

УДК 32–614.2

Семигіна Т.В.
доктор політичних наук, доцент, професор, Академія пра-
ці, соціальних відносин і туризму (Україна, Київ),
tv_sem@ukr.net

УЧАСТЬ ГРОМАД ВОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ПОРІВНЯННЯ СВІТОВОГО ТА УКРАЇНСЬКОГО ДОСВІДУ

Ідея залучення місцевих громад та громадськості до збереження здоров'я підтримується багатьма міжнародними організаціями. Ця стаття розглядає документи глобальних акторів політики охорони здоров'я (ВООЗ, Світовий банк та ін.), звіти впроваджених міжнародних проєктів і визначає відмінності у підходах до участі місцевих територіальних громад в охороні здоров'я (медичного; з позицій охорони здоров'я; з позицій розвитку громади), аналізує відповідну практику.

Вивчення документів та інтерв'ю, проведені в Україні, засвідчують, що у вітчизняній практиці сформувався медичний підхід до участі громад і громадськості в охороні здоров'я.

Обґрунтовано, що складовою реформи вітчизняної системи охорони здоров'я мають стати заходи, спрямовані на використання підходу з позицій розвитку громади та соціальної мобілізації населення.

Ключові слова: політика, громада, охорона здоров'я, соціальна мобілізація.

Україна успадкувала від Радянського Союзу високо-централізовану систему охорони здоров'я. Раціональна за своїм характером, вертикально побудована ієрархічна модель політичної системи, організації державної влади та управління певними галузями, зокрема, й охороною здоров'я, за радянських умов демонструвала спроможність розв'язувати проблеми. Проте вона не відповідає сучасним соціально-політичним та економічним умовам, коли формування політики охорони здоров'я перетворилось на складний процес із багатьма учасниками. Наприклад, британські дослідники Т.Форбс, Д.Еванс та Н.Скот наголошують, що для розв'язання локальних проблем охорони здоров'я необхідно визнати потребу у пошуку місцевих рішень, а не прагнути знайти у політиці підхід, який можна застосувати до будь-якої місцевості. Це вимагає гнучкості у розробці політики, за-

лучення місцевих акторів політики до визначення контекстуалізованих (адаптованих до певної місцевості) рішень, навіть у межах загальнонаціональних стратегій здоров'язбереження [10]. Такі підходи тісно пов'язані із процесами децентралізації управління, переглядом рівнів компетенції органів державної та місцевої влади, залученням громадськості, поверненням до ідей громади.

Питання зміни системи охорони здоров'я, формування в Україні засад нової політики розглядалися переважно у межах праць із державного управління (З.Гладун, Д.Карамішев, Н.Кризина, В.Лехан, В.Москаленко, Н.Нижник, Т.Попченко, Я.Радиш, Н.Рингач, І.Рожкова, В.Скуратівський, Г.Слабкий, І.Солоненко, О.Худоба та ін.) та правових досліджень (Н.Болотіна, Т.Гурська, О.Капінус, Р.Кондратьєв, І.Сенюта, О.Стефанчук та ін.). Проте ці наукові розвідки не зосереджувались на питаннях участі місцевих громад і громадськості у формуванні та втіленні політики охорони здоров'я, хоча саме на такій участі наголошують глобальні актори політики. Отже, ця стаття має на меті визначити особливості участі місцевих громад у питаннях розробки та впровадження політики охорони здоров'я, проаналізувати зарубіжний та вітчизняний досвід. Методологічно робота ґрунтується на критичному аналізі документів глобальних і національних суб'єктів політики, а також на інтерв'юванні представників українських закладів охорони здоров'я та державних структур, проведеному у 2008 та 2012 рр.

Зауважимо насамперед, що у багатьох країнах політика охорони здоров'я впродовж тривалого часу спиралась на інструментальну парадигму, або суб'єкт-об'єктний тип соціальної дії. Така модель, за характеристикою В.Нікітіна [2], спрямована на перетворення середовища на підставі попередньо розробленого плану і передбачає, що соціальна ініціатива має належати одному індивідуальному чи колективному суб'єктові, уповноваженому ухвалювати остаточні рішення (у більшості випадків – центральному уряду або міністерству охорони здоров'я).

