переоцінки колишніх норм і побудови на цій основі нової системи цінностей. Відтак актуалізується питання більш ґрунтовного дослідження національних цінностей, національних інтересів та цілей в контексті реалізації політики національної безпеки.

Питаннями дослідження аксіологічних засад політики національної безпеки займаються ряд дослідників, зокрема В.Горбулін, С.Здіорук, О.Литвиненко, А.Качинський, А.Возженников, Г.Новицький, М.Розумний, Б.Парахонський, С.Пирожков, Г.Ситник, М.Ожеван, Ю.Опалько, А.Дацюк, В.Ліпкан та інші. Активно дослідженням цінностей займаються співробітники Інституту філософії та соціології НАН України, зокрема А.Ручка, Е.Головаха, Н.Костенко, А.Колодний, Л.Філіпович, О.Злобіна, Л.Бевзенко, Л.Скокова, Н.Соболева, М.Паращевін інші.