

ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ВООЗ «ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ У 21-МУ СТОЛІТТІ» В ДЕРЖАВНІ ПРОГРАМИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Ф.П. Ринда, М.О. Крисько (Київ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Резюме. Проведено порівняльний аналіз впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» (ЗДВ-21) у державні програми охорони здоров'я України. Виявлено недоліки застосування стратегії ЗДВ-21 у цих програмах.

Ключові слова: політика ЗДВ-21, державні програми, охорона здоров'я, Україна.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 1998 р. прийняла програму «Здоров'я для всіх у 21-му столітті», в якій окреслила глобальні пріоритети та основні завдання, котрі повинні забезпечити у всесвітньому масштабі можливості досягнення і підтримання найвищого рівня здоров'я протягом усього життєвого циклу. Саме за показником рівня здоров'я населення міжнародні експерти Організації Об'єднаних Націй, ВООЗ проводять порівняльний аналіз ступеня сталого розвитку тих чи інших країн. Тим самим рівень вирішення зазначених завдань відображає оцінку досягнень охорони здоров'я в певній місцевій громаді, країні, регіоні в цілому. Цей документ визначає основні напрями зусиль усіх розвинених країн світу щодо проблем здоров'я.

Законом «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. закріплено стратегію програмно-цільового методу у вирішенні проблем охорони здоров'я (стаття 13), а відповідальність за розробку та проведення комплексних і цільових загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я покладено на Кабінет Міністрів України (стаття 14).

Мета роботи – провести порівняльний аналіз державних програм з охорони здоров'я в Україні щодо втілення політики ЗДВ-21 ВООЗ.

Методи: моніторинг (динамічний, порівняльний).

Результати дослідження та їх обговорення

У 2010 р. для вирішення актуальних проблем охорони здоров'я в країні функціонувало понад 20 державних (цільових) програм. Тому порівняльний аналіз державних (національних) програм з охорони здоров'я

населення України щодо втілення завдань ЗДВ-21 проводився на підставі найвагоміших з них, зокрема, Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 рр., Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 рр., Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки, Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р., Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р., Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки тощо (усього 13 програм).

Більшість із проаналізованих програм (7) за термінами виконання були довгостроковими (розрахованими на період 5–10 років), решта (6) – середньостроковими (до 5 років). На відміну від них, завдання ЗДВ-21 розраховані на довший термін (аж до кінця 2020 р.).

Порівняння очікувальних (запланованих) результатів виконання державних (національних) програм з охорони здоров'я з відповідними завданнями ЗДВ-21 ВООЗ свідчить, що вони мають майже тотожні тенденції з відповідними показниками завдань ВООЗ [1], однак за окремими показниками суттєво різняться. Так, завдання Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 рр. відповідають завданням ЗДВ-21, за винятком показника захворюваності на кір: програма не передбачає «припинення місцевої передачі вірусу кору та краснухи до 2007 р.», а переносить цей термін

до 2015 р. [10]. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. взагалі не передбачає у найближчій перспективі «зменшення поширеності ВІЛ/СНІДу» [4]. Очікувані результати виконання Державної цільової програми «Цукровий діабет» дещо менші за аналогічні показники ЗДВ-21, однак слід враховувати, що перша розрахована на короткий термін дії, на відміну від ЗДВ-21 [7]. У Програмі реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 рр. очікувані результати її реалізації сформульовані настільки не конкретно, що будь-які позитивні результати, навіть мізерні, можна вважати позитивними [13].

Суттєвим недоліком більшості програм було те, що вони взагалі не передбачали спільність дій між собою. Виняток становила Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз, яка передбачала «Узгодження дій з Національною програмою з ВІЛ/СНІДу для запобігання поширення ВІЛ-асоційованого туберкульозу та покращення надання медичної допомоги хворим», та «Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки», яка наголошувала на необхідності «Розширювати партнерські відносини з Об'єднаною програмою ООН/СНІД (ЮНЕЙДС) та іншими міжнародними організаціями, що працюють у сфері протидії наркоманії та СНІДу...» (п. 59) [11, 13]. Більш того іноді спостерігалися навіть значні розбіжності у вирішенні однакових питань. Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД і Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» передбачали для профілактики ВІЛ-інфекції проведення (впровадження) інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я (остання в акушерських стаціонарах зокрема). Однак у першій виконання цього заходу покладено виключно на органи центральної виконавчої влади (МОЗ, Службу безпеки України, Держдепартамент України з питань виконання покарань тощо) без будь-якого визначення джерела та розміру фінансування, а у другій – відповідно на МОЗ, Раду Міністрів АР Крим, обласні, Київську та Севастопольську міські держадміністрації за рахунок позабюджетних коштів відповідно [4, 5].