Розвиток деліберативної демократії сприяв становленню діалогових, суб'єкт-суб'єктних відносин в охороні здоров'я, применшенню ролі лікарів в ухваленні політичних рішень. Діалогова модель передбачає, що учасники політичного процесу мають змогу обговорити потреби, труднощі, ризики, проблеми, переваги та недоліки прийняття того чи того рішення. Мета такого діалогу – представництво інтересів якомога більшого кола людей, зацікавлених у вирішенні тієї чи тієї проблеми охорони здоров'я, застереження ключових суб'єктів політики від однобокого погляду на суспільну проблему. Політична та соціальна практика участі громад і громадськості в охороні здоров'я формується якраз у межах діалогової моделі.

Ідея залучення місцевих громад до збереження здоров'я підтримується міжнародними організаціями, насамперед – Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). Хоча ця сама організація одночасно виступає за зміцнення ролі національних урядів у цій сфері. Схожих ідей дотримуються і деякі інші міжнародні організації та національні уряди (Велика Британія, Нова Зеландія, Канада тощо), котрі почали заохочувати акти-

вне залучення громад до широкого спектра заходів із суспільного розвитку.

У 1987 р. почала діяти «Ініціатива Бамако», запропонована двома агенціями ООН – ВООЗ та ЮНІСЕФ (Дитячий фонд ООН) – для розв'язання проблем фінансування первинної системи охорони здоров'я у країнах екваторіальної Африки. Ця ініціатива передбачала, зокрема, й заходи із соціальної мобілізації, тобто залучення громадськості, та посилення внеску локальних громад [17]. У 1990 р. ЮНІСЕФ, яка до того орієнтувалася на роботу із національними урядами, здійснила дослідження, яким чином можна долучити громади до втілення своїх програм [13]. Цього ж року ВООЗ запропонувала низку рекомендацій, котрі окреслювали можливі шляхи участі громад і громадськості [8].

У 1993 р. Організація із економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) проаналізувала можливості вдосконалення своєї роботи через ширше залучення місцевих структур до програм із розвитку. Це, на думку організації, має забезпечити належну артикуляцію потреб, на розв'язання яких спрямовується допомога міжнародних донорів і державна політика [9]. Того ж 1993 р. у документі Світового банку з питань охорони здоров'я наголошувалось на необхідності покращання середовища і суспільних умов задля заохочення домогосподарств поліпшувати стан здоров'я своїх членів [18]. 1994 р. Світовий банк заявив про важливість участі локальних громад у здійсненні своїх проєктів і змінив умови надання позик з метою підтримки громадських ініціатив [15]. Такої політики ця міжнародна організація дотримується й донині.

1994 р. Світова асамблея з питань здоров'я закликала до втілення заходів, котрі б більше залучали локальні громади, їхні зусилля та ресурси, інтегрували формальні та неформальні сектори охорони здоров'я. При цьому ВООЗ, організатор асамблеї, робила наголос на участі громадськості в ухваленні рішень щодо розподілу ресурсів охорони здоров'я задля підвищення рівня відповідальності громадян за конкретні проєкти, використання знань і соціального капіталу громад [7].

У 1999 р. ВООЗ підготувала практичні рекомендації щодо того, як місцева громада може реально вплинути на охорону здоров'я. У них йшлося не тільки про участь у наданні послуг, а й про вплив на політичні рішення, переорієнтацію систем охорони здоров'я і локальної політики на забезпечення ефективної участі громад і громадськості [8].

Слід зазначити, що цілеспрямовані міжнародні ініціативи щодо залучення громад переважно не мають характеру примусу, а лише виступають як ідеї, котрі намагаються на позитивні зрушення. Прикладом може слугувати виконання ініціативи щодо здорових міст, висунутої 1988 р. під час другої міжнародної конференції сприяння здоров'ю. Фактично, це програма ВООЗ, що впроваджується у конкретних містах за ініціативою локальної громади. Вона спрямована на побудову в населеному пункті середовища, сприятливого до здоров'я, розвиток здорових шкіл, лікарень сприяння здоров'ю, здорових робочих місць тощо. Ґрунтується цей підхід на застосуванні принципів уповноваження та розвитку спільнот із залученням різних секторів територіальної громади. Мережі здорових міст існують в Австралії, Данії, Ізраїлі, Канаді, Фінляндії, в окремих штатах США

(Індіані, Каліфорнії). Дослідження [5; 11] засвідчують, що міжнародна ініціатива щодо здорових міст набувала місцевого колориту і впроваджувалась у різних містах, навіть у межах однієї країни, із певними особливостями.

