

Охорона здоров'я у глобальному та європейському порядку денному

Тетяна Семигіна,
кандидат політичних наук, доцент,
докторант Національного університету
«Києво-Могилянська академія»

Питання здоров'я та його охорони становлять важливу складову офіційних документів наднаціональних структур. У статті розглянуто особливості глобального та європейського порядку денного політики охорони здоров'я.

Ключові слова: *порядок денний політики, глобальні пріоритети політики охорони здоров'я, європейські пріоритети політики охорони здоров'я.*

Issues of health and its protection constitute important part of the official documents of supranational structures. The peculiarities of global and European agenda of health policy are considered in the article.

Keywords: *policy agenda, global priorities for health policy, European priorities of health policy.*

Світові та наднаціональні інтеграційні процеси взаємопов'язані із активізацією наднаціональних утворень та міжурядових організацій, формуванням глобальних і регіональних політик у певних сферах, зокрема й у сфері охорони здоров'я. У науковий і практичний обіг увійшли поняття «глобальний порядок денний щодо здоров'я», «європейський порядок денний щодо здоров'я», «публічний порядок денний політики охорони здоров'я», проте значення цих словосполучень залишається надто загальним і недостатньо розкритим у вітчизняній науковій літературі.

Різні теорії і концепції формування порядку денного запропонували Ф. Баумгартнер, Д. Діаринг, Ч. Елдер, Д. Кінгдон, Р. Кобб, Е. Роджерс, Д. Рос, М. Рос, Е. Шатшнайдер та ін., які звертають увагу на те, що одна з функцій політичної системи полягає в реагуванні на суспільні проблеми, визначенні стратегій їх розв'язання, однак наявність певної суспільної проблеми не призводить до того, що нею починають займатися органи державної влади, організації, від яких залежить вирішення проблем. Для цього вони мають потрапити до так званого порядку денного (англ. – agenda), тобто переліку питань, яким організація чи інституція надає серйозної уваги у певний момент і щодо яких очікується вчинення дій [13].

У науковій літературі сформувався кілька класифікацій порядків денних політики і пояснень процесів формування порядку денного. Так, американські політологи Р. Кобб та К. Елдер вирізняють порядок денний: системний (публічний) – певний регламент для обговорення; ті проблеми, які сприймаються членами політичної спільноти як такі, що заслуговують публічної уваги та містять питання у межах повноважень органів державної влади; інституційний (формальний) – питання, яким влада погодилась приділити серйознішу увагу [7]. Інші американські дослідники – Д. Діаринг та Е. Роджерс – наголошують на співіснуванні конкуруючих порядків денних: політичного, який встановлює держава, медійного, який встановлюють ЗМІ, та публічного, який формується у громадській думці під впливом двох попередніх порядків денних, а також під впливом особистого досвіду [9].

Формування порядку денного відбувається через спеціальні інститути і механізми, наявні у політичній системі, які визначаються типом цієї системи, політичним режимом тощо. За Р. Коббом, М. Россом, ініціювання політики може бути рутинним або кризовим, коли порядок денний формується в умовах певної критичної ситуації, що потребує швидких рішень тощо [6].

Досить популярною у зарубіжній та вітчизняній політологічній літературі стала модель Д. Кінгдона, викладена в його книзі «Порядки денні, альтернативи та публічні політики» (1984 р.). Для обґрунтування цієї моделі американський дослідник вивчив порядок розробки та ухвалення державних рішень у сфері транспорту та надання медичних послуг. Згідно із Кінгдоном у межах політико-управлінського процесу діють паралельно три потоки: потік проблеми, потік розроблення, потік політичних взаємовідносин. Ці потоки конкурують між собою, тому ухвалення політичних рішень далеко від узгодженості та логічності [13].

Таким чином, аналіз праць дослідників політики доводить співіснування різних порядків денних, що формуються або у рутинному, або в кризовому порядку тоді, коли для цього відкрилося певне „вікно можливостей”.

Концепції порядку денного, запропоновані дослідниками політичних процесів, можуть бути застосовані для політики охорони здоров'я, водночас потребує розкриття сутнісне наповнення поняття «порядок денний щодо здоров'я». У цій статті розглянуто використання поняття «порядок денний» у політичній науці та у політичній практиці, на основі вивчення документів міжнародних організацій, результатів наукових досліджень та статистичних даних проаналізовано пріоритети глобальної та європейської політики охорони здоров'я, їх відповідність актуальним проблемам охорони здоров'я.

