

УДК 35.077.6(075.8)

С. О. Линник,

кандидат наук з державного управління,

директор, ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ

## ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЇ ВООЗ “ЗДОРОВ’Я-21” У ДІЯЛЬНОСТІ РЕГІОНАЛЬНИХ ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ

У статті здійснено аналіз положень міжнародної стратегії Всесвітньої організації охорони здоров’я “Здоров’я для всіх у 21-му столітті”. Висвітлено стан втілення окремих положень стратегії ЗДВ-21 у практичну діяльність закладів охорони здоров’я в різних регіонах України. Вивчено реалізацію стратегії ВООЗ ЗДВ-21 у закладах охорони здоров’я декількох профілів надання медичної допомоги. Стан застосування стратегії ЗДВ-21 у практичній діяльності органів охорони здоров’я і закладів охорони здоров’я вивчено шляхом аналізу та узагальнення результатів соціологічного опитування працівників регіональних управлінь охорони здоров’я. Виявлено ряд чинників, які в сучасних умовах гальмують реалізацію стратегії ВООЗ ЗДВ-21. Обґрунтовано низку практико-орієнтованих висновків і пропозицій щодо забезпечення реалізації в Україні стратегії ВООЗ ЗДВ-21.

The article analyzes the provisions of the international strategy of the World Health Organization “Health for All in the 21st century.” The condition of implementing certain provisions strategy HFA-21 in the practice of health care in different regions of Ukraine. Studied the implementation of the WHO strategy HFA-21 in health care several profiles of care. Condition of the strategy of HFA-21 in the practice of public health and health facilities studied by analyzing and summarizing the results of the survey of employees of regional health administrations. A number of factors in modern conditions hindering the realization of the strategy of WHO HFA-21. Grounded number of practice-oriented conclusions and proposals for ensuring the implementation of the strategy in Ukraine WHO HFA-21.

Ключові слова: стратегія, здоров’я, ВООЗ, ЗДВ-21, профілактика.

Key words: strategy, health, WHO, HFA-21, prevention.

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Орієнтиром для вдосконалення політики в галузі охорони здоров’я в Європі взагалі і в кожній країні зокрема з початку 80-х років ХХ ст. стала стратегія Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) “Здоров’я для всіх”. Прийнята у 1998 р. стратегія “Здоров’я для всіх у 21-му столітті” (ЗДВ-21) окреслила глобальні пріоритети та основні завдання, котрі повинні забезпечити у всесвітньому масштабі можливості досягнення і підтримки найбільш високого рівня здоров’я протягом усього життєвого циклу.

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Дослідження останніх десятиліть спрямовані на впровадження стратегії ЗДВ-21 ВООЗ здебільшого в розвинутих країнах світу — Німеччині, Італії, Швеції, Великій Британії та інших країнах.

### ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Проте на сьогодні залишається відкритим питання про стан впровадження стратегії ЗДВ-21 у практичну діяльність закладів охорони здоров’я (ЗОЗ) в Україні.

### ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Мета роботи — провести оцінювання застосування положень стратегії ВООЗ ЗДВ-21 у практичній діяльності ЗОЗ в Україні.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБґРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Стан застосування стратегії ЗДВ-21 у практичній діяльності органів охорони здоров’я і ЗОЗ вивчався шляхом соціологічного опитування управлінь охорони здоров’я (УОЗ) обласних державних адміністрацій (ОДА). Обсяг опитувальника становив 18 запитань. Переважна більшість з них відносилася до типу закритих, напівзакритих і “так/ні”. Водночас, в анкеті були відкриті питання, які використовувалися в разі необхідності отримання інформації щодо окремого регіону. Відповіді на анкету отримані з 23 регіонів (в анкетуванні не взяли участь Вінницька, Івано-Франківська та Херсонська області і м. Севастополь).

З 80-х років ХХ ст. за кордоном під егідою ВООЗ впроваджувалися різноманітні профілактичні та оздоровчі програми, які базувалися на стратегіях

зміцнення здоров'я. В Україні такі міжнародні проекти реалізувалися з 90-х років ХХ ст. За даними опитування щодо застосування стратегій ЗДВ-21 в Україні, протягом 2005—2011 рр. в усіх регіонах реалізувалися ті чи інші міжнародні проекти. Проте в кількісному відношенні щодо реалізації міжнародних проектів спостерігалися значні відмінності між регіонами (табл. 1).

