

ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ РЕСУРС ДЕРЖАВИ

У народному житті народне здоров'я — це величезний фундамент його існування, його сили, його фізичного і духовного розвитку, його політичного і державного майбутнього.

В.О. Корчак-Чепурківський

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає категорію «здоров'я» як міждисциплінарне поняття, виходячи із соціальної моделі здоров'я, що має за взірєць не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів у конкретної людини, а й ураховує її фізіологічні можливості, особистісні та соціальні ресурси. Здоров'я — це капітал, база стійкого економічного розвитку. Міцне здоров'я — це скарб, говорять британці, це підмуток нормальної життєдіяльності. Отже, ефективність функціонування робочої сили потребує постійного зміцнення її здоров'я. Що кращою прагнемо зробити країну, то міцнішим має бути здоров'я її народу.

Охорона здоров'я в системі побудови соціально орієнтованої економіки є одним із найважливіших видів господарської діяльності. Здоров'я нації — це запорука сталого економічного, соціокультурного розвитку цивілізації. Індикаторами, наочними свідченнями суспільного здоров'я зазвичай вважають здатність населення до природного відтворення, тривалість життя і працездатний період. На жаль, сьогодні майже всі індикатори суспільного здоров'я України гірші, ніж, скажімо, у країні із соціально орієнтованою економікою. Причини цієї проблеми такі: кількісні та якісні зміни навколишнього середовища, затяжна соціально-економічна криза, низький рівень санітарної культури населення, нездоровий спосіб життя тощо.

Починаючи з 1991 р., ми є свідками й безпосередніми учасниками демографічної кризи (див. табл. 1) [1]. Смертність в Україні найвища в євро регіоні (у 1,5 разу пере-

вищує середньостатистичні показники ЄС. Майже третина населення помирає у віці до 60 років, 33,4% — до 65 років. Щодня в Україні передчасно помирає 700 осіб).

У структурі втрачених років потенційного життя чоловіків віком 25–64 років, за даними Держкомстату, зовнішні чинники смертності сягають понад 30%, порушення роботи системи кровообігу — 27,5%.

Проаналізуємо інформацію, наведену в табл. 1. Як бачимо, в Україні зберігається в цілому негативна тенденція росту смертності та, зокрема, випереджальні темпи смертності працездатного населення переважно на основі осіб чоловічої статі. В Україні існує суттєва різниця між тривалістю життя жінок і чоловіків, яка становить 11,5 року для порівняння: у країнах євро регіону — 7,9 року, країнах ЄС — 6,2 року.

Учені довели, що шляхом здійснення первинної профілактики можна запобіг-

Таблиця 1. Динаміка смертності населення (на 100 тис. осіб)

Причини смерті	1990	2000	2005	2007	Працездатне населення			
					1991		2007	
					Чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Усього	1213,3	1531,3	1660,0	1641,8	757,9	210,0	1061,9	280,5
У т. ч. за класами хвороб: інфекційні та паразитичні	11,5	26,7	36,4	36,2	22,7	2,8	80,3	22,2
новоутворення	197,1	197,6	195,0	192,0	150,9	67,6	117,9	63,9
хвороби нервової системи	7,3	10,4	14,2	15,2	9,5	5,9	25,2	8,1
хвороби ендокринної системи	6,2	8,0	7,2	6,6	–	–	–	–
хвороби системи кровообігу	641,5	937,1	1038,0	1034,4	220,6	53,6	337,4	67,7
хвороби органів дихання	71,8	76,6	59,5	53,9	35,6	6,2	48,8	9,6
хвороби органів травлення	31,2	44,9	67,3	72,3	35,5	10,7	108,2	38,8
зовнішні чинники	107,2	148,6	147,1	142,0	249,6	43,8	296,3	51,7

ти значним утратам людських ресурсів (на 32% серед чоловіків, на 44% – жінок). Проте останнім часом галузь медичного обслуговування фактично нехтує профілактикою захворювань громадян. Це – основна причина високого рівня захворюваності населення України¹.

