

Є. А. Кульгінський

кандидат медичних наук,
докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я
Національної академії державного управління при Президентові України

ЄВРОПЕЙСЬКА МЕТОДОЛОГІЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена методологічному забезпеченню та визначенню механізмів децентралізації державного управління в галузі охорони здоров'я; критично оцінено досвід європейських країн щодо запровадження реформ сфери охорони здоров'я на основі децентралізації, зроблено акцент на визначенні сфер взаємовпливу та відповідальності.

Ключові слова: державне управління, сфера охорони здоров'я, децентралізація, країни Європейського Союзу.

Постановка проблеми. Сферу охорони здоров'я відносять до соціальних складових суспільства, ця галузь справді відображає стан усіх складових та перетворення в них.

Президент України Стратегією стало-го розвитку «Україна – 2020» проголосив реформування галузі охорони здоров'я є одним з пріоритетних напрямів реформ, з якими пов'язується майбутнє держави. У сучасних умовах проголошеної децентралізації управління зазначеною сферою розглядається як взаємодія саморегуляційних можливостей децентралізованих органів управління галуззю із зовнішнім державним управлінням, яке забезпечується моніторингом та оцінюванням діяльності системи охорони здоров'я заради досягнення поставленої мети: всебічного задоволення потреб суспільства в цілому та кожного громадянина зокрема у якісній медичній допомозі. Особливу увагу цим питанням приділено у такому надзвичайно важливому для планування реформ в Україні документі, як моніторингова доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2014».

Тому реформування, що є актуальним для всіх трьох галузей управління суспільством, як безпосередньо, так і опосередковано, через зміни у функціонуванні закладів охорони здоров'я, впливає на рівень громадського здоров'я, і в результаті –

на середню тривалість життя населення. Забезпечення оптимальної якості медичної допомоги на основі впровадження нових управлінських та фінансових відносин між державою та закладами охорони здоров'я – основа забезпечення оптимальної якості життя населення, що, зрештою, є метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сферах життєдіяльності суспільства. Таким чином, децентралізація управлінських та фінансових відносин в системі охорони здоров'я є органічною складовою прогресу суспільства як цілісної системи і забезпечується багаторівневою системою державного управління.

Основна проблема децентралізації управління закладами охорони здоров'я в Україні також викликана посиленням динаміки європейської інтеграції України, актуальністю дослідження адаптації європейського досвіду державного будівництва до умов України з погляду як позитивних, так і негативних наслідків цього процесу. Це обумовлює необхідність реформування зазначеної галузі та приведення національного законодавства в цій сфері суспільного життя до європейських норм і стандартів.

Метою статті є аналіз Європейської методології та визначення механізмів децентралізації державного управління галуззю охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Літературні джерела [1; 5; 6] свідчать про те, що сучасний етап методологічного роз-

витку державного управління характеризується загостреною потребою в побудові його концепції, визначенні механізмів впливу на пізнання і практику. Накопичений раніше методологічний потенціал виявився значною мірою вичерпаним, а практика державного будівництва висуває такі завдання, які дуже складно вирішити в рамках колишніх методологічних підходів. Саме до таких завдань можна віднести й регулювання процесу децентралізації в галузі охорони здоров'я.

Унікальний за притаманними йому якостями характер здоров'я людини як соціального й водночас особистого блага робить роль регулювання, що є одним із найважливіших інструментів ефективного управління у сфері охорони здоров'я, особливо важливою.

Доцільно наголосити на характерному для західноєвропейських країн та сучасного світу в цілому зростанні довіри до ринкових підходів при прийнятті управлінських рішень, пов'язаних з регулюванням державного сектору охорони здоров'я. Однак дедалі більш активно запровадження ринкових механізмів, що має місце в останні роки у цій сфері, водночас супроводжується вдосконаленням регулюючої ролі держави. При цьому фактично в усіх розвинутих країнах у процесі реформи систем охорони здоров'я увага держави концентрується насамперед не на збільшенні обсягів фінансування, а на забезпеченні контролю за ефективністю та результативністю витрат, раціональністю розподілу наявних ресурсів і підвищенні якості медичних послуг [5].