Найбільше міжнародних проектів у 2005—2011 рр., за інформацією УОЗ ОДА, впроваджено в Харківській (9) та Запорізькій (12) областях, найменше — в Луганській (1) області.

Серед цих проектів найбільше поширені Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю (ЄМСШЗ) — у 15 регіонах, “Клініки, дружні до молоді” — у 21 регіоні, “Лікарня, доброзичлива до дитини” — у всіх регіонах, “Рівний — рівному” — у 19 регіонах.

Першим міжнародним проектом, до якого приєдналася Україна в 1995 р., був проект ЄМШСЗ. У регіонах, за інформацією УОЗ ОДА, кількість задіяних шкіл у названому проекті була загалом незначною. Так, у Чернівецькій області взяли участь лише 3 загальноосвітні заклади, у Житомирській — 4, Закарпатській — 5, Харківській — 6, Полтавській — 8 тощо. Однак МОНмолодьспорту зазначило, що у цьому проекті протягом 2011 р. брало участь 4,0 тис. загальноосвітніх закладів з майже 20,0 тис. шкіл [1]. Разюче неспівпадання даних щодо кількості шкіл, задіяних у проекті ЄМШСЗ, можна пояснити тим, що в реалізації стратегії здоров'я через освіту ВООЗ у загальноосвітніх закладах спостерігалася недостатність міжсекторального співробітництва, насамперед між центрами здоров'я (ЦЗ) і закладами освіти. За результатами міжнародного дослідницького проекту “Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді” (2010 р., 594 респонденти з числа адміністрації навчального закладу), лише незначна кількість ЦЗ співпрацювала із загальноосвітніми закладами в питаннях формування здорового способу життя (ЗСЖ): співпраця за письмовою або усною угодою — 27,0% опитаних керівників ЗОЗ, співпраця за письмовою або усною угодою — 11,0%, не співпрацювали — 49,0% [2].

Про результативність профілактичної роботи педіатричної та акушерсько-гінекологічної служб засвідчили показники природного вигодовування дітей. В Україні організація роботи щодо підтримки грудного вигодовування з 2001 р. проводилася в рамках ініціативи ВООЗ та ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини”. Станом на 31.12.2011 р. на статус “Лікарня, доброзичлива до дитини” сертифіковано 396 ЗОЗ порівняно з 4 ЗОЗ у 2001 р. Питома вага ЗОЗ, сертифікованих відповідно до статусу “Лікарня, доброзичлива до дитини”, із загальної кількості ЗОЗ, де надавалася допомога матерям і дітям та які підлягали сертифікації, становила 38,8%. У цілому по Україні статусом “Лікарня, доброзичлива до дитини” охоплено 94,6% самостійних пологових стаціонарів, 65,5% дитячих обласних лікарень, 51,6% дитячих міських лікарень і лише 29,3% центральних районних і районних лікарень, які мали підрозділи для надання акушерсько-гінекологічної і педіатричної допомоги [3].

Проект “Клініки, дружні до молоді” почав впроваджувати в Україні за сприяння ЮНІСЕФ з 1998 р. Він розрахований на дітей віком 10—17 років, а також на

Таблиця 1. Міжнародні проекти, орієнтовані на збереження та зміцнення здоров'я, які реалізувалися в регіонах за 2005—2011 рр.

| Кількість міжнародних проектів, які реалізувалися в регіонах | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 і більше |
|--|---|---|---|---|---|---|------------|
| Кількість регіонів   | 1 | 2 | 5 | 8 | 2 | 2 | 3          |

молодих людей до 35 років. Станом на 01.01.2012 р. у регіонах функціонувало 104 “клініки, дружні до молоді”. Серед моделей “клінік, дружніх до молоді” такі: центри — 11, відділення — 37, кабінети — 51 тощо.