Багатьох смертей можна уникнути, якщо скоротити рівень захворюваності. Лише 2007 р. кількість уперше зареєстрованих

¹ На рівень захворюваності також впливають особливості харчування, фізична активність, статеве поведінка, паління, вживання алкоголю та наркотиків, бідність, безробіття, соціальна апатія, екологія, доступність якісних освітніх, а також транспортних і соціальних послуг, стан загальнонаціональної системи охорони здоров'я. Мінімізувати негативну дію цих причин можна шляхом реалізації низки взаємопов'язаних програм, у тому числі спрямованих на поліпшення умов життя найбільш вразливих верств населення, на боротьбу зі злочинністю тощо.

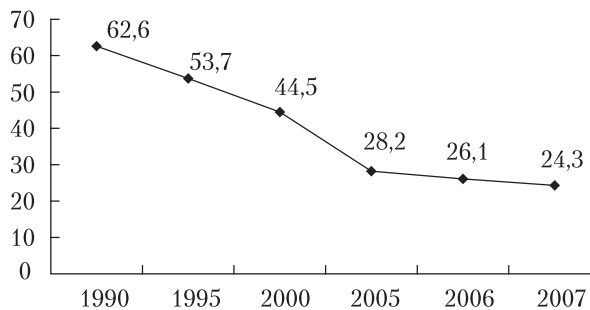


Рис. 1. Динаміка показника умовного здоров'я

випадків захворювань у цілому по Україні становила 33 млн. Серед дитячого населення України – 1,5 млн осіб хворі, кожен із них має 2–3 хвороби. Серед 1000 дітей і підлітків є 23 особи, що мають вроджені вади розвитку. У цілому 50% дітей мають незадовільний рівень фізичної підготовки, а серед випускників загальноосвітніх шкіл лише 10% можна назвати здоровими. В

Таблиця 2. Основні демографічні показники в країнах євро регіону, 2006 р.

Країна	Чисельність населення, млн осіб	Народжуваність на 1 тис. населення	Смертність на 1 тис. населення	Природний приріст на 1 тис. населення	Дитяча смертність на 1000 народжених живими	Середня очікувана тривалість життя	Материнська смертність на 100 тис. народжених живими
Австрія	8,2	9,4	9,0	0,4	3,6	80,2	3,4
Азербайджан	8,5	16,9	6,0	10,9	14,4	11,7	30,9
Бельгія	10,4	11,3	10,2	1,1	5,6	77,6	7,0
Білорусь	9,7	9,2	14,5	-5,3	6,3	68,8	14,6
Болгарія	7,7	9,0	14,2	-5,2	11,7	72,6	10,8
Великобританія	60	12,0	9,7	2,3	5,1	79,3	7,5
Вірменія	3,2	11,7	8,1	3,6	11,8	73,1	32,8
Грузія	4,4	10,7	8,7	2,0	19,7	73,1	30,6
Данія	5,4	11,9	10,8	1,2	4,6	77,3	15,5
Ізраїль	7,1	20,8	5,7	15,0	5,0	79,7	5,1
Казахстан	15,3	19,7	10,3	9,4	13,8	66,2	41,1
Люксембург	0,5	11,8	7,9	3,9	2,6	79,7	12,3
Молдова	3,6	10,5	12,0	-1,6	11,8	68,5	20,2
Польща	3,8	9,6	9,7	-0,1	6,4	75,1	3,9
Німеччина	8,3	8,6	9,9	-1,4	4,1	79,4	5,1
Фінляндія	5,3	11,0	9,1	1,9	3,1	79,4	7,0
Франція	60,7	12,7	8,4	4,3	3,9	80,5	7,7
Росія	142,5	10,2	16,1	-5,9	11,0	65,4	26,9
Україна	46,6	9,9	16,3	-6,4	9,6	68	15,4

Україні лише кожен четвертий громадянин вважає себе фактично здоровим (рис. 1). Саме через хвороби держава щороку втрачає мільйони робочих днів.

Як видно з рис. 1, упродовж останніх 17 років у Україні суттєво погіршився показник умовного здоров'я², що відповідно позначилося на тривалості життя. Якщо у 2006 р. у країнах євро регіону середня тривалість життя становила 78,4 року, то в Україні — 68, отже дистанція в 10 років — це не лише від-

² Показник умовного здоров'я — питома вага осіб, визнаних умовно здоровими в загальній кількості населення. Його вираховують відніманням від кількості постійного населення на кінець року кількості осіб, що перебуває на диспансерному обліку в медичних закладах, співвідносять отриману цифру з відсотком кількості постійного населення.