Доведено, що одним з аспектів управлінського застосування поняття «регулювання» є визначення ступеня централізації системи. З одного боку, центральний уряд може бути зацікавлений у збереженні повного контролю над системою, вимагаючи, щоб усі рішення, що приймаються в рамках системи, санкціонувалися центральною владою. З іншого боку, уряд може вдатися до децентралізації, делегувавши прийняття рішень нижчим рівням системи.

Одним із основних способів децентралізації є деволуція, тобто делегування владних повноважень регіональним чи місцевим органам виконавчої влади або

навіть окремим закладам чи установам системи. Наприклад, лікарням можуть передаватися повноваження щодо розподілу коштів без попереднього схвалення органами державного управління будь-якого рівня. Проте навіть у цьому випадку орган регулювання може встановити свої стандарти для оцінки поведінки учасників системи, яким були делеговані владні повноваження.

Таким чином, у процесі державного регулювання взагалі й у регулюванні системи охорони здоров'я зокрема збалансоване комбінування підходів, що розроблені в межах різних наукових дисциплін, є не лише можливим, а й, по суті, невідворотним. Саме воно здатне забезпечити якісне регулювання як найважливіший інструмент ефективного управління.

Спираючись на дослідження Baldwin та Cave [7], ми сформулювали такий перелік можливих загальних стратегій децентралізації державного управління в сфері охорони здоров'я :

- 1) заміна контролю на аудит;
- 2) обов'язкове саморегулювання;
- 3) режими, що спираються на стимулювання (податки, субсидії);
- 4) використання ринкових механізмів (закони, що регулюють конкуренцію, контракти та дозвільні документи, що можуть бути предметом купівлі-продажу, франчайзинг);
- 5) заходи з регулювання відкритості;
- 6) прямі дії уряду;
- 7) юридичні права та обов'язки;
- 8) програми державної компенсації та соціального страхування.

Таким чином, децентралізація в державному управлінні охороною здоров'я – це складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних інструментів та стратегій з метою ефективного використання обмежених бюджетних ресурсів та залучення додаткових джерел фінансування на основі визначення обов'язків та відповідальності в трикутнику суспільних стосунків (органи управління, заклади охорони здоров'я, громада) задля збереження та охорони здоров'я населення України.

Система охорони здоров'я також є складним конгломератом програм, установ та закладів, що вирішують різноманітні

завдання: від лікування гострих захворювань до профілактики; від індивідуального лікування до заходів, що охоплюють захист здоров'я населення в цілому; від стаціонарного лікування до первинної допомоги; від стоматологічних послуг до лікування професійних та психічних захворювань тощо. Ця система може бути поділена на п'ять підсистем [6]:

1) вимоги (попит), що асоціюються з громадянами (пацієнтами);

2) постачання або пропозиція (наприклад, індивідуальні постачальники медичних послуг, заклади охорони здоров'я, медична освіта);

3) захист здоров'я (наприклад, інфекційні та неінфекційні хвороби, профілактичні заходи, безпека довкілля, робочого місця та медичного обладнання);

4) фінансування;

5) управління.

Доцільно зазначити, що учасниками процесу управління охороною здоров'я можуть бути різні державні органи, серед яких чітко визначена роль відводиться насамперед законодавчому органу (парламенту), органам виконавчої влади (уряд та інші центральні виконавчі органи) та органам судової влади. Однак у децентралізований процес управління охороною здоров'я залучаються й інші державні чи недержавні установи та агенції. У деяких країнах держава передає частину своєї відповідальності регіональним чи муніципальним органам влади, в інших повноваження щодо саморегулювання делегуються різним організаціям приватного сектору (наприклад, ліцензування – медичним асоціаціям, страхування – асоціаціям фондів медичного страхування тощо). У низці країн існують незалежні від уряду національні органи, міра та сфера відповідальності яких залежать від багатьох факторів, у тому числі від типу діяльності, що підлягає регулюванню, від того, який конкретно сегмент системи охорони здоров'я (лікарні, лікарі тощо) підлягає регулюванню, від взаємодії різних елементів цього сегмента, від інституціональної структури системи охорони здоров'я в цілому, від національних культурних традицій тощо.