Іноді заходи в програмах сформульовано без урахування принципу рівноправності в питаннях охорони здоров'я (завдання 2 ЗДВ-21). Так, у програмі «Державна цільова соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р.» передбачено інформування населення про шкідливість куріння шляхом розміщення відповідних інформаційних матеріалів на рекламних щитах: щоріч-

но заплановано встановлення 460 рекламних щитів [8]. Водночас, в Україні кількість населених пунктів становить 459 міст, 885 селищ міського типу, 1278 селищ і майже 27,2 тис. сіл, тому рекламні щити не можуть встановлюватися не тільки в селах, селищах і міських селищах, але й у переважній більшості міст.

Національна політика в охороні здоров'я за своєю сутністю є міжсекторальним завданням. Тому невиняково ВООЗ постійно звертає увагу світової громадськості на те, що забезпечити ефективне виконання програм з охорони здоров'я можна за умови широких міжсекторальних дій. Обмежена кількість задіяних секторів суспільства фактично перетворює програму із соціальної в суто відомчу. Це потребує від усіх секторів суспільства, навіть тих, що не належать до охорони здоров'я, активної участі у виконанні таких програм. Закон України «Про державні цільові програми» від 18.03.2004 р. № 1621-IV (стаття 3) закріпив за програмами, які передбачають розвиток охорони здоров'я, статус соціальних.

У проаналізованих програмах до виконання намечених цілей заплановано задіяти 5–29 різноманітних відомств. МОЗ як співвиконавець було задіяне в усіх програмах, Кабінет Міністрів АР Крим, обласні держадміністрації – майже у всіх програмах, Міністерство освіти і науки, Держкомтелерадіо та колишній Мінсім'ямолодьспорт – у переважній більшості програм, всі інші відомства як співвиконавці фігурують у меншості програм. Це вказало, по-перше, на те, що деякі центральні органи виконавчої влади (насамперед, Мінкультури, Міноборони, Мінекономіки, Мінфін, Держкомнацрелігії, Держкомстат тощо), неурядові організації (Товариство Червоного Хреста України, Спілка письменників, різні релігійні конфесії тощо), Національна кіноотека тощо недостатньо залучалися до вирішення проблеми збереження здоров'я населення. По-друге, більшість програм розроблено без урахування фактора відсутності єдиного медичного простору в Україні. Це призвело до того, що центральні органи виконавчої влади, які мають свою відомчу мережу закладів охорони здоров'я, їхні медичні структури в переважній більшості випадків не були задіяними як співвиконавці різних програм взагалі (Департамент з питань виконання покарань, Мінтрансв'язку, Міністерство внутрішніх справ, Міноборони, Національна академія медичних наук України, Державне управління стравами тощо). І це при тому, що відомча мережа закладів охорони здоров'я досить потужна: до їхнього складу у 2009 р. без урахування міст Києва та Севастополя входило майже 200 лікарняних закладів і понад 320 амбулаторно-поліклінічних закладів (без урахування лікарських пунктів охорони здоров'я, фельдшерських і фельдшерсько-акушерських пунктів) [15].