мінність між соціально-економічним рівнем життя, а й між пріоритетами державної політики (табл. 2) [2].

Низький рівень здоров'я населення безпосередньо пов'язаний із ростом попиту на доступну, безкоштовну, кваліфіковану допомогу. Світова практика свідчить, що завдяки підвищенню доступності та якості медичної допомоги й обслуговування можна скоротити смертність у чоловічій популяції на 28,4%, жіночій — на 37%.

Лікування хвороб — дороге задоволення. Серцеві захворювання, інсульти і споріднені з ними захворювання щороку коштують національній економіці та системі охорони здоров'я сотні тисяч гривень. Згідно з українським законодавством, усі громадяни мають право на доступ до базових

медичних послуг. Держава зобов'язана економічно, фінансово та організаційно гарантувати це право.

Цьому покликана сприяти відповідна ресурсна база, яка представлена в Україні широкою мережею лікувально-профілактичних закладів: 2,8 тис. лікарняних закладів на 439,5 тис. ліжок, 7,9 тис. амбулаторно-поліклінічних закладів (АПЗ), планова ємність яких становить 992 тис. відвідувань за зміну. Якщо кількість амбулаторно-поліклінічних закладів у Україні має тенденцію до зростання, то лікарні та лікарняні ліжка, навпаки, невпинно скорочуються: на 10 тис. населення припадає 95,2 ліжка і 214,7 відвідування за зміну. Останнім часом у розвитку мережі лікарняних закладів відбулися суттєві структурні зрушення. Так, кількість диспансерів протягом 2000–2007 рр. скоротилася в 4 рази, спеціалізованих лікарень — у 2,5 разу, дільничних лікарень — понад третину.

Зростання захворюваності, значні територіальні відмінності ускладнює відсутність в Україні державної програми реструктуризації медичної допомоги населенню, яка має гарантувати і забезпечувати:

- доступність, рівність і справедливість у питаннях отримання первинної та спеціалізованої медичної допомоги для різних верств населення незалежно від місця проживання;
- ефективний із медичних, соціальних та економічних позицій розвиток і функціонування інфраструктури охорони здоров'я відповідних територій [3].

Обґрунтовуючи шляхи покращення медичного обслуговування населення, необхідно враховувати й регіональні особливості. Маємо констатувати, що обсяг видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я у відсотках до ВВП в останні роки дуже повільно, проте зростає (рис. 2).

Водночас ці обсяги ще залишаються недостатніми для задоволення реальних по-

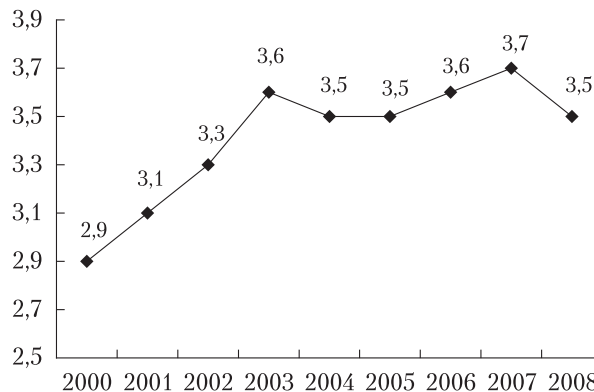


Рис. 2. Динаміка витратків зведеного бюджету на охорону здоров'я, % до ВВП

треб населення. Вони значно нижчі не лише від подібних показників у розвинутих країнах світу, але й від вітчизняних нормативів. Порівняймо: США на охорону здоров'я своїх громадян спрямовує 13,5% ВВП, а Україна — 3,5%, і це при тому, що за рекомендаціями ВООЗ на ці витрати з держбюджету потрібно виділяти щонайменше 5% ВВП. Важливим показником розвиненості країни є обсяг фінансування, виділеного щорічно на медицину в розрахунку на душу населення. У США цей показник становить \$4,5 тис., у Норвегії — \$2,9 тис., Німеччині — \$2,8 тис., у Франції — \$2,5 тис., в Україні — \$135. Недофінансування охорони здоров'я в Україні зумовлює хронічний ресурсний голод, відставання від світових стандартів.

Але ж підвищення обсягів фінансування системи охорони здоров'я дозволить провести модернізацію лікувально-профілактичних закладів, що, врешті-решт, підвищить якість і доступність медичної допомоги та медичних послуг.

