

РЕГІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Семигіна Тетяна Валеріївна, доктор політичних наук, професор,
Академія праці, соціальних відносин і туризму*

РЕГІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА І ПОЛІТИКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я : ЧИ МОЖЛИВА СИНХРОНІЗАЦІЯ?

Вступ. Наразі чинну систему охорони здоров'я в Україні та політику із її відтворення можна вважати неефективною. Про це свідчать ключові індикатори оцінювання наслідків політики: негативні медико-демографічні показники, фінансова неефективність і неспроможність захистити від фінансових ризиків тих, хто потребує послуг, а також невдоволеність населення медичним обслуговуванням [14].

Національне законодавство щодо охорони здоров'я залишається несистемним, застарілим і неузгодженим із міжнародними нормами та нормативно-правовими актами, зокрема, й ратифікованим Україною [8].

При цьому концепція реформування системи охорони здоров'я та перспективи розгортання децентралізації як основи регіональної політики сприймаються як такі, що суперечать одна одній [3], і це набуває дедалі більшого суспільного резонансу. 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 цілком влаштовує їх надавачів [7].

Мета та методи. Ця робота має на меті визначити ключові характеристики децентралізації в охороні здоров'я та проаналізувати проблеми, що виникають у різнорівневих політики-інституційних взаємодіях у сфері охорони здоров'я України. У дослідженні було використано аналіз документів міжнародних та національних суб'єктів політики, а також результати дискусій під час Літньої школи «Трансформація системи охорони здоров'я: Східна Європа» (Львів, 18-22 липня 2016 р.).

Основні результати.

Форми децентралізації в охороні здоров'я. Залучення місцевого самоврядування до сфери охорони здоров'я та сталого розвитку стимулюється міжнародними нормативно-правовими документами, які виразно окреслюють форми участі локальних громад.

Ідею децентралізації прямо чи опосередковано розвивають чимало міжнародних організацій (ВООЗ, ПРООН, Світовий банк, ЮСЕЙД, Європейський Союз, Швейцарське бюро співробітництва тощо) [1; 7; 12; 15]. Вони підтримують надання громадам більших повноважень у сфері організації охорони здоров'я і розрізняють три різновиди децентралізації – політичну, фінансову та адміністративну.

У документах міжнародних організацій також пропонується виокремлювати певні форми децентралізації: деконцентрацію (перерозподіл центральним урядом низки своїх функцій, таких як планування і фінансування,

серед регіональних підзвітних структур зі збереженням загального контролю за національним рівнем управління); делегування повноважень, передачу повноважень (деволюцію) та приватизацію.

Поточна ситуація в Україні. Конституція України (стаття 49) проголошує, що «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [4]. Практичним інструментом втілення цієї гарантії вбачається утримання мережі державних та комунальних медичних закладів, які повинні надавати громадянам увесь обсяг медичної допомоги безоплатно.

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, сучасні концепції державно-приватного партнерства та орієнтації на заходи сприяння здоров'ю тощо.

Водночас на нинішньому етапі майже 80% фінансування охорони здоров'я припадає на місцеві бюджети (рис.1), що узгоджується із чинними правовим полем місцевого самоврядування. Можливості таких бюджетів наразі були обмеженими, як і реальні повноваження відповідних органів щодо регулювання сфери надання медичних послуг.