ВООЗ у своїх програмних документах постійно акцентує увагу громадськості, що в основі політики та стратегії охорони здоров'я повинна бути покладена стратегія щодо зміцнення здоров'я та первинна профілактика хвороб. Тому в будь-якій програмі слід приділяти належну увагу профілактичним заходам. Якщо акцент у ній робиться на лікувальній складовій, то вона значною мірою втрачає своє соціальне значення. Спільним недоліком практично усіх програм (за винятком програм боротьби з курінням, з імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, з профілактики ВІЛ-інфекції) було те, що вони недостатньо уваги приділяли профілактичним заходам. Це проявлялося в тому, що акцент у них робився на лікувальній складовій, а заходам І профілактики захворювань та формування здорового способу життя (ЗСЖ) приділялася незначна увага: кількість таких заходів у програмах коливалася у межах 8,0–84,0% від загального числа запланованих заходів. Спільним майже для всіх програм було те, що, якщо на заходи стосовно матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів, закупівлі ліків, вакцин, різноманітного устаткування тощо бодай орієнтовно визначалися розміри необхідного фінансування, то на пропаганду ЗСЖ, протиепідемічну пропаганду, як правило, не виділялися не тільки будь-які розміри фінансування, але й не зазначалися джерела фінансування. Відсутність джерела та орієнтовного обсягу фінансування перетворило запланований захід у гасло. Зневажливе ставлення до профілактики загалом та до гігієнічного виховання населення зокрема проявлялося насамперед у тому, що в очікувальних результатах виконання програм або взагалі не передбачалися показники щодо суб'єктивного фактора (Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках, Загальнодержавна програма розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини на період до 2011 року [12] Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки [2]), або якщо такі показники фігурували, то вони за змістом здебільшого являли собою дію без досягнення конкретного результату:

- підвищення поінформованості населення щодо проблеми артеріальної гіпертензії до 90% (Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні) [14];
- підвищення рівня обізнаності населення з питань кардіології та кардіохірургії шляхом залучення засобів масової інформації – ЗМІ (Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 рр.) [6];
- забезпечення належного рівня обізнаності населення стосовно проблем виникнення захворювання на цукровий діабет (100% – у 2009–2013 рр.) (Державна цільова програма «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки) [7];

- запровадження щотижневого розміщення у ЗМІ соціальної реклами щодо формування ЗСЖ і профілактики ВІЛ/СНІДу (Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр.) [4];
- підвищення рівня поінформованості населення про ризики виникнення онкологічних захворювань (Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року) [9] тощо.

Не завжди заходи в програмах відповідали трьом основним вимогам: конкретність, визначеність у часі та реальність. Наприклад, у Державній цільовій соціальній програмі зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р. захід «Забезпечення у комунальних закладах охорони здоров'я доступності профілактичних заходів і лікувальної допомоги для осіб, які бажають позбутися залежності від тютюну за рахунок місцевого бюджету» (надзвичайно актуальний) по суті нереально виконати з таких причин. По-перше, воно потребує визначення очікуваних результатів від цього заходу (хоча б кількості курців, які позбудуться звички курити за всі роки дії програми) та орієнтовного розміру необхідних для цього бюджетних коштів. Без цього не реально проводити моніторинг за виконанням цього заходу взагалі. По-друге, чинним законодавством країни для надання допомоги курцям (незалежно від статі, віку тощо) у позбавленні від куріння не передбачені як будь-які цінові стимули чи зниження вартості антинікотинного лікування, так і запровадження в установах ПМСД стандарту надання медичної допомоги таким пацієнтам. Водночас, практика лікування від тютюнової залежності свідчить, що для її реалізації потрібні значні кошти. Наразі для лікування курців застосовуються різні методики: аверсійна терапія (ефективність – 30%, вартість – 10–100 грн), симптоматична терапія (ефективність – 30%, ціна – 10–200 грн, голковколювання (ефективність – 80%, ціна – 170–200 грн) та замісна терапія (ефективність – 50%, ціна – 20–100 грн) [3].

Обмежений обсяг статті не дає змоги акцентувати увагу на втіленні основних стратегій ВООЗ у тій чи іншій програмі. Тому зупинимося на найважливіших. Основним недоліком, наприклад, Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р. було те, що в ній не втілена стратегія «Використання податків на тютюнові вироби для фінансування антитютюнових заходів, підтримку медико-санітарних служб, фінансування спортивних і культурних заходів тощо». Тим самим фактично не було змоги запровадити механізм сталого фінансування заходів з профілактики куріння, лікування курців тощо шляхом встановлення при прийнятті бюджету країни на наступний рік відсо-

тка відрахувань від спеціального збору на прибуток, отриманого від реалізації підакцизних товарів, зокрема тютюнових виробів у розмірі, наприклад, 1–2%.