Пріоритети глобальної політики охорони здоров'я. У документі ВООЗ «Залучення задля здоров'я: глобальні пріоритети охорони здоров'я» (2006 р.) виразно зазначено, що глобальний порядок денний – це набір глобально узгоджених пріоритетів, призначених для всіх стейкхолдерів і визначений

угодами, схваленими світовими лідерами [20]. Тобто фактично йдеться про глобальну політику охорони здоров'я, що формується ключовими гравцями цієї політики – переважно міжнародними (наднаціональними) організаціями.

Відтак логічно поглянути на ті пріоритети охорони здоров'я, що їх визначають Організація об'єднаних націй (ООН) та її агенції, Європейський Союз (ЄС), Світовий Банк та інші структури, котрі, безумовно, суттєво впливають на встановлення міжнародних соціальних стандартів та виступають акторами політики в сфері охорони здоров'я, схвалюваної національними урядами.

У 2000 році на сесії *Генеральної Асамблеї ООН* ухвалено Декларацію тисячоліття. У цьому документі визначено Цілі розвитку тисячоліття, спрямовані на розв'язання найгостріших гуманітарних проблем, що стоять перед значною частиною людства: боротьба з голодом і злиднями; забезпечення доступу до освіти; досягнення гендерної рівності; зниження рівня материнської та дитячої смертності; скорочення розповсюдження ВІЛ/СНІДу та інших захворювань [2].

З часу, що минув від ухвалення Цілей розвитку тисячоліття, науковці доводили відсутність у пріоритетах глобальної політики багатьох актуальних питань охорони здоров'я, як-от: планування сім'ї [5] і репродуктивне здоров'я [10], охорона психічного здоров'я [18], протидія поширенню інших, окрім ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом [15], хоча ці проблеми, за даними досліджень, заслуговують на увагу політиків. Крім того, сучасний світ висуває нові вимоги до політики охорони здоров'я, розглядає забезпечення здоров'я як частину (інтер)національної безпеки [8]. Система охорони здоров'я, як вказує А. Кемрад-Скотт, повинна ефективно реагувати на світові пандемії інфекційних захворювань, що, на думку дослідника, становлять загрозу для країн. Як міжнародні організації, так і локальні стейкхолдери повинні узгоджено працювати на попередження пандемій і готуватися до них, аби применшити їх руйнівні для суспільства наслідки [12].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) як спеціальна агенція ООН з питань охорони здоров'я приділяє значну увагу рутинними пріоритетами політики як через розробку стандартів, рекомендацій, модельного законодавства, так і ухвалення хартій, декларацій тощо, оприлюднення річних звітів щодо становища в тій чи іншій царині охорони здоров'я [20]. Цю організацію сприймають переважно як орієнтовану на допомогу національним міністерствам охорони здоров'я.

Низка вчених вказує на потребу глобальної протидії поширенню хронічних захворювань [4], і з-поміж нормативних і рекомендаційних документів ВООЗ останніх років можна виокремити ті, що спрямовані саме на такі пріоритети, наприклад, ожиріння, тютюнопаління тощо [20]. Водночас ВООЗ подекуди відіграє ключову роль у формуванні кризового порядку денного політики охорони здоров'я. Прикладом цього

може слугувати епідемія SARS, коли саме завдяки зусилля ВООЗ було скоординовано протидію пандемії.

Для порядку денного політики важливою є ініціатива ВООЗ щодо соціальних детермінант здоров'я (2008 р.), яка наголошує на чинниках здоров'я, не пов'язаних із діяльністю системи охорони здоров'я і тим більше – наданням медичних послуг. ВООЗ привернула увагу світових лідерів та національних урядів до соціальних детермінант здоров'я – умов, в яких люди народжуються, ростуть, живуть і працюють. Ці обставини, за оцінками ВООЗ, визначаються розподілом коштів, влади і ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях, які в свою чергу залежать від політичного вибору. Соціальні детермінанти здоров'я зумовлюють ті нерівності у здоров'ї, які несправедливі й такі, що їх можна оминати [20]. Ця позиція ВООЗ дає підстави віднести до сучасних глобальних пріоритетів політики охорони здоров'я забезпечення більшої рівності (між різними соціально-демографічними групами та між країнами) у здоров'ї.

