

Особливості формування координаційних механізмів у політиці охорони громадського здоров'я

Здавалося б, звичним є те, що за всі питання, пов'язані зі здоров'ям, у державі відповідає профільне міністерство. Проте в світі медики втратили монополію у цій сфері. Сучасну політику охорони здоров'я, яку дедалі частіше називають політикою охорони громадського здоров'я, розглядають як комплекс запланованих і незапланованих дій державних, приватних і громадських організацій.

Системи охорони громадського здоров'я інституційно складні, мають велику кількість суб'єктів (акторів) політики. З одного боку, це зумовлено природою питань, що перебувають на порядку денному політики охорони громадського здоров'я. Згадані питання є переважно медико-соціальними проблемами з серйозними соціально-економічними наслідками. З другого боку, в Україні спостерігається розпорошеність між різними відомствами функцій підтримки людей із проблемами здоров'я (тим часом у більшості європейських країн втілено концепцію інтегрованого догляду, діє міністерство медичного та соціального обслуговування, відповідальне за її впровадження).

Інституційну складність сфери охорони здоров'я поглиблює й те, що в останні десятиліття зросла кількість суб'єктів, залучених до глобальної політики охорони здоров'я. На додаток до традиційних організацій – Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ), Світового банку та донорських державних структур – активізувалась діяльність таких суб'єктів політики, як приватні організації, організації громадянського суспільства, міжнародні (глобальні) партнерські ініціативи в сфері охорони здоров'я. Ці зміни мають позитивні наслідки, оскільки участь нових організацій сприяє збільшенню ресурсів для охорони здоров'я, посилює гнучкість та інноваційність підходів у галузі. Водночас деякі дослідники звертають увагу на те, що зростаюча складність системи охорони здоров'я сприяє фрагментації, дублюванню функцій. Це може знесилювати й без того слабкі системи охорони здоров'я [5]. За оцінками фахівців, погана координація в сфері охорони громадського здоров'я, зокрема програм, які підтримують міжнародні донори, призводить до: перевантаження урядових структур різноманітними адміністративними вимогами з боку донорів; неузгодженості донорських програм із пріоритетами уряду; появи прогалів в інституційній відповідальності у певних сферах охорони здоров'я; конфліктів у стратегічних підходах; зменшення активності та здатності національних урядів формувати адекватну політику через орієнтацію на зовнішні, а не місцеві пріоритети [6; 10].

У глобалізованій політиці охорони громадського здоров'я існує згода щодо потреби координувати програми в цій сфері. Передусім це стосується епідемії ВІЛ/СНІДу, оскільки на нинішньому етапі до протидії їй долучається чимало міжнародних ресурсів і організацій так само, як і національних структур.

Іще 1987 року ВООЗ почала заохочувати держави до створення національних комітетів з питань ВІЛ/СНІДу з координуючими функціями. Ці комітети були покликані залучати до ефективної протидії епідемії різні урядові структури й недержавні організації. Очікувалося, що нові структури підпорядковуватимуться президенту чи прем'єр-міністру.

Ідею запровадження координаційних механізмів підхопив Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, створений світовою спільнотою 2001 року. Одна з передумов отримання певною країною фінансової допомоги від згаданого фонду – функціонування національного координаційного комітету, де щонайменше 40 відсотків членів є представниками громадського сектору, зокрема людей, котрі живуть із ВІЛ.

Важливе значення для формування координаційних механізмів мали «триєдині принципи», запропоновані спеціальною агенцією ООН з питань ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) й ухвалені 2004 року. Згідно з ними кожна країна, яка прагне забезпечити адекватну відповідь на епідемію, повинна мати: єдину національну стратегію стосовно ВІЛ/СНІДу, що об'єднувала б усіх партнерів і запроваджувалася б на національному рівні; єдиний національний координуючий орган, котрий забезпечував би виконання цієї стратегії; єдину систему моніторингу й оцінки на державному рівні дієвості заходів політики з протидії епідемії [8].