В умовах економічної кризи важливим питанням стає залучення в медицину позабюджетних коштів, у тому числі й завдяки розвитку приватної медицини. При цьому не слід забувати, що в основі діяльності приватних медичних закладів лежить комерційний, а не соціальний

аспект. Такі заклади намагаються отримати перш за все прибуток (як кажуть, «гроші ідуть за пацієнтом»), замість гарантування права пацієнта на повну прозорість, еквівалентну в економічних відносинах між постачальником і споживачем медичних послуг.

Такий підхід діє в усіх закладах системи охорони здоров'я, незалежно від форми їхньої власності, скажімо, у США, де широко дискутують над запровадженням цільового податку на фінансування виняткової сфери охорони здоров'я. Можливо, і нам варто запровадити податок, хоча зрозуміло, що система фінансування охорони здоров'я має бути багатоканальною. У цьому аспекті ми поділяємо думку фахівців, які серед джерел фінансування галузі виокремлюють:

- державу, що спрямовує відповідні податкові відрахування на медицину (pay as you do system). Проте за такої системи підготовка кадрів, якість лікування, вибір і реалізація інноваційних проектів у сфері охорони здоров'я не є оптимальною;
- обов'язкове (соціальне) медичне страхування, згідно з яким люди зобов'язані робити страхові внески до бюджету державної (централізованої в масштабах усієї країни) або регіональної компанії. Об'єкт страхування — найманий персонал;
- добровільне (індивідуальне, приватне) страхування може бути доповненням до обов'язкового медичного страхування. Його сплачують громадяни, котрі, крім обов'язкового медичного страхування, потребують додаткових медичних послуг;
- безпосередня оплата медичних послуг їхнім користувачем. За даними аналітиків, щорічно кожен громадянин за медичні послуги сплачує в середньому \$50, а все населення сукупно — \$2,5 млн;
- кошти спонсорів, окремих осіб, компаній, фондів тощо [4].

Оплата медичної послуги пацієнтом дозволяє йому вибирати медичний заклад і лікаря. У системі охорони здоров'я нині працює понад 1 млн фахівців, із яких 436 тис. — середній медичний персонал, у тому числі 301 тис. — медичні сестри. Щорічно навчальні заклади випускають 25 тис. медичних сестер і фельдшерів.

Проте Україні бракує і лікарів, і середнього медичного персоналу. У 2007 р. на 10 тис. населення припадало 48,3 лікаря, у тому числі 10,7 — терапевта, 6,5 — хірурга, 5,5 — стоматолога. Найбільше було педіатрів: на кожні 10 тис. дітей віком 0–17 років — 18,9 лікаря-педіатра, віком 0–14 років — 24,2. Дуже низька забезпеченість сімейними та лікарями, що практикують — на 10 тис. населення припадає 1,5 лікаря, тоді як у Європі цю ж кількість громадян обслуговує 36 фахівців.

Варто згадати про велику плінність кадрів середньої ланки, про катастрофічний дефіцит медичних сестер. Лише за останні роки система охорони здоров'я втратила 47 тис. медсестер. Вибуття медичних працівників останнім часом посилюється. Особливо характерне це явище для сільської місцевості: у 2008 р. 273 сільські лікарські амбулаторії, 7 дільничних лікарень і 386 фельдшерсько-акушерських пунктів не мали жодного медичного працівника [5].

Щоправда, бюджетом на 2008 р. було передбачено кілька етапів підвищення мінімальних зарплат, уведення в повному обсязі Єдиної тарифної сітки оплати праці в бюджетній сфері. Відповідно до ст. 59 Закону «Про Держбюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяких законодавчих актів України» від 28.12.08 р. № 107/V1, керівники територіальних органів охорони здоров'я у 2008 р. мали забезпечити впровадження нових розмірів посадових окладів (ставок зарплати), виходячи із затверджених спільним наказом

Мінпраці та МОЗ України від 30.05.2007 р. № 273/290 «Про внесення змін до умов оплати праці працівників охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» тарифних розрядів і коефіцієнтів ЄТС та встановлених розмірів мінімальної заробітної плати.