У 1996 р. за ініціативи ЮНІСЕФ почалося впровадження програми «Місто, дружнє до дитини», спрямованої на втілення на муніципальному рівні положень Конвенції ООН про права дитини під керівництвом місцевих органів влади та за участі самих дітей. Програма має на меті зробити міста комфортними для проживання всіх громадян, насамперед дітей, забезпечення доступу до послуг медичної та соціальної реабілітації, юридичної, психологічної, соціальної консультативної та практичної допомоги. Найбільш поширена ця ініціатива у Європі, особливо у Франції (134 міста), Італії (111 міст) тощо [2].

Отже, у 1990–х роках у політичному дискурсі набула популярності ідея адміністративного та фінансового «партнерства» між локальними громадами і системою охорони здоров'я, хоча саме на останню покладалась основна відповідальність за збереження здоров'я населення. Під впливом досліджень, навчальних заходів, поширення політичної практики відбулося значне розширення внеску громад в охорону здоров'я, змінилося розуміння соціальних детермінант здоров'я і ролі середовища у подоланні нерівності в здоров'ї.

У 2000–х роках міжнародні організації, насамперед ВООЗ, почалинаполягати на забезпеченні широкої участі пацієнтів і зацікавлених груп у встановленні порядку денного політики, обговоренні політичних рішень [6].

Особливої уваги заслуговує досвід звернення до стратегії адвокації, комунікації та мобілізації в Індії [13], де туберкульоз залишається серйозною проблемою охорони здоров'я. Тут – за підтримки низки міжнародних донорів – упроваджувався проект із залучення локальних груп (груп самопомоги жінок, сільських комітетів здоров'я тощо) до протитуберкульозних заходів: виставок, фестивалів, тренінгів, зустрічей із пацієнтами, клубних та робочих зустрічей. До кампанії були долучені ті, хто успішно вилікувався від туберкульозу, що зумовило зниження проявів дискримінації в суспільстві. Опитування, проведене за підсумками проекту, підтвердило ефективність поєднання політичної підтримки, зусиль недержавного сектора, тренованого медичного персоналу та громади. Дослідники дійшли висновку, що широке використання стратегії соціальної мобілізації в боротьбі з туберкульозом має низку переваг, адже такі підходи допомагають долати прірву між системою охорони здоров'я та громадою.

Ураховуючи соціальні та політичні практики залучення громад можна виокремити різні підходи до опису участі громад в охороні здоров'я.

Медичний підхід ґрунтується на біомедичному розумінні здоров'я як відсутності хвороб. Відтак участь громади зводиться до здійснення у громаді заходів, рекомендованих медичними працівниками, та захисту навколишнього середовища.

Підхід з позицій охорони здоров'я спирається на запропоноване ВООЗ тлумачення здоров'я як індивідуального добробуту. У межах такого підходу участь громади в охороні здоров'я передбачає мобілізацію членів громади на надання послуг, запровадження посад пра-

цівників, відповідальних за здоров'я у громаді, та залучення волонтерів тощо [16].

Підхід з позицій розвитку громади передбачає, що здоров'я є умовою розвитку людини і залежить від стану соціального, економічного та політичного розвитку середовища. Тому члени громади мають активно долучатися до ухвалення рішень, спрямованих на покращання умов життя в громаді, зміну балансу сил, влади та ресурсів у громаді. Цей підхід виходить із потреби змінити поведінку членів громади, заохотити їх до колективних дій.

В Україні, яка є членом ВООЗ, наявні правові умови для переходу від інструментальної до діалогової моделі взаємовідносин у сфері охорони здоров'я.

З одного боку, вона визначається загальними нормативно–правовими актами, що регулюють певні питання участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики: зокрема чиннимипостановами Кабінету Міністрів України «Деякі питання щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», «Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади» тощо. З іншого боку, галузеве законодавство (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» та ін.) наголошує на праві громадян та їхніх асоціацій брати участь в управлінні закладами та системою охорони здоров'я.

Попри наявність законодавчих передумов для співпрацінеурядові громадські організації та територіальні громади – як визначала опитані представники охорони здоров'я – мають в Україні обмежений вплив на формування та впровадження політики охорони здоров'я. Діяльність представників активістських структур спрямована переважно на обстоювання права на отримання гарантованої державою допомоги й протистояння порушенням цих прав, протидію корупційним фінансовим схемам, що утвердилися в галузі охорони здоров'я. У той час як участь територіальних громад – за рідкісним винятком – зводиться до суто медичного підходу, тобто спрямовується на надання медичних послуг. Цікавий виняток становить громада міста Львова, де при міській раді створено громадську раду з питань забезпечення здорового харчування дітей у школах та садочках. Рада Ініціювала позапланову перевірку шкільних їдалень, здійснювала контрольза тендерами закупівель для таких їдалень, проводила нараду з підприємцями, що виграли тендери, та батьками щодо здорового харчування. Зрештою в школах було організовано продаж фруктів, заборонено продавати чіпси та солонку газовану воду. Також було сформовано батьківські ради для моніторингу стану садочків, якості харчування та інше [4].