Поглиблення економічної та політичної глобалізації висунуло на порядок денний політики питання щодо механізмів перерозподілу суспільних ресурсів та забезпечення суспільних благ. Це – в свою чергу – призвело до політичних дебатів та політичних рішень щодо перегляду у бік зменшення розміру державних витрат на соціальну сферу, зокрема й охорону здоров'я, а також рівня втручання держави, політизації різних сфер життя. При цьому в політичному дискурсі наголос роблять на економії фінансових ресурсів і заохоченні приватних ініціатив, посиленні уваги до ролі ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я. Адаже, як зауважує корейський дослідник С. Квон, завдяки глобалізації стали вищими вимоги щодо економічної ефективності системи охорони здоров'я [14, с. 279]. Один із ключових провідників таких ідей – *Світовий Банк*, що наполягає на мінімізації державного втручання в соціальну сферу і обґрунтований обсяг державних гарантій. У той час, як *Світова організація торгівлі* виступає за відсутність преференцій національним виробникам, що стосується й ринку медичних послуг, і ринку лікарських засобів [17].

Система охорони здоров'я відіграє відчутну роль в умовах зміну клімату, екологічних проблем та природних катастроф, тим більше, що вразливість до наслідків катастроф та техногенних аварій тісно пов'язана із соціальними детермінантами здоров'я. Тому, як відзначають науковці, боротьба із бідністю, утвердження «здорової» урбанізації та забезпечення здорового харчування слід розглядати як найактуальніші пріоритети глобального розвитку [11].

Таким чином, до глобальних пріоритетів політики охорони здоров'я можна віднести такі напрями, як: здоров'я матерів, немовлят і дітей; інфекційні захворювання; хронічні неінфекційні хвороби; соціальні детермінанти здоров'я, оптимізація фінансування системи охорони здоров'я, глобальні екологічні зміни. При цьому можна відзначити певну

суперечність між інституційним (тим, що знайшов віддзеркалення у офіційних міжнародних документах) і системним (тим, на що вказують рекомендаційні документи, дослідники, впливові галузеві медіа) порядками денними.

Європейський порядок денний політики охорони здоров'я. Наріжний документ, що сприяв зміцненню євроінтеграції, – Маастрихтська угода (1992 р.) – надавала *Європейській Комісії* легальні повноваження, зокрема, в сфері охорони здоров'я. Це стосувалося запобігання захворюванням, в тому числі залежності від психоактивних речовин, а також поширення інформаційних та освітніх програм. У 1993 році опубліковано план дій Комісії в сфері громадського здоров'я, в якому визначено низку пріоритетів діяльності Комісії: онкозахворювання, СНІД, навчання здоровому способу життя, залежність від наркотиків, моніторинг здоров'я, рідкісні захворювання, захворювання, спричиненні забрудненням навколишнього середовища, нещасні випадки й травми.

У 1999 році Президент Європейської Комісії Р. Проді оголосив охорону здоров'я пріоритетом діяльності всієї Комісії, було створено Директорат захисту здоров'я та споживачів, а питання безпечних продуктів (все це відбувалося на тлі епідемії коров'ячого енцефаліту) проголошено ключовим завданням.

У 2000 році ЄС підписав меморандум з ВООЗ, в якому визначено такі ділянки співпраці між двома наднаціональними утвореннями, як бідність, розширення ЄС, здоров'я дітей. У 2002 році ухвалено програму, спрямовану на зменшення ризиків захворювання та інших загроз здоров'ю, зокрема, під час перетину кордонів. Особливе місце в модерному політичному дискурсі ЄС посіли питання біотероризму.

До діяльності ЄС в царині охорони здоров'я належать рішення щодо протидії тютюнопалінню – заборона реклами алкогольних та тютюнових виробів, паління в публічних місцях тощо.

Важливу роль у ЄС відіграє європейське бюро ВООЗ, яке ухвалило цілі політики охорони здоров'я для регіону, впроваджує програми у конкретних сферах. Так, був розроблений Європейський план дій по боротьбі з ВІЛ/СНІДОМ на 2012-2015 роки, головною метою якого є зниження до нуля кількості нових випадків захворювання на ВІЛ/СНІД, зниження рівня дискримінації та зменшення смертності від СНІДу у регіоні [19].

Другий напрям впливу ЄС на національну політику охорони здоров'я полягає у стимулюванні перегляду національних систем фінансування медичних послуг, які в більшості західноєвропейських країн ґрунтуються на солідарному соціальному страхуванні, що передбачає перерозподіл так званих соціальних ризиків між поколіннями та людьми із різним рівнем прибутків. ЄС також прагне забезпечити своїм громадянам доступ до медичних послуг у різних країнах Союзу, створити загальний механізм відшкодування збитків за медичне обслуговування, надане за межами країни постійного проживання, та створити «вільний рух послуг». Відтак

найважливіші напрями реформування системи охорони здоров'я в Західній Європі – перехід від цілковитого покриття витрат на медичне обслуговування, здійснюваного страхувальниками після лікування, до авансових виплат, збільшення обсягу оплати за лікування пацієнтами, зміни порядку виплат у системі соціального медичного страхування [16].