Таким чином, законодавча діяльність часто фокусується на розв'язанні гло-

бальних та політичних завдань, на організації загальної інституціональної структури охорони здоров'я. Однак у країнах із розвиненою системою охорони здоров'я предметом законодавчого регулювання можуть бути й управлінські механізми.

Після прийняття закону уповноважені державні, змішані державно-приватні або приватні органи готують нормативні акти, за допомогою яких повинна забезпечуватися реалізація закону. Саме у секторі охорони здоров'я цей етап займає особливо багато часу, що пов'язано з надзвичайно складними взаємовідносинами і різноманітною спрямованістю інтересів суб'єктів управління, що беруть участь у функціонуванні системи охорони здоров'я, та з необхідністю їх узгодження.

Погоджуємося з думкою В. Рудого [1], що різні учасники системи охорони здоров'я по-різному впливають на структуру, практичну реалізацію, оцінку та примусове застосування регулятивних заходів. І кожен з них має свої як позитивні, так і негативні сторони. Узагальнюючи функції цих суб'єктів, Baldwin та Cave наголошують на тому, що:

– сильною стороною учасників, які підлягають саморегулюванню, є спеціальні знання, а слабкою – відповідальність перед громадськістю;

– сильною стороною місцевих (муніципальних) органів влади є відповідальність перед виборцями, а слабкою – низька здатність до координації зусиль у значних масштабах;

– сила парламенту полягає в його високій політичній вазі в демократичному суспільстві, а слабкість – у нездатності забезпечувати довготривалий контроль;

– сильна сторона судів – забезпечення виконання закону, а слабка – планування;

– сильна сторона центральних департаментів, міністерств – здатність координувати свою діяльність з урядом, слабка – недостатній нейтралітет і залежність від уряду;

– сильна сторона спеціалізованих органів (агенцій) – професіоналізм і здатність об'єднувати різні функції, слабка – недостатній нейтралітет і залежність від уряду.

Крім того, загальною проблемою практики державного управління є надання державою одному й тому ж суб'єкту управління можливості водночас як встановлювати правила, так і забезпечувати нагляд за їх дотриманням.

Спираючись на викладені вище загальні уявлення про стратегії та інструменти регулювання і застосовуючи їх до системи охорони здоров'я, вирізняють моделі стратегій як механізми державного управління в цій сфері. Залежно від масштабів участі держави в процесах регулювання і дерегулювання їх можна розташувати у такому порядку [3]:

- 1) командно-адміністративне регулювання;
- 2) упорядкування та спрямування (деконцентрація);
- 3) децентралізація;
- 4) обов'язкове саморегулювання;
- 5) акредитація та ліцензування;
- 6) регулювання за допомогою незалежних органів;
- 7) міжгалузеве співробітництво.

Детальніше зупинимось на характеристиці кожної моделі.

Командно-адміністративне регулювання є крайньою, максимально можливою формою втручання держави. В умовах цієї моделі, яку ще називають технократичною, заклади охорони здоров'я, що повністю належать державі і управляються нею (або передані в управління регіональним чи місцевим органам виконавчої влади), підлягають адміністративному контролю по вертикалі (від верхніх рівнів ієрархії до нижніх). Управління системою охорони здоров'я здійснюють підготовлені експерти, які спираються на свої спеціальні знання та владне становище у політичних та економічних інститутах суспільства. Забезпечення раціонального управління та обмеження швидких змін політичних цілей у результаті нерациональної поведінки учасників процесу функціонування системи охорони здоров'я досягається шляхом прямого втручання держави у функціонування цієї системи. Ця модель вимагає повного підпорядкування й практично виключає можливість переговорів та оскарження.