Однак ці заходи суттєво не змінили добробут медичних працівників. Система оплати праці медичних працівників потребує подальшого вдосконалення, відновлення соціальної справедливості в умовах оплати праці залежно від ступеня ризику, складності, відповідальності виконання роботи та кваліфікаційно-освітнього рівня. Для матеріального стимулювання медичних працівників, які працюють у сільській місцевості, підготовано пропозиції до зміни чинної редакції закону, зокрема — встановити 100-відсоткові надбавки до посадового окладу [6].

Низький рівень оплати праці медиків — одна з причин того, чому більшість молодих спеціалістів не повертається в райони, які направили їх на навчання. Досить гострою є житлова проблема, що породжує соціальну незахищеність медпрацівників. Саме тому значна частина випускників, підготованих навіть за держзамовленням, шукає роботу поза медичною сферою. І це при тому, що, з одного боку, з кожним роком в Україні зростає кількість вільних робочих місць у лікарських амбулаторіях, територіальних поліклініках, станціях швидкої допомоги, а з другого — розширюється мережа фахових медичних навчальних закладів. У 2008 р. в Україні вперше 3 навчальні заклади (Житомирський інститут медсестринства; Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського; Буковинський державний медичний університет) здійснили набір студентів до магістратури з медсестринства.

Відповідно до вимог і стандартів Усесвітньої федерації медичної діяльності пе-

дагогічних колективів медичних закладів, Україна має зосереджувати зусилля на інтеграції у світовий освітній простір, запроваджувати сучасні інноваційні моделі організації навчального процесу. 62 навчальні заклади вже отримали статус медичних і фармацевтичних коледжів, що, безперечно, наближає нас до Європейського освітнього простору.

Європа прагне створити таку систему освіти, що задовольняла б потреби не окремих країн, а всього євро регіону, створювала найкращі можливості для самовираження студентів і суспільства в цілому. Євроінтеграційний процес передбачає об'єднання національної системи освіти і науки в європейський простір із єдиними вимогами, критеріями і стандартами. Отже, поліпшенню якості підготовки медичних кадрів має сприяти модернізація вищої медичної освіти, тобто приведення її до потреб системи охорони здоров'я, суспільства і пацієнтів. Інакше кажучи, Україна має адаптувати підготовку кадрів до вимог європейської освіти, точніше забезпечити ефективність, ступеневість, безперервність навчання впродовж усього життя, конкурентоспроможність випускників навчальних закладів.

На поліпшення медичного обслуговування спрямоване активне впровадження в діяльність лікувально-профілактичних закладів новітніх технологій, інформаційних систем. Вони сприяють ефективному використанню наявних ресурсів, поліпшенню рівня обслуговування населення, зміцненню здоров'я нації. Цьому також сприятиме реалізація:

— міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., яка свідчить, що оцінювання якості в системі охорони здоров'я України є однією з актуальних проблем подальшого вдосконалення медичного обслуговування;

— інтернаціонального проекту «Разом до здоров'я». Останнім часом до участі в ньому підключилися рівненські медики. За даними Рівненського облцентру здоров'я, пріоритетом його діяльності є об'єднання зусиль наукових установ і лікарів задля зниження дитячої смертності, безпліддя й інфекційних захворювань, які передаються статевим шляхом. Передбачена широка просвітницька робота, впровадження сучасних стандартів планування народжуваності та збереження репродуктивних функцій в осіб віком 20–30 років. Місцеву програму з охорони материнства і дитинства фінансує об'єднання, яка залучила до роботи Рівненський клініко-діагностичний центр, у якому тутешні фахівці разом зі спеціалістами кафедри медичної генетики Університету Південної Алабами (США) реалізують україно-американський проєкт запобігання вродженим вадам розвитку дитини;

— планів щодо створення нових інституцій. Нещодавно в Україні створено ДУ «Національний інститут раку». Підписуючи 2007 р. Паризьку Хартію боротьби проти раку, Україна пообіцяла розробити національну стратегію боротьби з цією недугою. Поява такого інституту — перший крок у цьому напрямі. Національний інститут раку має налагодити чітку вертикальну координацію в методології, звітності, науковому забезпеченні лікування, а також керувати ситуацією у сфері онкології, активно на неї впливати. Інститут відіграє важливу роль у пропаганді здорового способу життя (за інформацією ВООЗ, майже 40% онкопроявів можна запобігти, ведучи здоровий спосіб життя).