Слід додати, що в Україні не налагоджено громадський контроль в охороні здоров'я, потребують врегулювання стосунки суб'єктів та об'єктів такого контролю. Не інституціоналізоване й державне (соціальне) замовлення, яке формує умови для контрахтування державою неурядових структур для надання послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема, профілактичних. Важливо й те, що частина представників українських закладів охорони здоров'я та державних структур, опитана у 2008 та 2012 рр., розглядала побудову партнерських зв'язків із паціє-

нтами та групами громадянського суспільства як неоптимальну. Такий підхід притаманний не тільки українським фахівцям а й представникам тих недемократичних суспільств, де бракує учасницької політичної культури.

З огляду на проблеми, наявні в Україні, та міжнародний досвід державна політика у сфері охорони здоров'я в нашій країні має бути спрямована на побудову більшоптимальної моделі охорони здоров'я. Така модель повинна передбачати:

– залучення територіальних громад і підтримку місцевих ініціатив щодо збереження здоров'я; здійснення цільових проектів за участю локальних спільнот і міжнародних організацій для відпрацювання ефективних в українських умовах моделей профілактичної роботи; створення умов для розгляду питань громадського здоров'я під час проектного планування міст; підтримка ініціатив щодо втілення концепції «здорових міст»; розширення можливості територіальних органів влади у питаннях ухвалення місцевих програм здорового способу життя;

– впровадження соціального замовлення (державних закупівель на конкурсних засадах) на надання значущих для підтримання здоров'я послуг і забезпечення здорового середовища.

Формуючи та впроваджуючи нову модель охорони здоров'я слід взяти до уваги погляди дослідниці Н.Валлерстейн[1] і планувати такі заходи щодо зміцнення здоров'я, які мають передбачати ефективні стратегії розширення прав і можливостей, а саме: 1) використання невеликих груп, діяльність яких сприяє посиленню усвідомлення проблем охорони громадського здоров'я для створення сприятливого навколишнього середовища проживання; 2) посилення спільних дій шляхом колективної участі у процесі прийняття рішень та на всіх етапах планування, реалізації й оцінки заходів охорони громадського здоров'я, використання непрофесійних помічників і лідерів, навчання методам інформаційно-пропагандистської діяльності та лідерства, а також розвитку організаційного потенціалу; 3) посилення ефективної державної політики шляхом організаційної та міжвідомчої діяльності, передачі повноважень і прав на прийняття рішення учасникам практичної діяльності, а також посилення підзвітності та прозорості діяльності державних органів і установ тощо. Водночас необхідно розуміти, що ефективність участі громад і громадянських ініціатив у сфері охорони здоров'я залежить від достатнього рівня громадської активності; законодавчих передумов для такої реалізації та готовності органів державної влади та місцевого самоврядування до співпраці з інститутами громадянського суспільства.

Потрібно врахування ефективного світового досвіду та перехід від спорадичних акцій громадських організацій щодо здорового способу життя до постійної підготовки лідерів, створення необхідних інформаційних та методичних матеріалів, проведення тематичних заходів, адекватних інтересам місцевої громади, залучення волонтерів до процесу формування здорового способу життя. Саме це дасть змогу системно залучати громадськість та громаду з позицій розвитку громади, а не у межах медико-біологічного підходу.

Отже, мобілізація ресурсів, налагодження партнерських відносин, взаємодія та участь громад розгляда-

ються міжнародними організаціями (ВООЗ, ЮНІСЕФ, ОЕСР, Світовий банк та ін.) як ключові стратегії для успішного проведення соціальної мобілізації, важливої для збереження здоров'я нації. Однак, такі ідеї не завжди дістають підтримку фахівців охорони здоров'я на локальному рівні. Саме це й спостерігається в Україні, де попри наявність законодавчих умов для участі громад і громадськості в охороні здоров'я, бракує системного залучення територіальних громад до заходів зі зміцнення здоров'я.

На нинішньому етапі розвитку вітчизняної політики охорони здоров'я залучення громад і громадськості слід розглядати як базовий принцип реформ охорони здоров'я, звертаючи увагу, що участь громадськості потрібно заохочувати та мотивувати, розуміючи контекстну зумовленість процесу змін та стану громадянського суспільства.