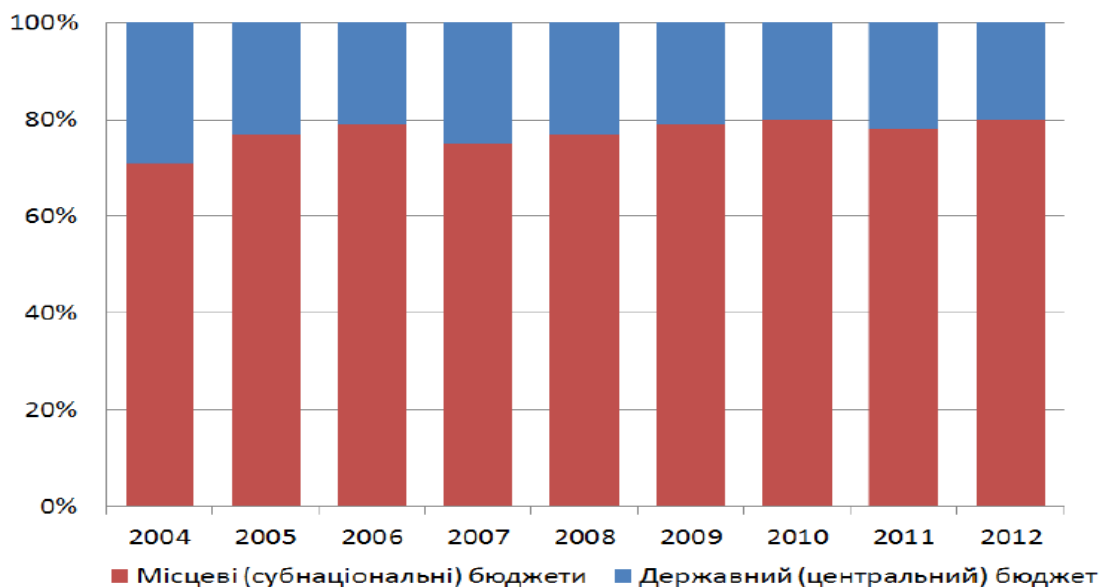


Рис. 1. Центральний і субнаціональні бюджети у фінансуванні охорони здоров'я
Джерело: Державна казначейська служба України, 2012

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 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 у форматі делегування повноважень чи деволуції) не здатне призвести до відчутної зміни ефективності або доступності. Необхідне радикальне перевизначення способу, у який держава здійснюватиме власні обов'язки щодо охорони здоров'я своїх громадян: перехід до фінансування результатів, а не ресурсів; розмежування замовника та надавача послуг. Згідно з ідеями реформування охорони здоров'я, які обговорюються упродовж 2015-2016 років [5; 6], громади повинні розвивати в собі роль власника медичної інфраструктури, якої в них не було в радянський та пострадянський час. Реформатори бачить ситуацію так: держава передає свої повноваження у сфері охорони здоров'я 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. Тобто йдеться радше не про деконцентрацію як форму децентралізації, а про делегування повноважень.

Наприклад, 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 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 стверджує, що децентралізація зумовить хаос у медичному обслуговуванні населення, зростання смертності у сільській місцевості.

У кожному разі дилема між гарантіями держави щодо медичного обслуговування та можливостями місцевої громади їх реалізувати поки не вирішена. Відтак в Україні тривають дискусії довкола таких питань, пов'язаних із тим, що децентралізація можлива у різних формах і різновидах: 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?.

Аргументовані 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» [2]. Питання охорони здоров'я можна віднести саме до таких проблем. Наразі більшість розвинених країн об'єднує кілька спільних рис: 1) фінансування відбувається за контрактами з медичними

зкладами, 2) замовник та постачальник послуг розмежовані – суб'єкт, який контракує заклади (орган влади, орган охорони здоров'я, страховий фонд, агенція з фінансування тощо) не володіє лікарнями, 3) замовник послуг (незалежно від форми) як правило знаходиться на регіональному рівні [11].

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 [10; 13].

Ситуація із зміною української системи охорони здоров'я та протистояння прихильників і супротивників децентралізації охорони здоров'я підтверджує міркування закордонних науковців. 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 [9]. У пригоді може стати й урахування досвіду східноєвропейських країн щодо узгодження адміністративної реформи та реформи охорони здоров'я.

У пошуку та впровадженні найкращої 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. Уїльямс [16], 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 провідного агента взаємодії. Міністерство охорони здоров'я України не сприймається як впливовий агент. З-поміж причин можна відзначити часту зміну керівництва та відомчу зацікавленість у збереженні сфери власного впливу, брак довіри у населення до політиків, які лобіюють зміни у медичній галузі.

Насамкінець, варто зауважити, що 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 абощо. І має бути пов'язана з філософією тієї соціальної держави, яка має бути побудована в Україні (якщо це, звісно, ставиться за державну мету).