Більш м'якою моделлю регулювання є модель упорядкування та спрямування.

В умовах цієї моделі заклади охорони здоров'я залишаються у власності держави, але управління ними здійснюється незалежно. Ця модель регулювання має місце тоді, коли в державний сектор охорони здоров'я запроваджуються механізми регульованого ринку, в результаті чого державні заклади охорони здоров'я фактично перетворюються на державні підприємства чи автономні некомерційні суб'єкти господарської діяльності, керівникам яких надається високий ступінь автономності (самостійності) у прийнятті рішень з таких питань, як постачання медичних послуг, підбір кадрів, розмір заробітної платні працівників тощо. За наявності такої управлінської автономії заклади, що перебувають у власності держави, підлягають регулюванню за відносно «м'якою» моделлю упорядкування та спрямування діяльності в певному напрямі. Державне регулювання в такому випадку використовується для того, щоб забезпечити відповідність рішень, що приймаються в умовах відносної інституціональної незалежності, основним завданням соціальної та економічної політики держави. У принципі, враховуючи особливе соціальне значення системи охорони здоров'я, ця модель застосовується й до регулювання діяльності недержавних постачальників послуг з охорони здоров'я, які також повинні відповідати низці обов'язкових державних вимог.

Такий тип управлінського механізму, як децентралізація, дозволяє використання чотирьох можливих варіантів стратегій:

а) деконцентрація, яка передбачає передачу повноважень щодо видання регулятивних актів від центрального уряду незалежним державним органам;

б) деволуція – передача повноважень з регулювання регіональним чи місцевим органам влади, які, в свою чергу, також можуть деконцентрувати чи делегувати отримані повноваження;

в) делегування – передача повноважень неурядовим агентам, порядок діяльності яких часто має відповідну правову підтримку. При цьому делегування повноважень страховим компаніям та постачальникам послуг зазвичай іменується саморегулюванням чи (за наявності

контролю з боку держави) обов'язковим саморегулюванням;

г) приватизація, яка означає повну передачу раніше закріплених за державою повноважень приватному сектору.

Слід зазначити, що для систем, які фінансуються переважно за рахунок податкових надходжень, характерні такі форми децентралізації, як деконцентрація та деволюція, тоді як для систем, що спираються на обов'язкове медичне страхування, характерною є стратегія делегування.

Стратегія приватизації для систем охорони здоров'я, враховуючи їх специфічне соціальне значення, не є характерною, хоча окремі її елементи можуть використовуватися. Більше того, ринкові механізми, що лежать в основі підприємницької діяльності, є недостатніми для осмислення та розв'язання основних нормативних завдань, які більшість урядів ставлять перед системою охорони здоров'я [3].

Як наголошують інші провідні фахівці з питань економіки та управління охороною здоров'я, нещодавня активізація підприємницької діяльності в системах охорони здоров'я європейських країн, апогей якої припав на кінець 80-х – початок 90-х рр. XX століття і яка продовжується й зараз, не обов'язково зумовлена зростанням приватизації в цьому секторі. Нерозривного зв'язку між втіленням конкурентних механізмів у державну систему медичного обслуговування та переведенням постачальників медичних послуг із державного сектору в приватний не існує [3].

З іншого боку, втілення ринкових механізмів у державну систему охорони здоров'я робить її більш ефективною та економічною, спонукає її активніше реагувати на потреби пацієнтів, і, як наслідок, сприяє зміцненню державної системи охорони здоров'я та збереженню уособлених у ній соціальних цінностей. На користь раціональності такої позиції свідчить досвід Великобританії, Швеції, Фінляндії, а також деяких країн Центральної Європи, насамперед Угорщини та Чехії: в країнах, де основна увага приділялась обережному розвитку ринкових відносин у рамках державної системи охорони здоров'я, за останні 15–20 років було приватизовано

лише незначну кількість державних медичних закладів.