У розвиток підходів ЄС, у 2008 році в Таллінні, пройшла Європейська міністерська конференція ВООЗ з питань систем охорони здоров'я «Системи охорони здоров'я – здоров'я – добробут». Конференція визначила стратегії поліпшення діяльності систем охорони здоров'я для забезпечення їх стійкості і солідарності, поліпшила розуміння впливу систем на стан здоров'я людей і, відповідно, на рівень економічного зростання. Ухвалена під час конференції Таллінська хартія окреслила основні напрями розвитку систем охорони здоров'я, принципи їхньої діяльності для досягнення ключових цілей та виконання покладених на них функцій [3].

Отже, Європейський Союз дедалі більше уваги приділяє питанням охорони здоров'я. Це стосується як запобігання захворюванням, зокрема, завдяки формуванню здорового способу життя та зменшення ризиків передачі інфекційних захворювань при перетині кордонів, так і забезпеченні громадянам ЄС доступу до медичних послуг за межами країни постійного проживання. Останнє передбачає перегляд системи фінансування медичного обслуговування, яке в більшості європейських країн здійснюється за рахунок обов'язкового медичного соціального страхування (з огляду на це в усіх постсоціалістичних країнах, що увійшли до ЄС, відмовились від бюджетної моделі охорони здоров'я й перешли до страхової, що зумовлено не стільки економічними, як ідеологічними чинниками).

Дискусійні моменти. Статистичні дані [1] засвідчують, що до вагомих проблема охорони здоров'я на нинішньому етапі можна віднести: смертність від новоутворень та серцево-судинних захворювань; потреба у довготерміновому догляді за людьми, які мають проблеми психічного здоров'я, і людьми похилого віку, що зумовлює значне економічне навантаження; демографічні диспропорції (постаріння населення у постіндустріальних суспільствах і високий рівень народжуваності у країнах із низьким рівнем соціально-економічного розвитку). Проте глобальний і європейський порядок денний політики охорони здоров'я не завжди адекватно віддзеркалюють ці проблеми, на які звертають увагу науковці які далеко не завжди стають предметом політичних рішень (у кращому разі – відображені у рекомендаціях, що не мають нормативного характеру).

Суперечність між декларованим у глобальній та європейській політиці пріоритетами і реальними, статистично і науково обґрунтованими, проблемами охорони здоров'я порушує питання щодо формування глобального і європейського порядку денного політики охорони здоров'я,

Тетяна Семигіна

того, наскільки цей порядок відображає потреби населення і соціальну дійсність у цілому, бере до уваги результати епідеміологічних та інших досліджень. Або ж при формуванні цього порядку ключовим є не потік проблем, а потік політичних взаємовідносин, відтак цей порядок визначається під тиском громадянського суспільства, у тому числі глобального громадянського суспільства, перебуває під впливом «елітних» міжнародних організацій, що тісно взаємодіють, спільно використовують ресурси та утворюють світову фахову мережу. Наприклад, ВООЗ співпрацює із національними та регіональними організаціями по боротьбі із СНІДом, а також із такими установами ООН, як Фонд для діяльності в галузі народонаселення (ЮНФПА), Дитячий Фонд (ЮНІСЕФ), ЮНЕСКО, ПРООН, Світовим банком, підтримує тісні контакти із неурядовими організаціями, зокрема Американським фондом досліджень СНІДу, Міжнародною радою медичних сестер, Міжнародним союзом учених-імунологів і Товариством Червоного Хреста та Червоного Півмісяця тощо [20].

Ще одне питання, яке постає у зв'язку із формуванням глобального і європейського порядку денного політики охорони здоров'я, стосується ролі національних політичних лідерів і локальних впливів на глобальну політику. Наразі багаті держави – через свої гуманітарні, донорські програми, фінансовані державним коштом (USAID, PEPFAR, DFID, SIDA тощо), – спроможні як безпосередньо впливати на інші країни, так і на політику на наднаціональному рівні через підтримку певних глобальних ініціатив (наприклад, протидію епідемії ВІЛ/СНІДу із застосуванням визначених засобів політики), стимулювати дослідження, особливо провідними науковими центрами, у певній сфері, інтерес впливових медіа (наприклад, CNN, BBC) до конкретних проблем, і в такий спосіб підносити ту чи іншу проблему охорони здоров'я до рівня глобального чи європейського пріоритету.