Список використаних джерел

1. Валлерстейн Н. Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья [Электронный ресурс] / Валлерстейн Н. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/Document/E88086R.pdf>.
2. Вінниця стає більш дружньою до дітей [Електронний ресурс] / ЮНІСЕФ–Україна. – Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/reallives_21046.html
3. Нікітін В.В. Комунікативна парадигма Ю.Габермаса в контексті формування теоретичних засад «діалогічної» моделі державного управління / В.В. Нікітін // Актуальні проблеми державного управління. – 2007. – №1 (31). – С.261–270.
4. Спілка «Самопоміч» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://samopomich.org>
5. Bentley M. Healthy Cities, local environmental action and climate change / M.Bentley // Health Promotion International. – 2007. – 22. – №3. – P.246–253.
6. Change@WHO // Newsletter on WHO reform. – 2012 [Electronic resource]. – Mode of access: www.who.int/about/who_reform/en/index.html
7. Community Action for Health: Background Document: Technical Discussions: Forty-seventh World Health Assembly, May 1994. – Geneva: World Health Organization, 1994. – 45 p.
8. Community Involvement in District Health Systems: WHO document SHS/DHS/91.4. – Geneva: World Health Organization, 1991. – 128 p.
9. Evaluation of programs promoting participatory development and good governance: Synthesis report [Electronic resource] / DAC Expert Group on AID Evaluation. – Paris, 1997. – Mode of access: <http://www.oecd.org/development/evaluationofdevelopmentprogrammes/dcdndep/35019452.pdf>.
10. Forbes T. Implementing health and social care policy – England and Scotland compared / T.Forbes, D.Evans, N.Scott // Policy Studies. – 2010. – Vol.31. – №6. – P.591–611.
11. Goldstein G. Healthy cities: overview of a WHO international program / G.Goldstein // Review of Environmental Health. – 2000. – Vol.15. – №1–2. – P.207–214.
12. Kahssay H.M. Community Involvement in Health Development: a review of concept and practice / H.M. Kahssay, P.Oakley; WHO. – Geneva: World Health Organization, 1999. – 160 p.
13. Kaminen V.V. A Rapid Assessment and Response Approach to Review and Enhance Advocacy, Communication and Social Mobilisation for Tuberculosis Control in Odisha State, India/ V.V. Kaminen, T.Turk, N.Wilson, S.Satyanarayana, L.S.Chauhan // BMC Public Health. – 2011. – Vol.11. – P.463–470.
14. Knippenberg R. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea / R.Knippenberg, E.Alihonou, A.Soucat et al. // International Journal of Health Planning.
15. Participation and the World Bank: Success, Constraints, and Responses [Electronic resource]. – Washington, D.C.: The World Bank, 1998. – Mode of access: <http://siteresources.worldbank.org/INTPCENG/Resources/sdp-29.pdf>
16. Tanvatanakul V. Strengthening Health Development at the Community Level in Thailand: What Events Should Be Managed? / V.Tanvatanakul, C.Vicente, J.Amado, S.Saowakontha // World Health

17. The Bamako Initiative [Electronic resource] / UNICEF. – Mode of access: http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf

18. World development report 1993: investing in health, Vol. 1 [Electronic resource] / The World Bank. – Mode of access: http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&heSitePK=469382&piPK=64165421&menuPK=64166093&entityID=000009265_3970716142319.

References

1. Vallerstejn N. Kakie fakticheskie dannye ukazyvajut na to, chto rasshirenie prav i vozmozhnostej ljudej – jeto jeffektivnyj sposob uluchshenija ih zdorov'ja [Elektronnyj resurs] / Vallerstejn N. – Kopenhagen: Evropejskoe regional'noe bjuro VOZ, 2006. – Rezhim dostupa: <http://www.euro.who.int/Document/E88086R.pdf>.

2. Vinnycja staje bil'sh družyn'ju do ditej [Elektronnyj resurs] / JuNISEF–Ukraini. – Rezhim dostupu: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/reallives_21046.html

3. Nikitin V.V. Komunikatyvna paradygma Ju.Gabermasa v konteksti formuvannja teoretychnyh zasad «dialogichnoi» modeli derzhavnogo upravlinnja / V.V. Nikitin // Aktual'ni problemy derzhavnogo upravlinnja. – 2007. – №1 (31). – S.261–270.