Доцільно зазначити, що стратегія саморегулювання передбачає наявність делегованих державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. Заходи саморегулювання суттєво відрізняються в різних країнах залежно від того, наскільки вагому роль у цих заходах відіграють державні органи. Ці заходи можуть приймати як абсолютно приватну форму (що не передбачає урядового делегування), так і мати той чи інший ступінь делегування повноважень з боку держави.

Приватна форма саморегулювання має місце в деяких професійних та добровільних організаціях. Слід зауважити, що відсутність будь-яких зобов'язань перед державою робить цю форму непридатною для вирішення більшості політичних завдань.

Типовим прикладом державного делегування повноважень у сфері охорони здоров'я можна вважати професійне саморегулювання, яке здійснюється лікарями, фармацевтами (а в низці країн також медичними сестрами), фондами медичного страхування (в країнах, де діє соціальне медичне страхування) тощо.

В умовах моделі професійного саморегулювання, що наразі (разом із запровадженням механізмів планових ринків медичних послуг) набуває дедалі активнішого розвитку в країнах Центральної та Східної Європи, які стали членами Європейського Союзу, роль центральної ланки системи охорони здоров'я виконують лікарі, і використання ресурсів системи охорони здоров'я залежить, перш за все, від їх рішень. У такій моделі вважається, що лікарі є представниками пацієнтів, і, маючи доступ до всієї інформації про потреби останніх, на цій основі повинні будувати надання медичних послуг. Тобто фактично така модель передбачає передачу контролю над системою охорони здоров'я професіоналам-медикам. При цьому, зважаючи на ті переваги, які дають лікарям інформація та знання, на провідну роль медиків у розподілі та використанні ресурсів та на відсутність реальної юридичної інфраструктури для контролю

за медичною практикою, бар'єр на шляху зловживань медиків може бути поставлений лише самими професіоналами-медиками. Такий контроль здійснюється за рахунок освіти і підготовки, що забезпечують отримання стандартного комплексу професійних знань та навичок. Важливу роль у такому контролі відіграють жорсткі кодекси професійної етики, головною вимогою яких є примат потреб пацієнтів, та поширена у професійних медичних колах відданість певним етичним нормам. Саме такі механізми дозволяють запобігти як надмірному, так і недостатньому наданню медичних послуг.

Одним із найяскравіших останніх прикладів застосування моделі професійного саморегулювання є досвід Польщі, де початок переходу до неї, або, точніше, відродження цієї моделі, що існувала в країні до Другої світової війни, співпав із початком загальних демократичних перетворень у суспільстві кінця 80-х – початку 90-х рр. ХХ століття [1].

Разом з тим, якщо проаналізувати професійне саморегулювання фондів медичного страхування, то в багатьох країнах після набуття певного негативного досвіду (банкрутство страхових компаній – Чехія та Словаччина; величезне перевищення видатків над доходами – Угорщина, Естонія та ін.) можливості такого саморегулювання були суттєво обмежені за допомогою відповідних законодавчих рішень. Найбільш показовим у цьому плані було прийняття Сеймом Республіки Польща 23 січня 2003 р. Закону про загальне страхування в Національному Фонді здоров'я. Згідно з цим законом місце автономних територіальних кас хворих, що діяли на підставі закону про загальне медичне страхування від 6 лютого 1997 р. (чинність якого скасовано) і мали статус неурядових самоврядних страхових організацій, зайняв зазначений вище Національний Фонд здоров'я зі статусом державної організації, що діє на підставі статуту, затвердженого урядом.