Вимоги та ідеї міжнародних організацій з координації зусиль у сфері ВІЛ/СНІДу спонукали різні держави до створення відповідних структур, здатних забезпечити платформу для політичного діалогу. Такий діалог, на думку британської дослідниці Джил Уолт, дає змогу обговорювати труднощі ухвалення певного рішення. А відтак слугує важливим чинником впровадження політики охорони громадського здоров'я [9]. Однак у різних країнах – різні механізми координації політики в сфері ВІЛ/СНІДу. Та й успіхами в цій галузі похвалитися можуть далеко не всі. Хоча чимало держав звітують перед міжнародною спільнотою про налагодження системи координації у протидії епідемії.

Дослідження, проведені у 2006–2008 роках представниками Мережі дослідників (вивчають питання ВІЛ/СНІДу. – Авт.), продемонстрували, що всупереч вимогам ЮНЕЙДС у багатьох країнах функціонують численні національні й регіональні координаційні структури. Частина їх є офіційними органами, частина – неофіційними утвореннями або вільними короткотривалими коаліціями, зацікавленими у вирішенні певного питання. Така політична практика притаманна, приміром, Киргизстану, Китаю, Мозамбіку. Подекуди координаційні ради функціонують при національних комітетах з питань ВІЛ/СНІДу, в інших – підпорядковані певним адміністративним структурам.

У низці держав ці координаційні ради сприймаються як нав'язані ззовні структури, не притаманні місцевій політичній культурі, та ще й такі, що підривають авторитет місцевого уряду. Наприклад, так було в Танзанії, де до національної координаційної ради з питань ВІЛ/СНІДу ставилися як до обтяжливого виконання зовнішніх зобов'язань, що лише заважає діяльності державних структур. У Сенегалі, Уганді та Малаві національні координаційні ради зазнали критики, оскільки в їхній діяльності побачили применшення владних повноважень міністерства охорони здоров'я. Адже до складу ради увійшли представники інших відомств і громадянського суспільства [7].

З другого боку, серед причин недосконалої координації було названо неефективність представництва різних секторів. Зокрема, в Уганді респонденти відзначали, що члени ради, котрі мали представляти інтереси певних суспільних груп, переважно зосереджувалися на потребах власної організації. У Беніні, Ефіопії, Малаві, Танзанії та Мозамбіку спостерігались атмосфера недовіри й напруження між суб'єктами приватного і державного секторів.

Як засвідчує міжнародний досвід, виникають й інші труднощі функціонування координаційних механізмів у сфері ВІЛ/СНІДу. Серед них, зокрема:

– брак розуміння повноважень ради (за ідеєю Глобального фонду та інших міжнародних структур, ради мали взяти на себе відповідальність за формуванням політики та контроль за її впровадженням, проте в багатьох країнах відсутнє таке розуміння завдань, а всередині

структур спостерігається відсутність чіткої ієрархії відповідальності й механізмів впровадження політики протидії епідемії);

– формальний характер діяльності деяких рад (коли всі найважливіші рішення приймалися поза межами координаційних структур і виносилися на засідання лише для затвердження);

– неефективна структура координаційної ради (надто велика кількість членів ради; домінування державного сектору над недержавним, а в деяких країнах – переважання медиків над представниками інших секторів);

– брак ефективної комунікації між членами ради, низький рівень технічної підтримки діяльності ради;

– нерегулярність участі в засіданнях членів ради (особливо представників різних відомств і громадянського суспільства);

– зосередження всіх координаційних процесів лише на національному рівні та брак уваги до налагодження діяльності регіональних координаційних структур [4].

Серед опосередкованих чинників, що заважають ефективній координації політики у сфері ВІЛ/СНІДу, названо нестабільність політичної ситуації та часті зміни політичних лідерів у країні [3].

Таким чином, більшість держав здійснили певні кроки, спрямовані на посилення координації в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, та створили відповідні координаційні ради, в діяльності котрих спостерігаються схожі проблеми та труднощі.

В Україні, зокрема, координацію заходів політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу покликана забезпечувати Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (а на регіональному рівні – відповідні обласні та міські координаційні ради), створена 2005 року згідно з постановою Кабінету Міністрів України № 352 як робочий орган при уряді. 2007 року замість цієї ради створили консультативно-дорадчий орган, підпорядкований Кабміну, – Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (постанова Кабінету Міністрів № 926).