4. Spilka «Samopomich» [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupu: <http://samopomich.org>

5. Bentley M. Healthy Cities, local environmental action and climate change / M.Bentley // Health Promotion International. – 2007. – 22. – №3. – P.246–253.

6. Change@WHO // Newsletter on WHO reform. – 2012 [Electronic resource]. – Mode of access: www.who.int/about/who_reform/en/index.html

7. Community Action for Health: Background Document: Technical Discussions: Forty–seventh World Health Assembly, May 1994. – Geneva: World Health Organization, 1994. – 45 p.

8. Community Involvement in District Health Systems: WHO document SHS/DHS/91.4. – Geneva: World Health Organization, 1991. – 128 p.

9. Evaluation of programs promoting participatory development and good governance: Synthesis report [Electronic resource] / DAC Expert Group on AID Evaluation. – Paris, 1997. – Mode of access: <http://www.oecd.org/development/evaluationofdevelopmentprogramm/es/dcdndep/35019452.pdf>.

10. Forbes T. Implementing health and social care policy – England and Scotland compared / T.Forbes, D.Evans, N.Scott // Policy Studies. – 2010. – Vol.31. – №6. – P.591–611.

11. Goldstein G. Healthy cities: overview of a WHO international program / G.Goldstein // Review of Environmental Health. – 2000. – Vol.15. – №1–2. – P.207–214.

12. Kahssay H.M. Community Involvement in Health Development: a review of concept and practice / H.M. Kahssay, P.Oakley; WHO. – Geneva: World Health Organization, 1999. – 160 p.

13. Kamineni V.V. A Rapid Assessment and Response Approach to Review and Enhance Advocacy, Communication and Social Mobilisation for Tuberculosis Control in Odisha State, India/ V.V. Kamineni, T.Turk, N.Wilson, S.Satyanarayana, L.S. Chauhan // BMC Public Health. – 2011. – Vol.11. – P.463–470.

14. Knippenberg R. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea / R.Knippenberg, E.Alihonou, A.Soucat et al. // International Journal of Health Planning.

15. Participation and the World Bank: Success, Constraints, and Responses [Electronic resource]. – Washington, D.C.: The World Bank, 1998. – Mode of access: <http://siteresources.worldbank.org/INTPCENG/Resources/sdp–29.pdf>

16. Tanvatanakul V. Strengthening Health Development at the Community Level in Thailand: What Events Should Be Managed? / V.Tanvatanakul, C.Vicente, J.Amado, S.Saowakontha // World Health & Population. – 2007. – Vol.9 (1). – P.65–73.

17. The Bamako Initiative [Electronic resource] / UNICEF. – Mode of access: http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf

18. World development report 1993: investing in health, Vol. 1 [Electronic resource] / The World Bank. – Mode of access: http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&heSitePK=469382&piPK=64165421&menuPK=64166093&entityID=000009265_3970716142319.

Community participation in public health: a comparison of world and Ukrainian experience

The idea of involving the local communities and the public in health care is supported by many international organizations. This paper examines the documents of global policy actors (WHO, World Bank, etc.), reports of the implemented international projects and identifies differences in approaches to the participation of local communities in health care (medical), from the standpoint of public health; from the standpoint of the community development), analyzes the relevant practice.

Documentary analysis and interviews conducted in Ukraine indicate that a medical approach to community participation and public health has dominated in domestic practice. The paper argues that measures for using the approach from the standpoint of the community development and social mobilization should become an integral part of the national health system reform.

Keywords: policy, community, public health, social mobilization.

Семьгина Т.В., доктор политических наук, доцент, профессор, Академия труда, социальных отношений и туризма (Украина, Киев), tv_sem@ukr.net

Участие сообществ в здравоохранении: сравнение мирового и украинского опыта

Идея привлечения местных сообществ и общественности к сохранению здоровья поддерживается многими международными организациями. Эта статья рассматривает документы глобальных актеров политики здравоохранения (ВОЗ, Всемирный банк и др.), отчеты внедренных международных проектов и определяет различия в подходах к участию местных территориальных сообществ в здравоохранении (медицинского, с позиций здравоохранения; с позиций развития сообщества), анализирует соответствующую практику.

Изучение документов и интервью, проведенные в Украине, свидетельствуют, что в отечественной практике сформировался медицинский подход к участию сообществ и общественности в здравоохранении.

Обосновано, что составляющей реформы отечественной системы здравоохранения должны стать меры, направленные на использование подхода с позиций развития сообществ и социальной мобилизации населения.

Ключевые слова: политика, сообщество, здравоохранение, социальная мобилизация.