Висновки. Система і політика охорони здоров'я відзначаються неефективністю та непослідовністю. Вони формально є 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 її ідеї наštтовхнулись на опір фахівців. Для синхронізації регіональної політики та трансформації системи охорони здоров'я потрібне врахування політичних детермінант охорони здоров'я та наявність провідного агента взаємодії, визначення політичної мети інституційної реструктуризації.

Список використаних джерел

1. Бахшиш Е. Сила децентралізації / Е. Бахшиш, С. Корецька, М. Кузьмин та ін.; ПРООН. – К. : Вид-во Бліц-Принт, 2003. – 136 с.
2. Гелд Д. Демократія і глобальний порядок / Гелд Д. // Демократія : антологія / [упор. О. Проценко]. – К. : Смолоскип, 2005. – С. 1004.
3. Князевич В. М. Системна криза в Україні як контекст реформ охорони здоров'я / Князевич В. М., Жаліло Л. І. // Вісник НАДУ. – 2015. – № 3. – С.99-104.
4. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
5. 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
6. 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/>
7. Семигіна Т. В. Децентралізація і політика охорони здоров'я / Семигіна Т. В. // Гілея. – 2014. – Вип. 84. – С. 461-465.
8. 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.
9. Семигіна Т. В. Участь громад в охороні здоров'я: порівняння світового та українського досвіду / Семигіна Т. В. // Гілея. – 2014. – Вип. 85. – С. 314–318.
10. Vambra C. Towards a politics of health / Vambra C., Fox D., Scott-Samuel A. // Health promotion international. – 2005. – Vol. 20(2). – P. 187-193.
11. Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes [Eds. R. B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek]. – Berkshire: Open University Press. – 2007. – 298 p.
12. 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>.
13. Kickbusch I. The political determinants of health – 10 years on / Kickbusch I. // BMJ. – 2015. – Vol. 350. – P. 81-93.

14. Lekhan V. Ukraine: Health system review / Lekhan V., Ruidy V., Shevchenko M. et. al. – Copenhagen: WHO Regional Office in Europe, 2015. – 153 p.

15. Overview of Decentralisation Worldwide: A Stepping Stone to Improved Governance and Human Development. – New York : UNDP, 2002. – 20 p.

16. Williams P. Collaboration in public policy and practice: Perspectives on boundary spanners. – Bristol : Policy Press, 2012. – 208 p.

*Кризина Наталія Павлівна, доктор наук з державного управління,
професор, Національна академія державного управління
при Президентові України*

*Коваленко О.О., пошукувач, науковий співробітник ДУ «Український
інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»*

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАНДАРТАМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ НОРМАТИВАМИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В 2015 РОЦІ

Актуальність теми. Реформування сфери охорони здоров'я, стало ключовою ознакою перетворень в Україні. Реформування цієї галузі віднесено до пріоритетних напрямів реформ, зазначених як у «Стратегії реформ – 2020», Коаліційній угоді так і в Угоді про асоціацію між ЄС та Україною [1].

В 2015 р. розвиток процесу стандартизації медичної допомоги в Україні пов'язаний із системними змінами в усіх сферах соціального, економічного та політичного життя суспільства і держави.

Розвиток стандартизації медичної допомоги на міжнародних принципах та з урахування міжнародних стратегій ВООЗ повинен стати пріоритетним завданням державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Оцінка соціальних нормативів і стандартів сфери охорони здоров'я України, підходи до їх розробки перебувають в центрі уваги таких дослідників, як З. Гладун [2], Л. Жаліло [3], Т. Субурина [4], Н. Ярош [5] та ін. Сучасні наукові розвідки присвячені здебільшого розробці уніфікованих медичних стандартів, які б дали змогу об'єктивно оцінювати результати медичної діяльності лікувально-профілактичних закладів.

Разом з тим, окремі аспекти стандартизації сфери охорони здоров'я вимагають поглиблених досліджень, що актуалізує тему роботи.

Метою роботи є науково-теоретичне обґрунтування державного регулювання забезпечення соціальними нормами та стандартами сфери охорони здоров'я України в 2015 році.

Виклад основного матеріалу дослідження. Система стандартизації медичної допомоги в Україні формувалась протягом трьох десятиліть і засновувалась на існуючій потребі гарантування безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, створення