Основними позитивними ознаками делегування повноважень є: висока ступінь відданості власним правилам; кваліфікована розробка правил; низька вартість управління; високий ступінь відповідно-

сті заходів регулювання тим нормам, що вважаються раціональними в середовищі зацікавлених суб'єктів відносин; досить високий ступінь повноти правил; можливість швидкого пристосування до зміни обставин; ефективні процедури правозастосування та рекламації; можливість комбінації саморегулювання і зовнішнього контролю.

Однак слід наголосити й на потенційно негативних сторонах саморегулювання, до яких належать: непрозорий характер правил; втручання в прийняття управлінських рішень; складність правил; висока вартість санкціонування правил; закриті процедури розробки правил; недостатні можливості для застосування примусу з метою забезпечення виконання вимог; відсутність громадської довіри; складність забезпечення юридичного контролю; можливість того, що громадськість вимагатиме переходу під урядовий контроль.

Характеризуючи саморегулювання як стратегію, необхідно наголосити на певній різниці між обов'язковим саморегулюванням та спільним саморегулюванням. Обов'язкове саморегулювання передбачає, що повноваження щодо прийняття обов'язкових правил поведінки делегуються неурядовим агентам, а правозастосування може здійснюватися або державними органами, або на приватному рівні (але за умови, що вони мають на це делеговані державою повноваження і діють під державним контролем). Спільне саморегулювання передбачає, що уряд затверджує правила, розроблені недержавними агентами. У системах охорони здоров'я низки європейських країн є приклади приватного саморегулювання, однак найбільш поширеним є обов'язкове саморегулювання, яке супроводжується можливістю санкціонованого державою переходу до державного контролю.

Акредитація та ліцензування є стратегіями регулювання, що орієнтовані насамперед на підвищення якості. Основними компонентами цих стратегій є зовнішня оцінка та обов'язковість дотримання встановлених стандартів. Однак між цими стратегіями існують певні відмінності. Акредитація, передбачаючи високі стандарти якості (які можуть бути досягнуті

далеко не всіма закладами), є добровільною, і заклад, що претендує на акредитацію, сам забезпечує оплату пов'язаних із нею витрат. Ліцензування ж, передбачаючи відносно низькі стандарти, здійснюється в обов'язковому порядку, а пов'язані з ним витрати мають фінансуватися державою. Слід зауважити, що запровадження обов'язкової акредитації в системах охорони здоров'я деяких країн (в тому числі в Україні) призвело до розмивання межі між стратегіями акредитації та ліцензування, перетворивши акредитацію на один із формальних аспектів державного регулювання (М. Білінська). Важливим є й те, що як акредитація, так і ліцензування використовуються лише як один з компонентів широкої системи заходів із регулювання системи охорони здоров'я.

Сутність міжгалузевго співробітництва як стратегії регулювання системи охорони здоров'я визначається її назвою. Фактично має йтися про сукупність цілої низки заходів щодо забезпечення співробітництва різних галузей, що тією чи іншою мірою можуть впливати на забезпечення охорони здоров'я населення.

Усе вищевикладене свідчить, що кожна з наведених моделей регулювання має як свої переваги, так і свої недоліки. Беззастережна загальна підтримка якоїсь однієї моделі навряд чи є доцільною та можливою.

Необхідно наголосити, що одним із базових документів – дороговказів на шляху реформ систем охорони здоров'я в Європі можна вважати Люблянську хартію з реформування охорони здоров'я, що була підтримана міністрами охорони здоров'я всіх держав – членів європейського регіону ВООЗ 18 червня 1996 р. у Любляні (Словенія) [8]. Хоча цей документ і не має юридичної сили, основні принципи, покладені в його основу, є спільним поглядом учасників цієї конференції на можливі шляхи досягнення європейських задач забезпечення здоров'я для всіх. Зокрема, у Хартії зазначається, що урядам необхідно забезпечувати справедливий розподіл ресурсів та доступ всього населення до послуг охорони здоров'я, а також вжити для цього відповідних законодавчих і регулюючих заходів. У всіх випадках, коли використання ринкових механізмів