Міжнародний проект “Міста здоров'я” протягом багатьох років не мав тенденції до зростання: кількість задіяних міст не перевищила 6 (Дніпропетровськ, Івано-Франківськ, Миргород, Ніжин, Славутич, Ужгород).

Крім вказаних міжнародних проектів, в окремих регіонах впроваджено інші проекти: Агентство з міжнародного розвитку США USAID “Разом до здоров'я” (Дніпропетровська, Житомирська, Львівська, Полтавська, Рівненська, Харківська, Черкаська області); Глобальний фонд “Зупинимо туберкульоз в Україні” (Житомирська, Рівненська області); РАТН “Партнерство в контролі за туберкульозом в Україні” (Харківська область), Українсько-канадський проект “Молодь — за здоров'я” (Рівненська область), Агентство з міжнародного розвитку США USAID “Здоров'я матері та дитини” (Харківська, Черкаська області), “Профілактика ВІЛ/СНІДу та інфекційних хвороб, що передаються статевим шляхом, серед споживачів ін'єкційних наркотиків та осіб секс-бізнесу” (Запорізька область) тощо.

При цьому майже у всіх регіонах у 2011 р. порівняно з 2005 р. спостерігалася позитивна динаміка до зростання кількості ЗОЗ, залучених до реалізації цих міжнародних проектів.

ВООЗ у стратегії ЗДВ-21 поставила завдання: “До 2015 р. слід значно зменшити несприятливий вплив на здоров'я, пов'язаний з вживанням тютюну, алкоголю та психоактивних препаратів”. Цього можна досягти лише за умови активного залучення закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) до роботи з формування ЗСЖ.

На думку ВООЗ, сьогодні у закладах ПМСД слід застосовувати профілактичні методи для виявлення факторів ризику, діяти у напрямі зміни поведінки та способу життя, проводити терапевтичні втручання з приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо.

Рівень застосування у закладах ПМСД короткотермінових інтервенцій в регіонах ми вивчали за допомогою таких запитань:

— Чи застосовуються у закладах ПМСД для пацієнтів короткотермінові інтервенції з питань корекції способу життя? (запитання передбачає конкретну відповідь “так / ні”);

— Для яких пацієнтів у закладах ПМСД застосовуються короткотермінові інтервенції з питань корекції способу життя? (запитання типу меню);

— З яких питань способу життя у закладах ПМСД для пацієнтів застосовуються короткотермінові інтервенції? (відкрите запитання);

— Оцініть, будь ласка, кількість лікарів загальної практики / сімейних лікарів, здатних використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами

короткотермінові інтервенції (запитання типу меню).

За отриманими результатами 22 регіони (крім Сумської області), які взяли участь в опитуванні, зазначили, що у закладах ПМСД застосовувалися короткотермінові втручання з питань корекції способу життя. Щодо контингентів пацієнтів, для яких застосовувалися ці інтервенції (запропоновано 1—7 варіантів відповіді, у т.ч. дозволялося вказати власний варіант), 20 регіонів надали кілька варіантів відповіді: 2 контингенти — 1 регіон, 3 контингенти — 2 регіони, 4 контингенти — 5 регіонів, 5 контингентів — 4 регіони, 6 контингентів — 8 регіонів. Тільки 2 регіони (Запорізька та Чернівецька області) вказали, що ці втручання використовувалися у закладах ПМСД для пацієнтів при будь-якому контакті, незалежно від стану здоров'я та поведінкових факторів ризику тощо. Серед варіантів відповідей щодо груп пацієнтів, для яких застосовувалися короткотермінові інтервенції, переважали такі: пацієнти з різними хронічними неінфекційними захворюваннями (ХНІЗ) — 19 регіонів, пацієнти з різними поведінковими факторами ризику — 18 регіонів, особи при проходженні диспансеризації та профілактичного огляду — 18 регіонів, особи з числа декретованих груп населення при медичному огляді — 17 регіонів, при будь-якому контакті з лікарем — 11 регіонів.