Стосовно виконання завдання ЗДВ-21 щодо «Підготовки та представлення на регулярній основі доповідей з питань охорони здоров'я на міжнародному, національному, регіональному і місцевому рівнях» слід зазначити, що такий захід передбачено не у всіх програмах (Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації», Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні, Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань тощо). У тих програмах, де цю стратегію передбачено, вона здебільшого трактувалася дещо спрощено, на кшталт «Проведення аналізу заходів Програми для контролю за виконанням визначених завдань за розробленими показниками оцінки (кінцевими та проміжними) незалежними експертами з широким обговоренням громадськості для внесення необхідних змін» (Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р.) або «Підготовка звіту про результати моніторингу та оприлюднення його у ЗМІ» (Державна цільова соціальна програма зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення) чи неконкретно, дуже подібно до гасла «Широке інформування громадськості про хід виконання Програми» (Загальнодержавна програма розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини, п. 6.2). Тільки у Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. була передбачена «...підготовка Національного

звіту України з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом» у 2010 і 2012 рр.

Висновки

1. Проблеми охорони здоров'я населення в Україні вирішуються відповідно до міжнародної практики програмно-цільовим методом, однак програмні матеріали ВООЗ щодо політики ЗДВ-21 використовуються недостатньо.
2. Спостерігається недостатня міжсекторальність дій для вирішення завдань окремих програм. Більшість загальнодержавних програм з охорони здоров'я населення України розроблено без урахування відсутності єдиного медичного простору, тому центральні органи виконавчої влади, які мають відомчу мережу закладів охорони здоров'я, в переважній більшості програм не залучаються як співвиконавці.
3. У загальнодержавних (національних) програмах з охорони здоров'я населення України акцентується увага на лікувальній складовій, тоді як питання профілактики та формування ЗСЖ розглядаються як другорядні, що суперечить статусу соціальних програм.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у продовженні моніторингу за станом здоров'я населення України і факторами, які його обумовлюють, а також у їхній оцінці порівняно з країнами ЄС і Європейським регіоном.

Список літератури

1. *Здоров'я-21*. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ / Європ. регіональне бюро ВОЗ. — Копенгаген, 1999. — 243 с. — (Європейська серія по досягненню здоров'я для всіх, № 6).
2. *Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки*, затверджена постановою КМУ № 14 від 10.01.2002 р. — К., 2001. — 136 с.
3. *Приходько Т.* Жизнь без никотина / Т. Приходько // *Сегодня*. — 2010. — № 112 (3536). — 27 травня. — С. 22.
4. *Про затвердження 3 Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2012 роки* : Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
5. *Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року* : постанова КМУ № 1849 від 27.12.2006 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
6. *Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки* : постанова КМУ № 761 від 31.05.2006 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
7. *Про затвердження Державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки* : постанова КМУ № 877 від 19.08.2009 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
8. *Про затвердження Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року* : постанова КМУ № 940 від 03.09.2009 р. // *Офіц. Вісник України*. — 2009. — 14 вересня. — С. 96, ст. 2356.

9. Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року : Закон України № 1794-VI від 22.12.2009 р. [Електронний документ].— Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
10. Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009–2015 роки : Закон України № 1658-VI від 03.11.2009 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
11. Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках : Закон України № 648-V від 08.02.2007 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
12. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року : Закон України № 1841-VI від 22.01.2010 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
13. Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки : постанова КМУ № 877 від 04.06.2003 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>. — Назва з екрана.
14. Про програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні : Указ Президента України № 117/99 від 04.02.1999 р. [Електронний документ]. — Шлях доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>. — Назва з екрана.
15. *Регіональні системи охорони здоров'я України* : [монографія у 2-х ч.] /за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. — К., 2010. — Ч. I. — 393 с.; Ч. II. — 392 с.

Внедрение политики ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м веке» в государственные программы по охране здоровья населения Украины

Ф.П. Рында, М.А. Крысько (Киев)

Проведен сравнительный анализ внедрения политики ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м веке» (ЗДВ-21) в государственные программы здравоохранения Украины. Выявлены недостатки применения разных стратегий ЗДВ-21 в этих программах.

Ключевые слова: политика ЗДВ-21, государственные программы, охрана здоровья, Украина.

Implementation of the WHO policy «Health for All in the 21st Century» in state programs on public health care of Ukraine

F.P. Rynda, M.O. Krysko (Kyiv)

The comparative analysis of the implementation of the WHO policy «Health for All in the 21st century» (HFA-21) in public health programs in Ukraine has been carried out. Shortcomings of application of various strategies of HFA-21 in these programs have been identified.

Key words: policy HFA-21, government programs, health care, Ukraine.

Рецензент: канд. мед. наук О.Р. Ситенко.