Діяльність координаційної ради з питань ВІЛ/СНІДу (попри зміну назви суть і призначення цієї структури збереглося) яскраво продемонструвала труднощі й обмеження формування публічної політики в Україні, зокрема, її горизонтальної складової.

До складу ради входять як представники різних відомств, так і громадських, міжнародних, релігійних, комерційних організацій (у нинішньому складі з 29 членів 12 представляють недержавні організації). Ця структура мала забезпечити ширший доступ громадянського суспільства до процесу прийняття політичних рішень у питаннях політики протидії епідемії. Через громадські організації, що входять до національних і місцевих координаційних рад, представники вразливих груп населення та людей, котрі живуть із ВІЛ, отримали змогу впливати на визначення політики. Рада також мала на меті сприяти міжгалузевій співпраці. Проте ця структура має дорадчий статус і обмаль реальних повноважень. Останнім часом національна координаційна рада збирається тоді, коли виникає потреба в отриманні коштів Глобального фонду (так, на засіданнях цієї ради 16 лютого, 17 березня та 7 квітня 2009 року під головуванням віце-прем'єр-міністра І. Васюника обговорювався хід підготовки заявки від України до Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією на участь у 9-му раунді за компонентами «туберкульоз» і «СНІД», на попередніх засіданнях – у червні 2008-го йшлося майже про те саме), а не з приводу координації політики в сфері охорони громадського здоров'я.

В Україні законодавчо не визначено єдиного координуючого органу політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, натомість діє низка структур, уповноважена в той чи інший спосіб координувати цю політику: Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу й іншим соціально небезпечним хворобам, створений 2006 року постановою Кабінету Міністрів України № 759 як урядовий орган державного управління при Міністерстві охорони здоров'я (це обмежує його можливості впливати на інші відомства й утілювати міждисциплінарний, інтегрований підхід).

Учасники засідання колегії Міністерства охорони здоров'я України 19 лютого 2009 року під час обговорення питання щодо ефективності впровадження державної політики протидії ВІЛ/СНІДу звернули, зокрема, увагу на проблему посилення координації дій всіх партнерів, котрі працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, включаючи державний сектор, неурядові й міжнародні організації, сферу бізнесу. Проте далі традиційних «посилити контроль» і «налагодити міжвідомчу та міжсекторальну координацію діяльності державних органів і неурядових організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» справа не пішла й конкретних кроків запропоновано не було.

2008-го в Україні сформували ще одну структуру – Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, що є консультативно-дорадчим органом при Президенті України (Указ Президента України № 220/2008). У раді – 25 осіб, із них п'ятеро – представники недержавних організацій. На засіданні цієї ради 30 березня поточного року під головуванням Президента України В. Ющенко обговорювалося питання фінансування заходів із протидії епідемії ВІЛ/СНІДу й лише побіжно згадувалося про необхідність посилення контролю над упровадженням міжнародних проектів в Україні.

На неофіційному рівні впроваджуються дещо інші координаційні механізми – регулярні зустрічі стейкхолдерів, організовані Міжнародним Альянсом із ВІЛ/СНІД в Україні, зустрічі тематичної групи з питань ВІЛ/СНІДу структур ООН тощо. У міністерствах України формуються тематичні робочі групи або громадські ради, в яких беруть участь представники громадянського суспільства. Однак такі громадські (експертні) ради мають низький вплив на ухвалення реальних політичних рішень і є радше проявом «імітаційної демократії» [2], аніж структурами горизонтального рівня політики, що формує її публічність.