Таке розмаїття відповідей свідчить, що в переважній більшості (20) регіонів, імовірно, не було чіткого розмежування між короткочасними інтервенціями та індивідуальними бесідами на прийомі з приводу тієї чи іншої хвороби, в процесі диспансерного обстеження, профогляду тощо. Тому практично всі регіони, які взяли участь в опитуванні, у відповіді на відкрите запитання “З яких питань способу життя у закладах ПМСД для пацієнтів застосовуються короткотермінові інтервенції?” використали загалом практично всю палітру тематики зі ЗСЖ, з них 17 регіонів щодо запобігання (профілактики, відмови) шкідливих для здоров'я звичок. Жоден регіон не відповів на це питання, що такі втручання використовувалися переважно щодо відмови пацієнтів від вживання інтоксикантів. Тому не дивно, що переважна більшість регіонів переоцінила кількість лікарів, здатних використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами такі короткотермінові інтервенції. На запитання “Оцініть, будь ласка, кількість лікарів, здатних використовувати у своїй практичній діяльності при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції” (пропонувався відповіді “одиниці лікарів”, “незначна кількість”, “% від загальної кількості лікарів”, а також “важко відповісти”) 18 регіонів відповіли, що в їхньому регіоні від 50% і більше від загальної кількості лікарів (сімейних лікарів) “здатні використовувати при спілкуванні з пацієнтами короткотермінові інтервенції”, тільки 2 регіони (Кіровоградська і Тернопільська області) вважали, що кількість таких лікарів була незначною, а ще 3 регіони (Дніпропетровська і Закарпатська області, м. Київ) ухилилися від конкретної відповіді і відмітили “важко відповісти”.

Слід зазначити, що сьогодні, на жаль, лікарі отримують заробітну плату за діагностично-лікувальний процес, а не за те, щоб кількість здорових людей зростала. В Україні немає системи соціально-економічного стимулювання медичних працівників залежно від обсягу

використаних ними профілактичних технологій. Тому інтервенції з коригування способу життя пацієнтів у закладах ПМСД насправді не є масовими. Це підтверджується результатами дослідження “Основні причини високого рівня смертності в Україні”, підготовленого Світовим банком. Так, вимірювання кров'яного тиску та діагностика ожиріння мають проводитися під час кожного відвідування закладу ПМСД. Однак у ході цього дослідження встановлено, що серед пацієнтів з гіпертонією лише 14,1% отримали одну медичну консультацію за останні 30 днів, а 4,3% зверталися до медичних установ більше одного разу. Серед пацієнтів, у кого виявили ожиріння під час цього дослідження, майже чверть зверталися до закладів ПМСД за останні 30 днів [4; 5]. У дослідженні “Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну” майже третина (32,3%) респондентів-курців вказали, що вони відвідували заклади ПМСД протягом минулих 12 місяців, однак лише у 41,7% з них лікарі з'ясували, чи курять вони. Загалом тільки 10% усіх курців і 31% курців, які протягом минулого року зверталися до медичних закладів, отримали пораду від лікаря щодо відмови від куріння. За даними звітів наркологічних служб 16 областей України, за 2006 р. послуги у припиненні куріння отримало лише близько 10 тис. осіб.

У “Щорічній доповіді про стан охорони здоров'я в світі-2008” ВООЗ наголошено, що соціальна профілактика захворювань та пропаганда ЗСЖ можуть значно впливати на рівень здоров'я. Наприклад, в США, Норвегії, Канаді, Фінляндії та в інших розвинених країнах вдалося знизити рівень смертності від серцево-судинних захворювань не стільки шляхом поліпшення якості лікування, скільки шляхом попередження цих хвороб. Зараз в Україні профілактика погано “працює” на свій кінцевий результат — зниження ХНІЗ, формування ЗСЖ, оздоровлення навколишнього середовища тощо. Певною мірою це пояснюється тим, що в країні не приділяють належну увагу профілактичним структурам галузі.

ВООЗ ще у 70-ті роки ХХ ст. наголосила, що важливим чинником, який визначає ефективну діяльність служби санітарної освіти, є те становище, яке вона займає в адміністративній структурі галузі. У завданні 15 стратегії ВООЗ ЗДВ-21 зазначено: “Національні та федеральні інститути і заклади, які займаються проблемами зміцнення здоров'я, щоб ефективно функціонувати, повинні мати широкі повноваження і високий ступінь самостійності”, адже формування ЗСЖ виходить далеко за межі медичної сфери і потребує міжгалузевого управління.