В Україні також реалізують загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги, в основі якої лежить сімейна медицина, що стає

міцним фундаментом функціонування медичної галузі. Саме ця ланка охорони здоров'я має, поряд з іншими видами діяльності, популяризувати здоровий спосіб життя серед своїх пацієнтів. Світовий досвід навчає, що формування здорового способу життя сприяє скороченню захворюваності передусім на такі соціальні хвороби, як алкоголізм, наркоманія, ВІЛ-СНІД тощо.

Удосконалення потребує і структура лікувально-профілактичних закладів. Сьогодні, в умовах обмеженого бюджетного фінансування, структура витрат не є оптимальною. Основну частину бюджетних коштів спрямовують на фінансування стаціонарних медичних закладів. У межах цієї ланки 80% витрат становить фонд заробітної плати з нарахуваннями, 17–18% — оплата комунальних послуг і лише 1–2% коштів спрямовано безпосередньо на утримання пацієнтів. Суттєве покращення структури витрат можна забезпечити, модернізувавши всю систему охорони здоров'я, укомплектувавши лікувально-профілактичні заклади досконалішою медичною технікою, що дозволить точно діагностувати хворобу й ефективно її лікувати.

Подальше зміцнення здоров'я нації, тобто головного стратегічного ресурсу держави, продовження тривалості життя, збільшення кількості років, прожитих людьми без хвороб, потребує зміни самої парадигми розвитку системи охорони здоров'я, забезпечення переходу від клінічної медицини до збереження і зміцнення здоров'я, від індивідуального лікування переважно за недбаних хронічних захворювань до масового оздоровлення. Розвиток системи охорони здоров'я має стати невід'ємною частиною загальних процесів державотворення, адже суспільне здоров'я — це стратегічний ресурс соціально-економічного розвитку України.

1. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галієнко Л.І. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема // Охорона здоров'я України. — 2008. — №2. — С. 14.
2. Охорона здоров'я України. — 2008. — №1. — С. 47–48.
3. Кризина Н.П. Первинна медико-санітарна допомога: здійснення державної політики в Україні // Главный врач. — 2008. — №6. — С. 18–42.
4. Мартіков В.В. Реформування охорони здоров'я: фінансовий аспект // Фінанси України. — 2006. — № 10. — С. 81.
5. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні // Магістр медсестринства — 2008. — №1. — С. 19.
6. Прес-реліз МОЗ України. Бюджет системи охорони здоров'я України на 2008 рік буде сприятливим для очікування результатів від 28.12.2007 р.: // www.moz.gov.ua/ua/press/?docId=9060.
7. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2007 році. — К.: Держкомстат. — 2008. — С. 95.
8. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех. №6). — Копенгаген: ВОЗ ЕРБ. — 1999. — 310 с.
9. Уваренко А.Р. Ще раз про модель перебудови (реформування) системи охорони здоров'я в Україні // Охорона здоров'я України. — 2006. №3-4. — С. 15.
10. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання. — К., 2002. — 88 с.
11. Овсянникова Л., Соловьев А., Григоренко И. Нанотехнологии — медицина будущего // Вісник фармакології та фармації. — 2007. — №12. — С. 4–14.
12. Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — №4. — С. 8–18.

В. Куценко

ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ РЕСУРС ДЕРЖАВИ

Резюме

У статті послідовно доведено, що охорона здоров'я в системі побудови соціально орієнтованої економіки є одним із найважливіших видів господарської діяльності. Характеризуючи основні індикатори суспільного здоров'я — здатність до природного відтворення, тривалість життя і працездатний період, автор ґрунтовно аналізує причини сучасного незадовільного стану галузі і висловлює конкретні пропозиції щодо поліпшення рівня обслуговування населення, зміцнення здоров'я нації.

Ключові слова: здоров'я нації, природне відтворення, тривалість життя, працездатний період, медичне обслуговування населення.

V. Kutsenko

HEALTH OF NATION AS STRATEGIC RESOURCE OF THE COUNTRY

Summary

The article consistently proves that health protection in the system of socially oriented economy development is one of the most important types of business activity. Through analysis of the main social health indicators (ability to natural recreation, duration of life and employable period) an author provides thorough analysis of the reasons of modern unsatisfactory state of the sector and specific proposals regarding improvement of people health care level and health promotion of the nation.

Keywords: health of the nation, natural recreation, duration of life, employable period, people health care.