Висновки. З огляду на теоретичні розробки дослідників політики, коли йдеться про глобальний чи європейський порядок денний політики охорони здоров'я – чи існуючий, чи той, який мав би існувати, то мається на увазі перелік пріоритетів. Проте логічно постає питання, хто і як саме визначає ці пріоритети, яким чином ці пріоритети співвідносяться із національними та локальними пріоритетами, наскільки ці пріоритети віддзеркалюють потреби в охороні здоров'я і реальні проблеми функціонування систем охорони здоров'я. Наразі сформовані порядки денні свідчать про політизацію проблем охорони здоров'я, залежність цих порядків від політичних взаємовідносин, домінування політичного, а не суспільного порядку денного.

Література:

1. База даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>.
2. Декларація Тисячоліття ООН від 08.09.2000 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.
3. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния / Таллинн, 25–27 июня 2008 г. – ЕРБ ВОЗ, 2008. – 6 с.
4. **Beaglehole R.** Prevention of chronic diseases: a call to action / Beaglehole R., Shah E., Srinath R. et al. // *The Lancet*. – 2007. – № 370. – P. 2152–2157.
5. **Cleland J.** Family planning: the unfinished agenda / Cleland J., Bernstein S., Ezeh A. et al. // *The Lancet*. – 2006. – № 368. – P. 1810–1827.
6. **Cobb R. W.** Agenda Setting and the Denial of Agenda Access: Key Concepts / Cobb R. W., Ross M. H. // *Cultural Strategies of Agenda Denial* / Ed. by Cobb R. W., Cobb M. H. – Lawrence, KS: University Press of Kansas, 1997. – P. 3–4.
7. **Cobb R. W.** Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda Building / Cobb R. W., Elder C. D. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1983. – P. 86.
8. **Collier S.** The Problem of Securing Health / S. Collier, A. Lakoff // *Biosecurity Interventions: Global Health and Security in Question* [ed. by A. Lakoff and S. Collier]. – New York: Columbia University Press, 2008. – P. 7–32.
9. **Dearing J.** Agenda-setting research: Where has it been? Where is it going? / Dearing J., Rogers E. // *Communication Yearbook 11*. – Newbury Park, CA: Sage, 1988. – P. 555–594.
10. **Fathalla M. F.** Sexual and reproductive health for all: a call for action / Fathalla M. F., Sinding S. W., Rosenfield A., Fathalla M. M. F. // *The Lancet*. – 2006. – № 368. – P. 2095–2100.
11. **Friela S.** Health Policy: Global health equity and climate stabilisation: a common agenda / Friela S., Marmota M., McMichael A. et al. // *The Lancet*. – 2008. – № 372. – P. 1677–1683.
12. **Kamradt-Scott A.** Changing Perceptions of Pandemic Influenza and Public Health Responses / Kamradt-Scott A. // *American Journal of Public Health*. – 2012. – Vol. 102. – № 1. – P. 90–98.
13. **Kingdom J. W.** Agendas, Alternatives, and Public Policies [2nd ed.] / Kingdom J. W. – San Francisco: Pearson Education, 1997. – 254 p.
14. **Kwon S.** Globalization and Health Policy in Korea / S. Kwon // *Global Social Policy*. – 2002. – Vol. 2 (3). – P. 279 – 294.
15. **Low N.** Global control of sexually transmitted infections / Low N., Broutet N., Adu Sarkodie Y. et al. // *The Lancet*. – 2006. – № 368. – P. 1960–1961.
16. **Maarse H.** Has Solidarity Survived? A Comparative Analysis of the Effect of Social Health Insurance Reform in Four European Countries /

Maarse H., Paulus A. // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 2003. – Vol. 28/4. – P. 585-614.

17. **Price D.** How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care / Price D., Pollock A. M., Shaoul J. // The Lancet. – 1999. – № 354. – P. 1889-1892.

18. **Saraceno B.** Barriers to improvement of mental health services in low income and middle income countries / Saraceno B., Ommeren M.V., Batniji R. et al. // The Lancet. 2007. – № 370. – P. 1164-1174.

19. The EU's activities in health at a glance // European Public Health Alliance [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.epha.org>.

20. WHO / World Health Organization [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.who.int.