Динаміка мережі профілактичних структур ЗОЗ у 2011 р. порівняно з 2000 р. за даними опитування УОЗ регіонів, наведена у таблиці 2.

Таким чином, за останні 12—13 років в Україні мережа профілактичних закладів і структур зазнала таких змін:

— 4 ОДСП перетворилися на відділи обласних інформаційно-аналітичних центрів або лікарсько-фізкультурних диспансерів;

— мережа міських ЦЗ скоротилася: якщо в 2000 р. вони функціонували в 11 регіонах, то у 2011 р. їх залишилося значно менше — тільки у 9 регіонах;

— кабінети антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги при наркодиспансерах закрилися

Таблиця 2. Динаміка мережі профілактичних структур галузі у 2000 та 2011 рр.

| Регіон           | Профілактичні структури |    |        |   |                         |       |                         |      |                                   |      |
|------------------|-------------------------|----|--------|---|-------------------------|-------|-------------------------|------|-----------------------------------|------|
|                  | центри здоров'я         |    |        |   | відділення профілактики |       | кабінети здорової дієти |      | кабінети антитабакової пропаганди |      |
|                  | обласний                |    | міські |   | 2000                    | 2011  | 2000                    | 2011 | 2000                              | 2011 |
| АРКрим           | 1                       | 1  | 5**    | 6 | 8**                     | 10*** | 29**                    | 35   | -                                 | 1    |
| <i>Область</i>   |                         |    |        |   |                         |       |                         |      |                                   |      |
| Волинська        | 1                       | 1  | -      | - | 18                      | 7     | 18                      | 19   | 1                                 | 1    |
| Дніпропетровська | 1                       | 1  | 6      | 4 | 58**                    | 46    | 28                      | 53   | -                                 | -    |
| Донецька         | 1                       | 1  | 15     | 7 | 14                      | 20*** | 142                     | 126  | 5                                 | 2*** |
| Житомирська      | 1                       | -* | -      | - | 11                      | 11*** | 33                      | 33   | -                                 | -    |
| Закарпатська     | 1                       | 1  | -      | - | 8                       | 8     | 18                      | 18   | -                                 | -    |
| Запорізька       | 1                       | 1  | 3      | 2 | 1**                     | 1***  | 166                     | 159  | -                                 | -    |
| Київська         | 1                       | 1  | 1      | - | 22                      | 21    |                         |      | 1                                 | 1    |
| Кіровоградська   | 1                       | 1  | -      | - | 15                      | 19    | 76                      | 46   | 2                                 | 1    |
| Луганська        | 1                       | 1  | 6      | 4 | 21                      | 18    | 130                     | 114  | -                                 | -    |
| Львівська        | 1                       | 1  | -      | 1 |                         | 23*** | 58                      | 32   | 1                                 | -    |
| Миколаївська     | 1                       | 1  | -      | - |                         | 9***  | 34                      | 34   | 1                                 | 1    |
| Одеська          | 1                       | 1  | 4      | 3 | 5                       | 3***  | 67                      | 44   | 1                                 | 1    |
| Полтавська       | 1                       | 1  | 2      | 1 |                         | 29*** |                         |      | -                                 | -    |
| Рівненська       | 1                       | 1  | -      | - | 10**                    | 11    | 20**                    | 25   | -                                 | -    |
| Сумська          | 1                       | -* | -      | - |                         | 5***  | 23                      | 26   | 2                                 | 1    |
| Тернопільська    | 1                       | 1  | -      | - | 18                      | 20*** | 18                      | 18   | -                                 | -    |
| Харківська       | 1                       | 1  | 1      | 1 | 18                      | 35    | 21                      | 17   | 2                                 | -    |
| Хмельницька      | 1                       | 1  | 1      | - |                         |       | 28                      | 26   | -                                 | 1    |
| Черкаська        | 1                       | 1  | 1      | - | 9                       | 10*** | 20                      | 27   | 1                                 | 1*** |
| Чернівецька      | 1                       | 1  | -      | - | 12**                    | 14*** | 2                       | 5    | -                                 | -    |
| Чернігівська     | 1                       | -* | -      | - | 9**                     | 8     | 27**                    | 27   | 1                                 | -    |
| м. Київ          | 1                       | 1  | -      | - | 12                      | 12*** | 38**                    | 38   | 1                                 | -    |

Примітки: \* — ОДСП як самостійна установа ліквідована; \*\*\* — не співпадає з даними ЦМС; \*\* — дані за 2008 р.