у системі надання медичних послуг є доцільним, уряди мають сприяти розвитку конкуренції з метою забезпечення якості та раціонального використання обмежених ресурсів. У цьому документі також наголошується, що окремі заклади охорони здоров'я повинні мати максимально можливу самостійність щодо управління власними ресурсами за умов дотримання принципів, що забезпечують функціонування справедливої й ефективної системи надання медичної допомоги. Значну увагу децентралізації постачальників медичних послуг як одному з ключових механізмів підвищення якості та ефективності в секторі охорони здоров'я приділено у звіті щодо результатів реформування галузі у пілотних регіонах України [4].

У більшості країн Центральної та Східної Європи ключовими кроками реформ у системах охорони здоров'я протягом першого десятиліття ХХІ століття були зміна права власності медичних організацій та юридичного статусу медичних закладів. Лікарі первинної допомоги стали власниками своїх практик або були найняті на роботу через органи місцевої влади. Більша частина лікарень набула статусу автономних організацій, однак їх майно залишається публічною власністю. Ці зміни розглядалися як інструменти створення ринкових стимулів для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування, контролю за витратами, а також як найважливіші кроки в напрямку розвитку соціального медичного страхування. Для забезпечення належного розділення функцій платника та автономних постачальників медичних послуг між ними було запроваджено контрактні відносини.

Висновки і пропозиції. Вищенаведене свідчить про те, що в останні роки в системах охорони здоров'я фактично всіх індустріалізованих країн, насамперед у Європі, дедалі більш активно застосовуються моделі регулювання, що базуються на стратегіях децентралізації управління сферою охорони здоров'я і автономії закладів охорони здоров'я, пов'язаних з формуванням так званих планових регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації та обов'язкового саморегулювання, які доповнюються основними

елементами акредитації, ліцензування та міжгалузевого співробітництва. Саме такий підхід наразі вважається найбільш прогресивним і саме на нього орієнтовано сучасні реформи систем охорони здоров'я абсолютної більшості європейських країн.

Список використаної літератури:

1. Рудий В. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. Рудий. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
2. Про схвалення концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження КМУ №333-р від 01 квітня 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>.
3. Райнерт Е. Як багаті країни забагатили... і чому бідні країни лишаються бідними / Е. Райнерт. – К. : Темпора, 2014. – 444 с.
4. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення [монографія]. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 189 с.
5. Державна політика у сфері охорони здоров'я: [кол. моногр.; у 2 ч.] / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Радиш]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч.1. – 396 с.
6. Публічне управління: теорія і практика : [монографія] / [авт. кол.: Ю. Ковбасюк, В. Трошинський, М. Білинська та ін. ; за заг. ред. Ю. Ковбасюка]. – К. : НАДУ, 2011. – 212 с.
7. Baldwin R. Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice / Baldwin R. Martin C. – Oxford : Oxford University Press, 1999.– 384 p.
8. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996 // Bulletin of the World Health Organization. – 1997. – Vol. 77. – No. 1. – p. 48–49.

Кульгинский Е. А. Европейская методология механизмов децентрализации в государственном управлении системой здравоохранения

Статья освещает специфику методологического обеспечения и определение механизмов децентрализации государственного управления в области здравоохранения; критически оценен опыт европейских стран по внедрению реформ здравоохранения на основе децентрализации, сделан акцент на определении сфер взаимовлияния и ответственности.

Ключевые слова: государственное управление, сфера здравоохранения, децентрализация, страны Европейского Союза.

Kulginskiy E. European methodology of the mechanisms of public administration decentralization in health systems

The article is devoted to methodological support and the mechanisms of decentralization of government in health care; critically reviewed the experience of European countries to implement health care reform based on decentralization focuses on identifying areas of mutual influence and responsibility.

Key words: public administration, healthcare, decentralization, countries of the European union.