Причини низької ефективності координаційних структур не є унікальними для України, а багато в чому повторюють проблеми, які поставали в інших країнах. Насамперед це: декларативний характер самих структур, відсутність чіткого механізму впровадження політичних рішень і відповідальності, домінування державного сектору в складі ради попри його незацікавленість в її роботі, змінюваність представників органів влади в координаційних радах, відсутність системності у роботі ради й необхідних ресурсів для здійснення нею своєї діяльності на щоденному рівні, низька вмотивованість, матеріальна незацікавленість членів ради в участі в її роботі та брак лідерів в структурі її керівництва, низький рівень комунікації й відсутність прозорості у діяльності координаційних структур. Один із найсерйозніших прорахунків національної координаційної ради – фактичне невиконання нею своєї основної функції, тобто координації. Певною мірою ця ситуація повторюється і в інших сферах нашого життя, не лише в політиці протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Окремо слід звернути увагу на чинники, що перешкоджають упровадженню ефективних координаційних механізмів: невміння представників НДО повною мірою відстоювати свої ідеї та пропозиції та брак співпраці між самими НДО й конкуренція між ними. Ця проблема також виходить за межі стосунків, які сформувались у сфері охорони громадського здоров'я. На небажання та невміння українських громадських організацій використовувати співпрацю звертають увагу різні дослідники, зокрема, Ю. Джигир та К. Майнзюк [1].

З-поміж інших перешкод належної координації політики зауважимо часту зміну керівництва Міністерства охорони здоров'я України, низьку правову культуру та практику вибіркового виконання законів, орієнтацію координаційних механізмів не на результат, а на процес, брак зворотного зв'язку. Крім цього, на думку фахівців, ВІЛ/СНІД в Україні продовжує сприйматися як медична проблема. При цьому МОЗ як провідний орган опікується питаннями діагностики й лікування, а решті аспектів епідемії приділяється значно менше уваги.

Отже, проблеми координації політики ВІЛ/СНІДу, яка за своєю природою багатосекторна, не є виключно українськими. Особливо яскраво виокреслюються вони в країнах, де діють багато донорських організацій, котрі недостатньо узгоджують між собою напрями діяльності та де завдяки зовнішньому фінансуванню часто-густо створюють паралельну державній нову систему допомоги й підтримки ВІЛ-позитивних людей. Для багатьох держав проблематичними залишаються регулювання діяльності на регіональному рівні та участь у ній НДО.

Наразі брак координації як характерна риса політичного й інституціонального контексту політики стосовно ВІЛ/СНІДу в Україні є віддзеркаленням низької спроможності державного апарату до вироблення послідовної політики, сформованої в нашій державі політичної й управлінської культури, недостатньої взаємодії між різними гілками влади, зацікавленими міністерствами, владою національного та місцевого рівнів, між урядом, громадянським суспільством і бізнесом.

Джерела

1. Джигир Ю., Майнзюк К. Стан та проблеми процесів децентралізації в Україні // Парламент. – 2008. – № 3. – С. 31–39.
2. Ansell C., Gash A. Collaborative governance in theory and practice // Journal of Public Administration Research and Theory. – 2007. – № 18. – P. 543–571.
3. Bor J. The political economy of AIDS leadership in developing countries: an exploratory analysis // Social Science and Medicine. – 2007. – № 64. – P. 1585–1599.
4. Briefing Sheet 3. The challenge of coordination. – <http://www.ghinet.org/news.htm#sheets>
5. Buse K., Walt G. Aid coordination for health sector reform: a conceptual framework for analysis and assessment // Health Policy. – 1996. – № 38. – P. 173–187.
6. Frenk J., Sepulveda Gomez-Dantes O, McGuinness M., Knaul F. The future of world health: the new world order and international health // British Medical Journal. – 1997. – № 314. – P. 1404–1407.
7. Putzel J. The global fight against Aids: how adequate are the National Commissions? Journal of International Development. – 2004. – № 16. – P. 1129–1140.
8. «Three Ones» key principles. Coordination of National Responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners / UNAIDS. – http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_en.pdf
9. Walt G. Health Policy: An Introduction to Process and Power. – London and New Jersey: Zed Books, 2002. – 226 p.

10. Walt G., Spicer N., Buse K. Mapping the global health architecture // Making Sense of Global Health Governance: The Policy Perspective / Ed. by K. Buse, W. Hein, N. Drager. – London: Palgrave Macmillan, 2009. – P. 74–113.