у більшості областей (13); лише один такий кабінет, який функціонував з 2000 р. на базі поліклініки сімейного лікаря “Русанівка” Дніпровського району м. Києва, у 2011 р. скоротився;

— кількість відділень (кабінети) профілактики у третині регіонів (9) була мізерною: коливалася у межах 5—10;

— лише кабінети здорової дитини дещо збереглися в регіонах.

Стосовно фінансування ЦЗ слід зазначити, що у 2011 р. вони фінансувалися з місцевих бюджетів: відповідно з обласних і міських, залежно від адміністративного підпорядкування. Відсутність загалом будь-яких нормативів фінансування закладів санітарної просвіти призвела до довільного їх фінансування, що на практиці спричинило нерівномірність розвитку послуг з формування ЗСЖ по регіонах тощо. Це суттєво вплинуло на обсяг видавничої діяльності ЦЗ, зокрема, на видання для населення популярних матеріалів (буклетів, плакатів, листівок тощо з питань ЗСЖ та профілактики захворювань), методичне забезпечення суб'єктів з формування ЗСЖ відповідними матеріалами тощо (табл. 3).

Таким чином, у 2011 р. фінансування обласних ЦЗ усіх регіонів не перевищувало 1 грн. у розрахунку на одного жителя. Цей показник у 2011 р. коливався у таких межах: до 10 коп. — 2 регіони, 11—30 коп. — 8 регіонів, 31—40 коп. — 1 регіон, 41—50 коп. — 4 регіони, 51—60 коп. — 2 регіони, понад 60 коп. — 2 регіони. Тим самим порушено принцип рівноправності в питаннях охорони здоров'я, доступності та якості санітарної освіти тощо.

ВООЗ неодноразово наголошувала, що медики можуть ефективно сприяти зміцненню здоров'я населення тільки тоді, коли вони самі будуть показувати приклад ЗСЖ, тобто стануть позитивною моделлю для наслідування. У Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” ця стратегія задекларована у статті 78: “... в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя”. За інформацією УОЗ ОДА, у більшості регіонів ця стратегія ВООЗ врахована: на запитання “Чи враховується УОЗ значення медичних працівників як “рольової моделі” для населення у формуванні здорових життєвих звичок?” 12 регіонів відповіли “безумовно так”, 7 регіонів — “скоріше так, ніж ні”; 4 регіони — “ні”, 3 регіони (Волинська, Житомирська, Хмельницька області) — “скоріше ні, ніж так”, 1 регіон (Сумська область) — “ні”.

На запитання (сформульовано в опитувальнику

як відкрите) щодо конкретизації заходів, проведених з цією метою, УОЗ відповіли, що застосовували переважно такі: подяки, грамоти, призи, організація спартакіади для медпрацівників (зазвичай до Дня медичного працівника); висвітлення у регіональних ЗМІ досвіду кращих працівників тощо. Тобто ці заходи були здебільшого морального плану. Водночас, лише один регіон (Київська область) зазначив, що застосовував такий дієвий захід з арсеналу матеріальних, як атестація медичних працівників. При цьому жоден регіон не вказав на такі заходи, як акредитацію ЗОЗ, заохочення медпрацівників відмовитися від куріння тощо.

У запровадженні норм ЗСЖ серед різних верств населення роль держави є визначальною. Однак населення, яке є безпосередньо об'єктом такого впливу, не має стояти осторонь, а повинно бути для держави водночас партнером і співвиконавцем. Саме цей меті слугує волонтерський рух, зокрема з питань ЗСЖ.

Така стратегія ВООЗ, за даними опитувальника, застосовувалася УОЗ майже у всіх регіонах, за винятком Запорізької області. Водночас, слід зазначити, що використання волонтерів в інтересах формування ЗСЖ не було популярним: у 9 областях їх кількість не перевищила 100 осіб (у кожній). Водночас, у деяких регіонах кількість задіяних волонтерів була відносно значною: Київська область — майже 8,6 тис. осіб, Кіровоградська — 5,9 тис. осіб, Житомирська — понад 3,5 тис., Харківська — майже 1,6 тис. Ймовірно, тут спостерігався недостатній міжсекторальний підхід у використанні інституту волонтерства. Адже цей інститут водночас використовувався і МОНмолодьспорту (насамперед, соціальна служба молоді), і Товариством Червоного Хреста України. Невипадково в регіонах,

Таблиця 3. Фінансування обласних центрів здоров'я у 2011 р. (у розрахунку на одного мешканця регіону)

| Регіон           | Розмір фінансування ЦЗ |                         | Видавнича діяльність ЦЗ |                 |                     |                      |
|------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
|                  |                        |                         | санітарна література    |                 | методичні матеріали |                      |
|                  | тис. грн.              | на одного жителя (коп.) | обсяг (тис. прим.)*     | на 1000 жителів | обсяг (тис. прим.)* | на один ЗОЗ та АПЗ** |
| АР Крим          | 168,3                  | 8,6                     | 0,45                    | 0,23            | 2,86                | 6,1                  |
| <i>Область</i>   |                        |                         |                         |                 |                     |                      |
| Волинська        | 945,0                  | 91,4                    | 20,079                  | 19,4            | -                   | -                    |
| Дніпропетровська | 947,6                  | 28,4                    | 28,405                  | 8,5             | 2,4                 | 2,65                 |
| Донецька         | 310,0                  | 7,0                     | 18,1                    | 4,1             | 2,185               | 2,83                 |
| Житомирська      | ***                    | -                       | 149,6                   | 117,4           | 19,478              | 51,0                 |
| Закарпатська     | 333,1                  | 26,8                    | 20,0                    | 16,1            | 4,0                 | 9,96                 |
| Запорізька       | 524,3                  | 29,1                    | 112,0                   | 62,2            | 1,696               | 4,28                 |
| Київська         | 352,5                  | 20,7                    | 5,315                   | 3,1             | 0,271               | 0,56                 |
| Кіровоградська   | 361,1                  | 36,2                    | 8,2                     | 8,2             | 0,12                | 0,2                  |
| Луганська        | 348,5                  | 15,2                    | 1,704                   | 0,74            | 1,3                 | 2,2                  |
| Львівська        | 608,35                 | 24,0                    | 55,0                    | 21,7            | 6,640               | 10,7                 |
| Миколаївська     | 2522,7*                | -                       | 1,5                     | 1,3             | -                   | -                    |
| Одеська          | 443,6                  | 18,7                    | -                       | -               | 28,0                | 50,3                 |
| Полтавська       | 877,2                  | 57,1                    | 5,38                    | 3,6             | 1,1                 | 0,7                  |
| Рівненська       | 692,8                  | 60,2                    | 25,55                   | 22,2            | 6,8                 | 24,5                 |
| Сумська          | ***                    | -                       | -                       | -               | 2,356               | 6,3                  |
| Тернопільська    | 588,5                  | 54,5                    | 21,25                   | 19,7            | 0,57                | 1,9                  |
| Харківська       | 812,2                  | 29,6                    | 78,5                    | 28,7            | 13,35               | 4,9                  |
| Хмельницька      | 626,7                  | 47,3                    | 43,31                   | 32,7            | 4,2                 | 11,0                 |
| Черкаська        | 544,5                  | 42,5                    | 181,0                   | 141,2           | 1,23                | 3,4                  |
| Чернівецька      | 415,9                  | 46,1                    | 11,0                    | 12,2            | 0,21                | 0,23                 |
| Чернігівська     | ***                    | -                       | 10,0                    | 9,2             | 2,845               | 9,5                  |
| м. Київ          | 1246,7                 | 47,9                    | 7,0                     | 2,5             | 7,044               | 12,1                 |

Примітки: \* — форма 51-здоров за 2011 р.; \*\* — розрахунки кількості виданих примірників методичної літератури у розрахунку на один лікарняний заклад та АПЗ, проведені на підставі даних статистичного бюлетеня Держкомстату України “Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2010 р.” (К., 2011) та узагальненої форми № 51-здоров за 2011 р.; \*\*\* — ЦЗ як самостійна установа ліквідований; \*\*\*\* — заклад фактично перетворений у своєрідний конгломерат різних структурних підрозділів.

які вказали на значну кількість задіяних волонтерів, це пояснювалося обопільною їхньою підготовкою та використанням у різних секторах. Наприклад, за даними УОЗ Житомирської ОДА, загальна кількість волонтерів для популяризації ЗСЖ у 2011 р. сягала 3543 особи, з них 1063 особи задіяні соціальними службами (з числа студентів, школярів, пенсіонерів тощо), 947 осіб — Товариством Червоного Хреста, 1533 особи — навчальними медичними закладами.

### ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

За даними опитування, у практичній діяльності органів охорони здоров'я і ЗОЗ регіонів використовувалися ті чи інші положення стратегії ЗДВ-21. При цьому виявлено ряд недоліків.

У впровадженні міжнародних проектів, орієнтованих на збереження та зміцнення здоров'я (насамперед, ЄМСШЗ, “Рівний — рівному”, по-перше, та інституту волонтерства з питань формування ЗСЖ, по-друге) спостерігалось недостатнє міжсекторальне співробітництво як між загальноосвітніми закладами і органами освіти з органами та закладами медичної сфери у перших, так між закладами галузі із закладами соціальної служби молоді та Товариством Червоного Хреста України у других.

Мережа профілактичних структур закладів галузі за останні 10 років суттєво скоротилася. Це стосувалося як обласних, так і міських ЦЗ. Заохочення медичних працівників до ефективного сприяння зміцненню здоров'я

населення власним прикладом обмежувалося заходами морального плану. Фінансування обласних ЦЗ у розрахунку на одного жителя було мізерним (здебільшого у межах 10—40 коп.), що вплинуло на обсяг видавничої діяльності й призвело до нерівномірного розвитку послуг з формування ЗСЖ у регіонах тощо.

У регіонах не визначений або суто формально призначений заклад (чи структура) в якості координатора, який має відповідати за реалізацію стратегії ЗДВ-21.

На думку більшості УОЗ ОДА, впровадження стратегії ЗДВ-21 у практичну діяльність ЗОЗ гальмується через недоліки організаційно-методичного плану, недосконалість нормативно-правових документів тощо.

Стратегія ЗДВ-21 на сучасному етапі розвитку — це не разовий захід, а неперервний процес реалізації, оцінки й перегляду, який постійно збагачується як завдяки досвіду, знанням і позиціям окремих країн, так і завдяки ідеям і діяльності ВООЗ.

Перспективи подальших досліджень полягають у систематичному вивченні стану здоров'я населення України і його тенденції порівняно з країнами Євросоюзу та Європейського регіону, а також у визначенні відповідності чинних нормативно-правових матеріалів з охорони здоров'я України стратегії ВООЗ щодо поліпшення та зміцнення здоров'я.

### Література:

1. Лист МОНмолодьспорту України від 20.02.2012 р. № 112-939 МОЗ України “Інформація про виконання заходів Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002—2011 роки”.
  2. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: монографія / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх [та ін.]; наук. ред. О.М. Балакірева. — К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: “К.І.С.”, 2011. — 172 с.
  3. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. О. Богатирьової. — К.: МОЗ України, ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, 2012. — 571 с.
  4. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну. Звіт за результатами дослідження / Т. І. Андрєєва, В. Захожа, Н.А. Король [та ін.]. — К., 2010. — 160 с.
  5. Основні причини високого рівня смертності в Україні. — К.: ВЕРСО-04, 2010. — 60 с.
- Стаття надійшла до редакції 07.03.2013 р.